



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY A DENGAN
HIPERTENSI DI RUANG CEMPAKA RUMAH
SAKIT SWASTA BEKASI BARAT
DI MASA PANDEMI COVID 19**

Disusun oleh:

Fitriah Dwi Arimbi

201801023

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

STIKes MITRA KELUARGA

BEKASI

2021



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY A DENGAN
HIPERTENSI DI RUANG CEMPAKA RUMAH
SAKIT SWASTA BEKASI BARAT
DI MASA PANDEMI COVID 19**

Disusun oleh:

Fitriah Dwi Arimbi

201801023

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

STIKes MITRA KELUARGA

BEKASI

2021

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang betanda tangan dibawah ini:

Nama : Fitriah Dwi Arimbi

NIM : 201801023

Institusi : STIKes Mitra Keluarga Prodi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny A dengan Hipertensi di Ruang Cempaka Rumah Sakit Swasta Bekasi Barat Di Masa Pandemi Covid 19” yang dilaksanakan tanggal 5-7 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 substansi maupun penulisan.

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

Bekasi, 18 Juni 2021

Yang membuat pernyataan



(Fitriah Dwi Arimbi)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny A dengan Hipertensi di Ruang Cempaka Rumah Sakit Swasta Bekasi Barat Di Masa Pandemi Covid 19” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 18 Juni 2021

Pembimbing Makalah



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

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 Ny. A dengan “Asuhan Keperawatan pada Ny A dengan Hipertensi di Ruang Cempaka Rumah Sakit Swasta Bekasi Barat Di Masa Pandemi Covid 19” yang disusun oleh Fitriah Dwi Arimbi (201801023) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam ujian sidang dihadapan Tim penguji pada tanggal 22 Juni 2021.

Bekasi, 22 Juni 2021

Penguji I



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

Penguji II



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

Nama : Fitriah Dwi Arimbi
Nim : 201801023
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada pasien Ny.A dengan Hipertensi di Ruang Cempaka Rumah Sakit Swasta Bekasi Barat Di Masa Pandemi Covid 19
Halaman : xii+68 halaman+1 tabel+1 lampiran
Pembimbing : Devi Susanti

ABSTRAK

Latar Belakang: Hipertensi adalah tekanan darah sistolik lebih besar dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg. Angka kematian pasien hipertensi dapat meningkat apabila terjadi komplikasi. Komplikasi hipertensi yang dapat terjadi adalah kerusakan otak seperti stroke, kerusakan jantung, kerusakan ginjal, kerusakan pembuluh darah, kerusakan pembuluh darah retina mata yang dapat menimbulkan kebutaan. Kasus hipertensi di Indonesia adalah sebesar 63.309.620 orang, dengan kematian akibat hipertensi sebesar 427.218. Berdasarkan profil kesehatan Kota Bekasi pada tahun 2014, hipertensi termasuk 20 besar kasus penyakit tertinggi dengan terbanyak ke 4 dengan jumlah kasus hipertensi sejumlah 36.807 kasus (13,8%).

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

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

Hasil: Hasil dari pengkajian didapatkan tiga diagnosa keperawatan yaitu risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia), resiko defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan. Diagnosa keperawatan prioritas yang diangkat adalah risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload. Intervensi pada diagnosa keperawatan prioritas adalah kaji tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, dan pernafasan), monitor waktu pengisian kapiler, monitor turgor kulit, Identifikasi nyeri dada, identifikasi adanya tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, ortopnea), monitor hasil pemeriksaan serum (kalium), anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap, berikan obat – obatan sesuai program medis. Semua tindakan sesuai dengan rencana.

Kesimpulan dan Saran: Asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi perlu memperhatikan masalah keperawatan yaitu risiko penurunan curah jantung agar tidak terjadi komplikasi. Saran perawat menggunakan APD sesuai dengan protokol kesehatan dan mengobservasi hemodinamika pada pasien hipertensi.

Keyword: Asuhan Keperawatan, Hipertensi.

Daftar Pustaka: 20 (2012-2021)

Name : Fitriah Dwi Arimbi
Studendr number : 201801023
Study Program : Diploma of Nursing
Title of Scientific Paper : Nursing Care for Mrs. A with Hypertension in the Cempaka Room of West Bekasi Private Hospital during the Covid 19 Pandemic
Page : xii+68 page+1 table+1 lampiran attachment
Supervisor : Devi Susanti

ABSTRACT

Background: Hypertension is systolic blood pressure greater than 140 mmHg and diastolic pressure more than 90 mmHg. The mortality rate of hypertensive patients can increase if complications occur. Complications of hypertension that can happen are brain damage such as stroke, heart damage, kidney damage, blood vessel damage, retinal blood vessel damage what can cause blindness. Hypertension cases in Indonesia were 63,309,620 people, with 427,218 deaths due to hypertension. Based on the health profile of Bekasi City in 2014, hypertension was among the top 20 highest disease cases in the 4th highest with 36,807 cases of hypertension (13.8%).

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

Writing Method: In the preparation of this case report using a descriptive method by revealing the facts in accordance with the data obtained.

Results: The results of the study obtained three nursing diagnoses, namely the risk of decreased cardiac output related to changes in afterload, acute pain associated with physiological injury agents (ischemia), risk of nutritional deficit related to reluctance to eat. The priority nursing diagnosis raised is the risk of decreased cardiac output associated with changes in afterload. Interventions in priority nursing diagnoses are assessing vital signs (blood pressure, pulse, and respiration), monitoring capillary refill time, monitoring skin turgor, identifying chest pain, identifying primary signs or symptoms of decreased cardiac output (dyspnea, orthopnea), monitoring the results of serum (potassium) examination, recommend physical activity gradually, give medicines according to the medical program. All actions according to plan.

Conclusions and Suggestions: Nursing care for patients with hypertension needs to pay attention to nursing problems, namely the risk of decreasing cardiac output very that complications do not occur. Nurses suggest using PPE by health protocols and observing hemodynamics in hypertensive patients.

Keyword: Nursing Care, Hypertension.

Bibliography: 20 (2012-2021)

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya ucapkan kehadiran Allah SWT, karena atas karunia-Nya saya dapat menyelesaikan makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny A dengan Hipertensi di Ruang Cempaka Rumah Sakit Swasta Bekasi Barat Di Masa Pandemi Covid 19” dengan baik dan dapat terselesaikan tepat waktu.

Dalam penyusunan makalah ilmiah ini, saya banyak mendapatkan saran dan motivasi dari berbagai pihak terutama oleh pembimbing makalah ilmiah yang telah memberikan pengarahan dan masukan bagi saya untuk dapat menyelesaikan makalah ilmiah ini. Maka dalam kesempatan ini saya ingin mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B. selaku dosen pembimbing dalam penyusunan makalah ilmiah dan koordinator program studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk membimbing, memberikan masukan dan memberikan saran kepada penulis dalam penyusunan makalah ilmiah ini dengan sebaik-baiknya.
2. Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An. selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
3. Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M.Kep. selaku penguji 1 yang telah bersedia menguji penulis mengenai makalah ilmiah ini.
4. Ns. Anung Ahadi, S.Kep, M.Kep., Sp.Kep.Kom. selaku pembimbing akademik yang selalu memberikan arahan, dukungan dan motivasi kepada penulis.
5. Seluruh dosen pengajar dan staff Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah memberikan bantuan dan dukungan kepada penulis.
6. Suster Rini Lestari selaku kepala koordinator ruang cempaka dan Suster Tuti Nurhayati selaku *Clinical Mentor* serta seluruh perawat di ruang cempaka yang telah banyak membantu dan membimbing penulis di tempat praktik.

7. Ny. A dan keluarga selaku pasien yang telah bersedia memberikan informasi dan menerima keberadaan penulis untuk menerapkan dan melakukan asuhan keperawatan.
8. Keluarga tercinta, khususnya kedua orang tua Bapak Edi Safrullah dan Ibu Winarni. Serta kakak tersayang Bima Fathurrahman yang selalu memberikan doa, dukungan, motivasi kepada penulis.
9. Granat Squad, Shiti Nurul Fakhrisa, Putri Wulanbirru, Sabrina Qhiskia Ayfa, dan Keisha Putri Agnanto, yang telah memberikan doa, dukungan dan motivasi kepada penulis.
10. 3 Second, Putri Septiani Hidayat dan Dwi Sukma Kirani yang sudah menemani penulis selama 6 tahun dan memberi dukungan dan doa kepada penulis.
11. Teman sperejuanagn, Astri Nurul Salsabila, Ayu Lestari, Pradhita Navila Puteri , dan Siti Chumaeroh Islami yang menemani penulis serta memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis.
12. Teman-teman KTI Keperawatan Medikal Bedah dan teman-teman Angkatan 8 program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang saling memberikan dukungan, motivasi dan telah berjuang bersama selama 3 tahun dalam menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
13. Semua pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan doa dan bantuan kepada penulis baik secara langsung maupun tidak langsung.

Bekasi, 05 Mei 2021

Fitriah Dwi Arimbi

DAFTAR ISI

COVER	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	2
1. Tujuan Umum	2
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Metode Penulisan.....	3
D. Ruang Lingkup	4
E. Sistematika Penulisan.....	4
BAB II TINJAUAN TEORI.....	6
A. Pengertian	6
B. Etiologi	6
C. Patofisiologi	9
1. Proses perjalanan penyakit.....	9
2. Manifestasi Klinik.....	10
3. Klasifikasi	11
4. Komplikasi.....	11
D. Penatalaksanaan Medis.....	11
F. Pengkajian Keperawatan	12
H. Perencanaan Keperawatan.....	22
I. Pelaksanaan Keperawatan.....	30
J. Evaluasi Keperawatan	31
BAB III TINJAUAN KASUS.....	32

A. Pengkajian.....	32
B. Diagnosa Keperawatan	45
C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi Keperawatan.....	46
BAB IV PEMBAHASAN.....	58
A. Pengkajian Keperawatan.....	58
B. Diagnosa Keperawatan	60
C. Perecanaan Keperawatan	63
D. Pelaksanaan Keperawatan	65
E. Evaluasi Keperawatan.....	66
BAB V PENUTUP	68
A. Kesimpulan	68
B. Saran	69
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data.....	43
-----------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Pathoflowdiagram

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Di dunia masalah Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan masalah kesehatan masyarakat yang sering diperbincangkan, salah satu penyakit tidak menular adalah hipertensi. Hipertensi adalah tekanan darah sistolik lebih besar dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg (Mufarokhah, 2019).

Menurut WHO (2021), angka kejadian di seluruh dunia diperkirakan 1,13 miliar orang di seluruh dunia menderita hipertensi, sebagian besar (dua pertiga) tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Salah satu target global penyakit tidak menular adalah menurunkan prevalensi hipertensi sebesar 25% antara tahun 2010 dan 2025. Berdasarkan Riskesdas (2018), memperlihatkan bahwa prevalensi hipertensi mengalami kenaikan dari 25,8% menjadi 34,1% dengan estimasi jumlah kasus hipertensi di Indonesia adalah sebesar 63.309.620 orang, dengan kematian akibat hipertensi sebesar 427.218. Prevalensi hipertensi berdasarkan usia penduduk ≥ 18 tahun (34,1%) yaitu 31-44 tahun (31,6%), usia 45-54 tahun (45,3%), dan usia 55-64 tahun (55,2%) (Kemenkes, 2019). Berdasarkan profil kesehatan Kota Bekasi pada tahun 2014, hipertensi termasuk 20 besar kasus penyakit tertinggi dengan terbanyak ke 4 dengan jumlah kasus hipertensi sejumlah 36.807 kasus (13,8%) (Maulidina, 2019). Pada usia 25 sampai 44 tahun kejadian hipertensi mencapai 29%, pada usia 45 sampai 64 tahun mencapai 51%, dan pada usia lebih 65 tahun mencapai 65% (Warjiman, 2020). Menurut data rekam medis Rumah Sakit Swasta di Bekasi Barat dalam satu tahun terakhir didapatkan data yaitu sebanyak 99 pasien yang di rawat dengan penyakit hipertensi (1%).

Angka kematian pasien hipertensi dapat meningkat apabila terjadi komplikasi. Adapun komplikasi hipertensi yang dapat terjadi adalah kerusakan otak seperti stroke dan penyakit saraf lainnya, kerusakan jantung (serangan jantung dan gagal jantung), kerusakan ginjal (penyakit ginjal kronis atau gagal ginjal), kerusakan pembuluh darah (pelebaran, penyempitan, dan pengerasan pada pembuluh darah), kerusakan pembuluh darah retina mata yang dapat menimbulkan kebutaan (Asri, 2015).

Komplikasi tersebut tidak akan terjadi apabila perawat memerankan peran-perannya. Peran perawat dalam mengelola pasien dengan hipertensi dibutuhkan peran perawat sebagai *caregiver* dimasa pandemi yaitu memperhatikan kebutuhan pasien dengan hipertensi yang dilakukan dengan memberikan asuhan keperawatan dan menerapkan perilaku dimasa pandemi melakukan cuci tangan, menggunakan APD sesuai protokol kesehatan, dan melakukan skrinning SARS-CoV2. Peran perawat sebagai *educator* bertugas memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien yang menjalani isolasi dan meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan. Peran perawat sebagai kolaborator yaitu berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya yang terdiri dari dokter, ahli gizi, teknik laboratorium medik dalam memberikan pelayanan keperawatan selanjutnya bagi pasien dengan hipertensi. Untuk kolaborasi khususnya dilakukan untuk pemberian obat oral Amplodipine serta dalam pemberian diet yaitu rendah garam, pemeriksaan EKG.

Oleh karena itu perawat tertarik untuk membahas mengenai asuhan keperawatan 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 masalah kesehatan hipertensi.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan hipertensi.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan hipertensi.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan hipertensi.
- e. Melaksanakan evaluasi pada pasien dengan masalah kesehatan hipertensi.
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik.
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusi atau alternatif pemecahan masalahnya.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan hipertensi.

C. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif naratif yaitu memberi gambaran pemberian asuhan keperawatan pada pasien melalui pendekatan proses keperawatan. Selain itu juga menggunakan beberapa cara untuk menulis makalah ilmiah ini, seperti:

1. Studi kasus

Yaitu dengan cara memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara langsung dengan melakukan pemeriksaan fisik pada pasien, wawancara dengan keluarga pasien, dan melakukan proses asuhan keperawatan.

2. Studi literatur

Yaitu dengan memperoleh bahan-bahan ilmiah yang bersifat teoritis baik dalam lingkup medik maupun asuhan keperawatan dengan menggunakan media kepustakaan yaitu buku-buku yang berkaitan dengan masalah pasien, dan juga media elektronik yaitu internet.

3. Media dokumentasi

Yaitu dengan mengumpulkan data yang diperoleh melalui medical record pasien yang terdiri dari hasil laboratorium, hasil pemeriksaan radiologi, catatan keperawatan dan catatan dokter.

D. Ruang Lingkup

Adapun ruang lingkup yang akan dibahas dalam penulisan makalah ini merupakan asuhan keperawatan pada Ny.A dengan hipertensi di Ruang Cempaka Rumah Sakit Swasta Bekasi Barat selama 3 hari dari tanggal 05 Mei 2021 sampai dengan tanggal: 07 Mei 2021.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan makalah ilmiah ini disusun sebagai berikut: Bab I pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup, dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teori yang terdiri dari konsep dasar penyakit seperti pengertian, etiologi, patofisiologi (proses perjalanan penyakit, manifestasi klinis, komplikasi, penatalaksanaan medis, pemeriksaan diagnostik), asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab III tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV pembahasan yang membahas akan kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan

evaluasi keperawatan. Bab V penutupan yang terdiri dari kesimpulan dan saran. Daftar pustaka yang mencantumkan beberapa buku referensi yang digunakan. Bagian akhir dari makalah ilmiah ini adalah lampiran yang berupa patoflowdiagram hipertensi.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg (Kemenkes, 2020). Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal, dimana sistoliknya diatas 140 mmHg dan tekanan diastoliknya lebih dari 90 mmHg, yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan dan angka kematian (Triyanto, 2014).

B. Etiologi

Etiologi dari hipertensi dapat dibagi menjadi dua diantaranya yang tidak dapat diubah dan yang dapat diubah (Junaedi et al., 2013).

1. Faktor yang tidak dapat diubah

a. Usia

Penambahan usai dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit hipertensi. Walaupun penyakit hipertensi dapat terjadi pada segala usia, tetapi paling sering menyerang orang dewasa pada usia 35 tahun atau lebih. Meningkatnya tekanan darah seiring dengan bertambahnya usia memang sangatlah wajar. Hal ini dapat disebabkan karena adanya perubahan alami pada jantung pembuluh darah dan kadar hormon. Namun, bila perubahan ini disertai dengan faktor lain bisa memicu terjadinya hipertensi.

b. Riwayat Keluarga

Hipertensi merupakan penyakit keturunan. Jika salah satu dari orang tua kita menderita penyakit hipertensi maka seumur hidup kita akan memiliki risiko terkena hipertensi sekitar 25%. Jika orang tua kita menderita hipertensi kemungkinan besar kita bisa terkena penyakit hipertensi tersebut sekitar 60%. Namun, kemungkinan ini tidak selamanya

akan terjadi, ada sebagian besar keluarganya penderita hipertensi, tetapi dirinya tidak terkena penyakit tersebut.

c. Jenis Kelamin

Ternyata jenis kelamin laki-laki lebih banyak menderita penyakit hipertensi. Namun, hal ini akan terjadi sebaliknya setelah berumur 55 tahun ketika sebagian wanita telah mengalami menopause. Hipertensi lebih banyak dijumpai oleh wanita.

2. Faktor yang dapat diubah

a. Obesitas

Obesitas adalah faktor resiko lain yang dapat menentukan keparahan dari hipertensi. Bila tubuh seseorang semakin besar, maka akan semakin banyak darah yang diperlukan agar dapat menyuplai oksigen dan nutrisi ke dalam otot dan jaringan lain. Obesitas akan dapat meningkatkan jumlah pada pembuluh darah dan meningkatkan resistensi. Peningkatan ketahanan ini dapat membuat tekanan darah akan lebih tinggi.

b. Merokok

Tembakau merusak lapisan yang terdapat didalam dinding arteri sehingga arteri akan lebih rentan terjadi penumpukan plak. Zat nikotin yang terdapat didalam tembakau dapat membuat jantung akan bekerja lebih keras lagi karena terjadi penyempitan pembuluh darah sementara. Selain itu, akan dapat meningkatkan frekuensi denyut jantung dan juga tekanan darah. Selain itu, karbonmonoksida yang berada didalam asap rokok akan menggantikan oksigen didalam darah. Maka, tekanan darah akan lebih meningkat karena jantung dipaksa untuk bekerja yang lebih keras agar dapat memasok oksigen ke seluruh organ dan jaringan tubuh.

c. *Sindrom Resistensi Insulin* (Sindrom Metabolik)

Darah akan mengangkut glukosa ke seluruh tubuh untuk dapat menghasilkan tenaga. Hormon insulin yang dihasilkan oleh pankreas diperlukan agar glukosa dapat masuk ke dalam sel.

Namun, ada orang yang hormon insulinnya kurang dapat memberikan respon. Keadaan ini dikenal sebagai sindrom metabolik. Dalam keadaan ini tubuh akan memproduksi urine lebih banyak, terutama untuk dapat membantu masuknya glukosa ke dalam sel.

d. Kurang Gerak

Bila kurang melakukan olahraga akan dapat meningkatkan risiko seseorang terserangnya penyakit hipertensi. Hal ini dapat berkaitan dengan masalah kegemukan. Orang yang tidak aktif cenderung memiliki frekuensi denyut jantung lebih tinggi sehingga otot jantung akan lebih tinggi tinggi sehingga otot jantung harus bekerja lebih keras saat kontraksi.

e. Sensitivitas Natrium

Asupan natrium dan garam merupakan faktor resiko hipertensi yang masih kontroversial. Namun merupakan salah satu mineral atau elektrolit yang berpengaruh terhadap tekanan darah. Namun, respon dari setiap orang terhadap natrium tidak semuanya sama.

f. Kadar kalium rendah

Kalium dapat berfungsi sebagai penyeimbang antara jumlah natrium dalam cairan sel. Jumlah natrium didalam sel yang berlebihan dapat dibebaskan melalui filtrasi lewat ginjal dan dikeluarkan bersama urine. Jika makanan yang kita konsumsi kurang mengandung kadar kalium atau tubuh tidak mempertahankannya dalam jumlah yang cukup, maka jumlah natrium ditubuh akan menumpuk. Maka keadaan ini akan menyebabkan terjadinya hipertensi.

g. Konsumsi minuman beralkohol secara berlebihan

Sekitar 5-20% kasus hipertensi diperkirakan dapat terjadi akibat mengkonsumsi alkohol yang berlebihan. Mengkonsumsi tiga gelas atau lebih minuman yang beralkohol dalam perharinya, dapat meningkatkan risiko terserangnya penyakit hipertensi sebesar dua kali.

h. Stress

Hubungan antara stress dan hipertensi diduga melalui aktivitas saraf simpatik yang dapat meningkatkan tekanan darah secara intermiten (selang-seling atau berselang). Jika stress terjadi secara berkepanjangan, dapat menyebabkan tekanan darah tinggi secara menetap.

C. Patofisiologi

1. Proses perjalanan penyakit

Menurut Aspiani (2016), mekanisme yang dapat mengontrol terjadinya konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor pada medulla di otak. Pusat vasomotor ini bermula dari jaras saraf simpatis, yang terus berlanjut kebawah bagian korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor ini akan dibawa kedalam bentuk implus yang terus bergerak kebawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Neuron pre-ganglion akan melepaskan asetilkolin, yang dapat merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepasnya norepinefrin akan mengakibatkan terjadinya konstriksi pembuluh darah. Orang yang mengalami hipertensi akan sangat sensitive terhadap norepineprin, meskipun saat ini tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut dapat terjadi.

Pada saat yang bersamaan ketika sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsangan emosi, maka kelenjar adrenal juga terangsang, yang mengakibatkan terjadinya penambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal juga akan mensekresi epineprin, yang menyebabkan terjadinya vasokonstriksi. Korteks adrenal juga akan mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang akan memperkuat respons vasokonstriktor di pembuluh darah.

Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, akan menyebabkan pelepasan renin.

Renin yang dilepaskan dapat merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II , vasokonstriktor yang kuat, akhirnya dapat merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air di tubulus ginjal, yang menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua factor tersebut cenderung menyebabkan terjadinya hipertensi.

2. Manifestasi Klinik

Menurut Herlambang (2013) hipertensi menjadi penyakit yang sangat umum karena tidak memiliki gejala yang khusus saat timbul, tetapi gejala yang sering muncul adalah nyeri kepala yang muncul secara mendadak. Hipertensi yang menahun dan termasuk ke golongan hipertensi berat, biasanya akan menimbulkan keluhan yang sangat nampak yaitu:

- a. Sakit kepala
- b. Mual dan muntah
- c. Sesak nafas dan nafas pendek
- d. Gelisah
- e. Pandangan mata kabur
- f. Berkunang-kunang
- g. Emosional
- h. Telinga berdengung
- i. Sulit tidur
- j. Tenguk terasa berat
- k. Nyeri kepala bagian belakang dan dada
- l. Otot lemah
- m. Terjadi pembengkakan pada kaki dan pergelangan kaki
- n. Keringat berlebih
- o. Denyut jantung yang kuat
- p. Perdarahan urine hingga mimisan.

Setiap penyakit yang mengalami nyeri, ketidaknyamanan fisik ataupun masalah suasana hati seperti kecemasan dan depresi akan dapat mempengaruhi masalah tidur.

3. Klasifikasi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi di bedakan menjadi 2 kelompok yaitu hipertensi esensial dan hipertensi sekunder. Dimana hipertensi esensial atau hipertensi primer yang tidak diketahui apa penyebabnya (90%). Hipertensi sekunder penyebabnya dapat ditentukan (10%) antara lain: kelainan pembuluh darah, ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme) dan lain-lain. (Kemenkes, 2018)

Untuk menegakkan diagnosis hipertensi perlu dilakukan pengukuran darah minimal 2 kali dengan jarak 1 minggu.

4. Komplikasi

Orang yang menderita penyakit hipertensi, akan dapat menimbulkan komplikasi pada organ-organ tubuh yang lainnya. Organ tubuh yang sering mengalami komplikasi akibat terjadinya hipertensi antara lain: mata berupa perdarahan retina bahkan adanya gangguan pada penglihatan sampai kebutaan, gagal jantung, gagal ginjal, dan pecahnya pembuluh darah otak atau stroke (Kardiyudiani & Susanti, 2019).

D. Penatalaksanaan Medis

Golongan obat-obatan yang diberikan pada pasien dengan hipertensi antara lain golongan diuretic, golongan beta bloker, golongan antagonis kalsium, golongan penghambat konversirenin angiotensin. Sementara itu, penatalaksanaan hipertensi golongan non-farmakologis antara lain:

1. Diet dengan pembatasan atau pengurangan konsumsi garam, penurunan berat badan akan dapat membantu menurunkan tekanan darah dan dibarengi penurunan aktivitas renin dalam plasma dan kadar aldosteron dalam plasma.

2. Pasien disarankan untuk berpartisipasi pada kegiatan dan disesuaikan dengan batasan medis dan sesuai dengan kemampuan seperti berjalan, *jogging*, bersepeda, atau berenang (Kardiyudiani & Susanti, 2019).

E. Pemeriksaan diagnostik

Menurut Doenges (2012) terdapat beberapa pemeriksaan diagnostik untuk penyakit hipertensi:

1. BUN / kreatinin : Dapat memberikan informasi tentang perfusi atau fungsi ginjal.
2. Kalsium serum : Peningkatan kadar kalsium serum dapat meningkatkan hipertensi.
3. Kalium Serum : Hipokalemia dapat meindikasikan adanya aldosteron utama (penyebab) atau menjadi efek samping terapi diuretik.
4. Urinalisa : Darah, protein, glukosa sangat mengisyaratkan disfungsi ginjal dan atau adanya diabetes.
5. EKG : Dapat menunjukkan pembesaran jantung, pola regangan, gangguan konduksi.
6. Glukosa : Hiperglikemia (diabetes termasuk penceetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh peningkatan kadar katekolamin (meningkatkan hipertensi).
7. Foto dada : Dapat menunjukkan obstruksi pada area katup; pada takik aorta; perbesaran jantung

F. Pengkajian Keperawatan

Menurut Debora (2012), tahapan pengkajian adalah sebagai berikut:

1. Biodata

Data lengkap dari pasien meliputi: nama lengkap, umur, jenis kelamin, kawin atau belum kawin, agama, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan alamat identitas penanggung, meliputi: nama lengkap, jenis kelamin, umur, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, hubungan dengan pasien dan alamat.

2. Keluhan utama

Keluhan hipertensi biasanya bermula dari nyeri kepala yang disebabkan oleh peningkatan tekanan aliran darah keotak.

3. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

Keadaan didapatkan pada saat pengkajian misalnya pusing, jantung terkadang berdebar-debar, cepat lelah, palpitasi, kelainan pembuluh retina (hipertensi retinopati), vertigo, muka tampak merah, dan epitaksis spontan.

b. Riwayat kesehatan masa lalu

Berdasarkan penyebab dari hipertensi dibagi menjadi dua golongan yaitu:

- 1) Hipertensi essensial atau hipertensi primer yang tidak diketahui penyebabnya. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi seperti: genetik, lingkungan, hiperaktivitas, susunan saraf simpatis dan faktor-faktor yang dapat meningkatkan resiko seperti: obesitas, alkohol, merokok, serta polisitemia.
- 2) Hipertensi sekunder atau hipertensi renal, penyebabnya seperti: penggunaan estrogen, penyakit ginjal, hipertensi vaskular, dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit hipertensi lebih banyak menyerang wanita daripada laki-laki dan penyakit ini sangat dipengaruhi oleh faktor keturunan, yaitu jika orang tua memiliki riwayat hipertensi maka anaknya akan memiliki resiko tinggi mengalami penyakit hipertensi seperti orang tuanya.

d. Riwayat psikososial

Gejala: riwayat kepribadian, ansietas, depresi, euphoria, marah kronik, faktor stress multiple.

Tanda: letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontinu perhatian, tangisan yang meledak, tangan empati, muka tegang, gerak fisik, pernafasan menghela nafas, penurunan pola bicara.

e. Riwayat spiritual

Pada riwayat spiritual apabila dihubungkan dengan kasus hipertensi belum dapat diuraikan lebih jauh, tergantung dari dan kepercayaan masing-masing individu.

f. Pemeriksaan fisik menurut Doenges (2012)

1) Keadaan umum: pasien nampak lemah

2) Tanda-tanda vital:

Suhu tubuh terkadang meingkat, pernafasan dangkal dan nadi juga lebih cepat, tekanan darah sistolik diatas 140mmHg, dan diastolik diatas 90mmHg.

3) *Review of system*

a) Sirkulasi

Gejala: Riwayat hipertensi, atherosklerosis, penyakit jantung kongesti atau katup dan penyakit serebrovaskuler.

Tanda: Kenaikan tekanan darah

Nadi: denyutan jelas dari nadi karotis, jugularis, radialis, perbedaan denyut.

Denyut apical: titik point of maksimum impuls, mungkin bergetar atau dangat kuat.

Frekuensi atau irama: takikardia, berbagai disritmia.

Bunyi jantung: tidak terdengar bunyi jantung I, pada dasar bunyi jantung II dan bunti jantung III.

Murmur stenosis valvular.

Distensi vena jugularis atau kongesti vena.

Desiran vaskuler tidak terdengar diatas karotis, femoralis atau epigastrium (stenosis arteri).

Ektremitas: perubahan warna kulit, suhu dingin, pengisian kapiler mungkin lambat atau tertunda.

b) Neurosensori

Gejala: Keluhan pening atau pusing, berdenyut, sakit kepala sub occipital.

Episode bebas dan/atau kelemahan pada satu sisi tubuh.

Gangguan penglihatan (diplopia, penglihatan kabur).

Episode eptaksis.

Tanda: Status mental: perubahan leterjagaan, orientasi.

Pola atau isi bicara, afek, proses fikir atau memori.

Respon motorik: penurunan kekuatan, genggaman tangan.

Perubahan retinal optik: sclerosis, penyempitan artei ringan-mendatar, edema, papiledema, exudat, hemoragi.

c) Nyeri atau ketidaknyamanan

Gejala: Angina (penyakit arteri koroner atau keterlibatan jantung).

Nyeri tungkai yang hilang timbul.

Sakit kepala oxipital berat.

Nyeri abdomen atau massa.

d) Pernafasan

Gejala: Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja, tachypnea, ortopnea, dispnea, nocturnal paroxysmal, batuk dengan atau tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok.

Tanda: Distress respirasi atau penggunaan otot aksesori pernafasan, bunyi nafas tambahan, sianosis.

e) Keamanan

Keluhan: Gangguan koordinasi atau cara berjalan.

Gejala: Episode parastesia unilatera transien, hipotensi postural.

g. Aktivitas sehari-hari

1) Aktivitas

Gejala: Kelemahan fisik, letih nafas pendek, gaya hidup yang monoton.

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

2) Eliminasi

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

3) Makanan dan cairan

Gejala: Makanan yang disukai mencakup makanan tinggi garam, lemak, kolestrol serta makanan dengan kandungan tinggi kalori.

Tanda: Berat badan normal atau obesitas.

G. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan hipertensi, SDKI (PPNI, 2016)

1. Nyeri akut (D.0077)

Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab :

- a. Agen pencedera fisiologis (misal: inflamasi, iskemia dan neoplasma)
- b. Agen pencedera kimiawi (misal: terbakar dan bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (misal: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma dan latihan fisik berlebihan).

Batasan karakteristik

Kriteria mayor:

- a. Subjektif: mengeluh nyeri
- b. Objektif: tampak meringis, bersikap protektif (misal: waspada, posisi menghindar nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Kriteria minor:

- a. Subjektif: tidak ada
- b. Objektif: tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu).

2. Perfusi ferifer tidak efektif (D.0009)

Definisi: Penurunan sirkulasi darah pada kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.

Penyebab:

- a. Hiperglikemia
- b. Gaya hidup kurang gerak
- c. Hipertensi
- d. Merokok

- e. Prosedur endovaskuler
- f. Trauma
- g. Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (misal, merokok, gaya hidup kurang gerak, obesitas, imobilitas)

Batasan karakteristik:

Kriteria Mayor:

- a. Subjektif: nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten).
- b. Objektif: waktu pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

Kriteria Minor:

- a. Subjektif: Parastesia.
- b. Objektif: Edema, penyembuhan luka lambat, indeks ankle-brachial <0,90, bruit femoral.

3. Hipervolemia (D.0022)

Definisi: Peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan intraseluler.

Penyebab:

- a. Gangguan mekanisme regulasi
- b. Kelebihan asupan cairan
- c. Kelebihan asupan natrium
- d. Gangguan aliran balik vena
- e. Efek agen farmakologis (mis, kortikosteroid, chlorpropamide, tolbutamide, vincristine)

Batasan karakteristik:

Kriteria Mayor:

- a. Subjektif: Orthopnea, dispnea, *paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)*.
- b. Objektif: Edema anasarka dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, *Jugularis venous pressure (JVP)* dan/atau *Central venous pressure (CVP)* meningkat, refleks hepatojugular positif.

Kriteria Minor:

- a. Subjektif: (tidak tersedia)
- b. Objektif: Distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, hepatomegali, kadar Hb/Ht turun, oliguria, intake lebih banyak dari output (balans cairan positif), kongestif paru.

4. Intoleransi Aktivitas (D.0056)

Definisi: Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari

Penyebab:

- a. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- b. Tirah baring
- c. Kelemahan
- d. Imobilitas
- e. Gaya hidup monoton

Batasan karakteristik:

Kriteria Mayor:

- a. Subjektif: Mengeluh lemah.
- b. Objektif: Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat.

Kriteria Minor:

- a. Subjektif: dispnea setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah.
- b. Objektif: tekanan darah berubah lebih dari 20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.

5. Defisit pengetahuan (D.0111)

Definisi: Kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

Peyebab:

- a. Keterbatasan kognitif
- b. Gangguan fungsi kognitif
- c. Kekeliruan mengikuti anjuran
- d. Kurang terpapar informasi
- e. Kurang minat dalam belajar
- f. Kurang mampu mengingat
- g. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

Batasan karakteristik:

Kriteria Mayor:

- a. Subjektif: menanyakan masalah yang dihadapi
- b. Objektif: menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Kriteria Minor:

- a. Subjektif: (tidak tersedia)
- b. Objektif: menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku berlebihan (mis: apatis, bermusuhan, agitasi, dan hysteria).

6. Ansietas (D.0080)

Definisi: Pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkannya individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab:

- a. Krisis situasional
- b. Kebutuhan tidak terpenuhi
- c. Krisis maturasional
- d. Ancaman terhadap konsep diri

- e. Ancaman terhadap kematian
- f. Kekhawatiran mengalami kegagalan
- g. Disfungsi sistem keluarga
- h. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- i. Faktor keturunan
- j. Penyalahgunaan zat
- k. Terpapar bahaya lingkungan
- l. Kurang terpapar informasi

Batasan karakteristik:

Kriteria Mayor:

- a. Subjektif: merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi.
- b. Objektif: tampak gelisah, tampak tegang, dan sulit tidur.

Kriteria Minor:

- a. Subjektif: pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya.
- b. Objektif: frekuensi nafas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

7. Resiko Penurunan Curah Jantung (D.0011)

Definisi: Beresiko mengalami pemompaan jantung yang tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.

Faktor Resiko:

- a. Perubahan afterload.
- b. Perubahan frekuensi jantung
- c. Perubahan irama jantung
- d. Perubahan kontraktilitas
- e. Perubahan preload

8. Resiko Jatuh (D.0143)

Definisi: Beresiko mengalami kerusakan fisin dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

Faktor Resiko:

- a. Usia lebih dari 65 tahun (pada dewasa) atau kurang dari 2 tahun (pada anak)
- b. Riwayat jatuh
- c. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan)
- d. Penggunaan alat bantu berjalan
- e. Penurunan tingkat kesadaran
- f. Perubahan fungsi kognitif
- g. Lingkungan tidak aman (mis: licin, gelap, lingkungan asing)
- h. Kondisi pasca operasi
- i. Hipotensi orthostatik
- j. Perubahan kadar glukosa darah
- k. Anemia
- l. Kekuatan otot menurun
- m. Gangguan pendengaran
- n. Gangguan keseimbangan
- o. Gangguan penglihatan
- p. Neuropati
- q. Efek agen farmakologis (mis: sedasi, alkohol, anastesi umum).

H. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis agar mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. SIKI (PPNI, 2018).

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis, iskemia)

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri teratasi.

Kriteria hasil: Tingkat Nyeri (L.08066)

- a. Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 7 sampai menjadi 2
- b. Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang
- c. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman

Rencana tindakan: (Manajemen nyeri I.08238)

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

Rasional: dengan mengidentifikasi dapat mempermudah perawat untuk dapat berfokus pada penyebab nyeri dan manajemennya.

- b. Identifikasi skala nyeri

Rasional: dengan mengidentifikasi skala nyeri maka akan membantu perawat untuk mengetahui tingkat nyeri pada pasien.

- c. Identifikasi respons nyeri nonverbal

Rasional: dengan mengidentifikasi respon nyeri non verbal maka perawat akan mengetahui seberapa kuat rasa nyeri yang sedang dirasakan oleh pasien.

- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Rasional: dengan mengidentifikasi faktornya dapat mengetahui apa yang menyebabkan nyeri itu semakin berat dan semakin ringan.

- e. Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: akupuntur, terapi musik hipnosis, biofeedback, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin)

Rasional: Meningkatkan istirahat, memusatkan kembali perhatian pasien dan dapat meningkatkan coping.

- f. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

Rasional: Udara dingin pada sekitar ruangan dapat membantu meminimalkan ketidaknyamanan kulit.

- g. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri

Rasional: dengan mengajarkan teknik non farmakologis pasien dapat merasakan nyeri membaik.

- h. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rasional: pemberian analgetik dapat memblokir nyeri pada susunan saraf pusat.

2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer kembali efektif

Kriteria hasil: Perfusi perifer (L.02011)

- a. Nadi perifer teraba kuat
- b. Akral teraba hangat
- c. Warna kulit tidak pucat

Rencana tindakan: Pemantauan tanda vital (I.02060)

- a. Monitor tekanan darah

Rasional: autoregulasi mempertahankan aliran darah otak yang konstan.

- b. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama)

Rasional: mengetahui irama jantung normal atau tidak

- c. Monitor pernafasan (frekuensi, kedalaman)

Rasional: distress pernafasan yang dibuktikan dengan dispnea, takipnea.

- d. Monitor suhu tubuh

Rasional: untuk mengetahui kenaikan suhu tubuh dan mengetahui adanya infeksi.

- e. Monitor oksimeter nadi

Rasional: untuk memantau terhadap perubahan saturasi oksigen yang kecil atau mendadak.

- f. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital

Rasional: untuk mengetahui tanda gejala hipertensi

3. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hipervolemia dapat teratasi

Kriteria hasil: Keseimbangan cairan (L.03020)

- a. Terbebas dari edema
- b. Haluaran urin meningkat
- c. Mampu mengontrol asupan cairan

Rencana tindakan: Manajemen hipervolemia (I.03114)

- a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP, CVP meningkat, suara nafas tambahan)

Rasional: dapat mengindikasikan adanya gagal jantung, kerusakan ginjal atau vaskular.

- b. Monitor intake dan output cairan

Rasional: untuk mengetahui ketidakseimbangan cairan yang masuk dan keluar di dalam tubuh.

- c. Batasi asupan cairan dan garam

Rasional: menjaga agar kelebihan cairan tidak bertambah parah, garam dapat mengikat air sehingga akan memperparah kelebihan cairan.

- d. Anjurkan melapor haluaran urin $<0,5$ mL/kg/jam dalam 6 jam

Rasional: untuk menentukan keseimbangan asupan dan keluaran mencerminkan status cairan.

- e. Ajarkan cara membatasi cairan

Rasional: membatasi cairan untuk menentukan berat badan ideal, haluaran urin, dan respon terhadap terapi

- f. Kolaborasi pemberian diuretic

Rasional: meningkatkan diuresis cairan yang terakumulasi.

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat

Kriteria hasil: toleransi aktivitas (L.05047)

- a. Pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari
- b. Pasien mampu berpindah tanpa bantuan
- c. Pasien mengatakan keluhan lemah berkurang

Rencana tindakan: manajemen energi (I.050178)

- a. Monitor kelelahan fisik dan emosional

Rasional: untuk mengetahui tingkat kelelahan dan tingkat emosi pasien

- b. Monitor pola dan jam tidur

Rasional: mengkaji perlunya mengidentifikasi intervensi yang tepat

- c. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulu (mis: cahaya, suara, kunjungan)

Rasional: meningkatkan kenyamanan istirahat serta dukungan fisiologis/psikologis.

- d. Anjurkan tirah baring

Rasional: meningkatkan kenyamanan istirahat serta dukungan fisiologis/psikologis.

- e. Anjurkan melakukan aktifitas yang secara bertahap

Rasional: meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, mencegah terjadinya kontraktur.

- f. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Rasional: mempercepat proses penyembuhan.

5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang minat dalam belajar

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat

Kriteria hasil Tingkat pengetahuan (L.12111)

- a. Pasien melakukan sesuai anjuran

- b. Pasien tampak mampu menjelaskan kembali materi yang didampai
- c. Pasien mampu mengajukan pertanyaan

Rencana tindakan: Edukasi kesehatan (I12383)

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
Rasional: memahami kemampuan pasien dalam menerima informasi
 - b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat
Rasional: untuk dapat menjaga perilaku hidup bersih dan sehat
 - c. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
Rasional: mempermudah dalam memberikan pendidikan kesehatan
 - d. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
Rasional: untuk dapat melakukan pendidikan kesehatan di waktu yang tidak mengganggu
 - e. Berikan kesempatan untuk bertanya
Rasional: agar terdapat feedback dan pendidikan kesehatan berhasil
 - f. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
Rasional: agar mengetahui faktor risiko yang terjadi pada dirinya
 - g. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
Rasional: agar bisa melakukan perilaku hidup bersih dan sehat
6. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun
- Kriteria hasil: Tingkat ansietas (L.09093)
- a. Pasien mengatakan telah memahami penyakitnya
 - b. Pasien tampak tenang
 - c. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman

Rencana tindakan:

- a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (kmis: kondisi, waktu, stressor)

Rasional: mengetahui tingkat kecemasan yang dapat berubah-ubah

- b. Gunakan pendekatan yang tenang dan nyaman

Rasional: membina hubungan saling percaya dengan pasien

- c. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis

Rasional: obat ansietas dapat menurunkan tingkat kecemasan.

7. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat

Kriteria hasil: Curah jantung (L.02008)

- a. Tanda vital dalam rentang normal
- b. Nadi teraba kuat
- c. Pasien tidak mengeluh lelah

Rencana tindakan: Perawatan jantung (I.02075)

- a. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (mis: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxymal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)

Rasional: mengetahui terdapat adanya sesak, pembengkakan yang terjadi pada jantung, dan apakah adanya peningkatan CVP pada jantung yang mengakibatkan kelebihan volume cairan dalam tubuh.

- b. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (mis: peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)

Rasional: denyutan vena jugularis, denyutan pada tungkai mungkin menurun, mencerminkan efek dari vasokonstriksi dan kongesti

vena, adanya pucat, dan masa pengisian kapiler lambat mungkin berkaitan dengan vasokonstriksi atau mencerminkan dekompensasi atau penurunan curah jantung.

c. Monitor tekanan darah

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

d. Monitor keluhan nyeri dada

Rasional: mengetahui adanya penyakit jantung

e. Berikan diet jantung yang sesuai (pembatasan air dan natrium)

Rasional: mencegah retensi cairan dan edema akibat penurunan kontraktilitas jantung.

f. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, *jika perlu*

Rasional: untuk merileksan pikiran, kecemasan

g. Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi

Rasional: menurunkan komplikasi tirah baring

h. Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap

Rasional: minimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, dan mencegah terjadinya kontraktur.

i. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu

Rasional: dapat membantu untuk mengatasi irama jantung yang tidak normal

8. Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun

Kriteria hasil: Tingkat jatuh (L.14138)

a. Risiko jatuh dari tempat tidur menurun

b. Risiko jatuh saat berjalan menurun

c. Risiko jatuh saat berdiri menurun

Rencana tindakan: Pencegahan jatuh (I.14540)

- a. Identifikasi faktor risiko (mis: usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan penglihatan, neuropati)
Rasional: mengetahui adanya penurunan tingkat kesadaran, adanya gangguan keseimbangan pada pengelihata.
- b. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi
Rasional: mencegah terjadinya jatuh
- c. Pasang handrail tempat tidur
Rasional: menjaga pasien agar tetap aman
- d. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
Rasional: untuk dapat menjaga terjadinya risiko jatuh

I. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi ini harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Jenis implementasi dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan yaitu:

1. *Independent Implementations*

Implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhannya, misal: membantu dalam memenuhi *activity daily living (ADL)*, memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-kultural, dan lain-lain.

2. Interdependen atau *Collaborative Implementations*

Tindakan keperawatan atas dasar kerjasama antar sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, *naso gastric tube* (NGT), dan lain-lain.

3. Dependent Implementations

Tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, *physiotherapies*, psikolog dan sebagainya, misalnya seperti dalam hal: pemberian nutrisi pada pasien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

J. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.(Asmadi, 2015)

Terdapat tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan yaitu sebagai berikut:

1. Tujuan tercapai

Bila pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan

2. Tujuan sebagian tercapai

Bila pasien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.

3. Tujuan tidak tercapai

Bila pasien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali sehingga dapat timbul masalah yang baru.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 05 Mei 2021. Pasien masuk pada tanggal 04 Mei 2021 di Ruang Cempaka Kelas II, nomor register 830-99-2 dengan diagnosa medis hipertensi.

1. Identitas Pasien

Pasien Ny.A dengan usia 43 tahun. Pasien sudah menikah, beragama Budha, pasien bersuku Jawa. Pendidikan terakhir SMP. Bahasa yang digunakan sehari-hari adalah Bahasa Indonesia. Pasien seorang karyawan swasta. Pasien bertempat tinggal di Bekasi. Sumber data diperoleh dari pasien, keluarga, rekam medik dan perawat ruangan.

2. Resume

Pasien Ny.A berusia 43 tahun datang ke IGD Rumah Sakit Swasta Bekasi Barat pada tanggal 04 Mei 2021 pukul 19.00 WIB dengan keluhan pusing, masih mual mau muntah, pingsan di rumah ± 5 menit, lemas, nyeri punggung. Pasien memiliki riwayat hipertensi sebelumnya sejak ± 2 tahun yang lalu. Keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, GCS: *Eye: 4, Motoric: 6, Verbal: 5*. Tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan adalah melakukan pengukuran tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah: 221/126 mmHg, nadi: 98x/menit, pernafasan: 20x/menit, suhu: 36°C. Tindakan keperawatan kolaborasi yang telah dilakukan adalah memberikan oksigen nasal kanul 3 liter/menit, melakukan pemeriksaan elektrokardiogram (EKG) dengan hasil *sinus tachycardia*, melakukan pemeriksaan foto thoraks dengan hasil cardiomegali, melakukan pemasangan infus ringer laktak 500cc melalui intravena, memberikan

obat amlodipine 10mg melalui oral, candesartan 8mg melalui oral, frego 5mg melalui oral, ondancetron 4mg melalui intravena. Pasien tiba di ruang cempaka pukul 22.25 WIB. Perawat ruangan mengkaji tingkat kesadaran pasien dengan hasil Keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis. Saat dilakukan pengkajian oleh perawat ruangan pasien mengeluhkan pusing, lemas, nyeri punggung, nyeri tengkuk, dan mual. Masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri. Tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan yaitu melakukan pengukuran tanda-tanda vital: tekanan darah 132/78mmHg, nadi 96x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36°C. Tindakan keperawatan kolaborasi yang telah dilakukan yaitu memberikan obat amlodipine 10mg melalui oral, candesartan 8mg melalui oral, frego 5mg melalui oral, ondancetron 4mg melalui intravena, kcl 25mcg melalui drip intravena. Evaluasi keperawatan pengukuran tanda-tanda vital dengan hasil pasien masih mengeluhkan nyeri, tekanan darah 130/82mmHg, nadi 79x/menit, skala nyeri 5.

3. Riwayat Keperawatan

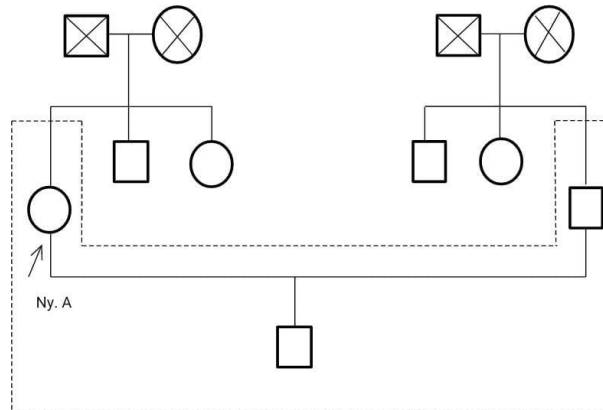
a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan keluhan utamanya saat ini adalah mual, pusing, nyeri dibagian tengkuk leher hingga ke punggung, sulit tidur. Faktor pencetusnya karena kecapean, timbulnya keluhan secara mendadak. Upaya untuk mengatasinya dengan istirahat.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi ±2 tahun yang lalu.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga



Keterangan:

□ : Laki-Laki

○ : Perempuan

↗ : Pasien

✕ : Meninggal

----- : Tinggal Serumah

d. Riwayat Yang Pernah Diderita Oleh Anggota Keluarga Yang Pernah Menjadi Faktor Resiko

Pasien mengatakan didalam anggota keluarga ibunya memiliki riwayat hipertensi.

e. Riwayat Psikososial dan Spiritual

- 1) Pasien mengatakan orang yang terdekat dengan pasien adalah suami dan anaknya.
- 2) Interaksi dalam keluarga yaitu pasien mengatakan pola komunikasi dalam keluarga baik. Pembuatan keputusan adalah

suami selaku kepala keluarga dan tetap melakukan musyawarah dalam mengambil keputusan.

- 3) Dampak penyakit klien terhadap keluarga yaitu keluarga pasien khawatir dengan kondisi pasien saat ini.
- 4) Mekanisme koping terhadap stress yaitu pasien mengatakan tidur dan biasanya dengan menonton televisi.
- 5) Persepsi klien terhadap penyakitnya yaitu pasien mengatakan ingin cepat sembuh agar bisa kembali kerumah dan bekerja seperti biasa.
- 6) Sistem nilai kepercayaan yaitu pasien mengatakan tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan, aktivitas agama/kepercayaan yang dilakukan adalah kebaktian.
- 7) Kondisi lingkungan rumah pasien mengatakan kondisi rumah bersih dan rapih.

f. Pola Kebiasaan

1) Pola Nutrisi

Sebelum sakit

Pasien mengatakan makan 1-2x/hari nafsu makan baik tidak ada mual dan muntah, porsi makan yang dihabiskan 1 porsi ukuran sedang, tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada makanan yang membuat alergi, makanan pantangan yang asin-asin, tidak ada makanan diet yang dianjurkan. Tidak ada penggunaan obat-obatan sebelum makan, dan tidak menggunakan alat bantu makan.

Saat di Rumah Sakit

Pasien mengatakan makan 2x/hari nafsu makan tidak baik karena ada mual, porsi makan yang dihabiskan $\frac{1}{4}$ porsi, tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada makanan yang membuat alergi, makanan pantangan mengurangi makanan yang asin dan mendapatkan diet lunak. Tidak ada penggunaan

obat-obatan sebelum makan, tidak menggunakan alat bantu makan.

2) Pola Eliminasi

Sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit frekuensi BAK 6-7x/hari, warna kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK dan tidak menggunakan alat bantu untuk BAK. Pasien mengatakan frekuensi BAB 1x/hari, waktunya tidak nentu, warna cokelat, konsistensi padat, tidak ada keluhan saat BAB dan tidak menggunakan laxatif.

Saat di Rumah Sakit

Pasien mengatakan saat dirumah sakit bak normal seperti biasa 6-7x/hari. Pasien mengatakan saat awal masuk rumah sakit sampai sekarang belum BAB.

3) Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit

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

Saat di Rumah Sakit

Pasien mengatakan saat dirumah sakit mandi 2x/hari pada pagi dan sore. Tidak melakukan *oral hygiene* dan tidak mencuci rambut.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit lama tidur siang saat jam istirahat di tempat kerjanya $\pm \frac{1}{2}$ -1 jam, lama tidur malam 6 jam, kebiasaan sebelum tidur main handphone dan menonton televisi.

Saat di Rumah Sakit

Pasien mengatakan sulit untuk tidur siang karena pusing dan nyeri, lama tidur malam ± 5 jam, kebiasaan sebelum tidur tidak ada.

5) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit

Pasien mengatakan aktivitas sebelum sakit adalah bekerja pagi dan sore hari, pasien mengatakan tidak melakukan olahraga, tidak ada keluhan saat beraktivitas.

6) Kebiasaan Yang Mempengaruhi Kesehatan

Sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi rokok dan tidak menggunakan NABZA

Saat di Rumah Sakit

Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi rokok dan tidak menggunakan NABZA.

4. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Umum

Berat badan saat ini 58kg, berat badan sebelum sakit 60kg, tinggi badan 156cm, IMT 23,83kg/m². keadaan umum sakit sedang, tidak ada pembesaran pada gelenjar getah bening.

b. Sistem Penglihatan

Posisi mata pasien tampak simetris, kelopak mata pasien tampak normal, pergerakan bola mata pasien normal, konjungtiva tampak ananemis, kornea pasien tampak normal, sklera pasien tampak anikterik, pupil pasien tampak isokor, tidak ada kelainan pada otot-otot mata, fungsi kelihatn pasien baik, tidak ada tanda-tanda

radang, pasien tidak menggunakan kacamata dan kontak lensa, reaksi terhadap cahaya ada dan diameter pupil +2/+2.

c. Sistem Pendengaran

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

d. Sistem Wicara

Pasien tampak berbicara normal dan tidak ada gangguan pada sistem wicara.

e. Sistem Pernafasan

Jalan nafas pasien bersih dan tidak ada sumbatan, pasien mengatakan tidak ada sesak, pasien tampak tidak menggunakan otot bantu pernafasan, frekuensi pernafasan 19x/menit, irama afas pasien teratur, jenis pernafasan spontan, kedalaman jalan nafas tampak dalam, batuk tidak ada, tidak ada sputum, tidak ada darah yang keluar dari pernafasan, palpasi dada getaran paru kanan dan paru kiri sama besar, perkusi dada terdengar sonor, suara nafas terdengar vesikuler, tidak ada nyeri saat bernafas dan tidak menggunakan alat bantu nafas.

f. Sistem Kardiovaskular

Nadi 100x/menit, irama teratur, denyut nadi kuat, tekanan darah 149/95mmHg, *Mean Arterial Pressure* (MAP) 113/mmHg, tidak ada distensi vena jugularis kanan dan kiri, temperatur kulit teraba hangat, warna kulit sawo matang, pengisian kapiler 3 detik, tidak tampak edema. Kecepatan denyut apical 98x/menit, irama teratur,

tidak ada kelainan bunyi jantung, pasien mengatakan tidak ada nyeri dada.

g. Sistem Hematologi

Kulit pasien tampak tidak pucat dan tidak ada perdarahan.

h. Sistem Syaraf Pusat

Pasien mengatakan sakit kepala, kesadaran pasien composmentis, GCS: *Eye: 4, Motorik: 6, Verbal: 5*, tidak ada peningkatan tekanan intra kranial (TIK), tidak ada gangguan pada sistem persyarafan, reflek fisiologis normal, reflek patologis tidak ada.

i. Sistem Pencernaan

Gigi tidak tampak caries, tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah tidak kotor, salifa tampak normal, tidak ada muntah, tidak ada nyeri pada daerah perut, bising usus 10x/menit, pasien mengatakan tidak diare, tidak ada konstipasi. Pemeriksaan hepar tidak teraba dan abdomen lembek.

j. Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak berbau keton, tidak terdapat luka ganggren.

k. Sistem Urogenital

Pasien mengatakan minum 1600 cc. Balance cairan: intake infus 1000 cc, oral 1600 cc, total 2600 cc, output urine: 1850 cc, IWL: 600 cc. Balance cairan $2600 - 1850 = +750 \text{ cc/24jam}$. Pasien tidak mengalami perubahan pola kemih, warna BAK kuning jernih, tidak ada distensi atau ketegangan kandung kemih, tidak ada keluhan sakit pinggang.

l. Sistem Integumen

Turgor kulit teraba elastis, temperatur kulit teraba hangat, warna kulit normal, keadaan kulit baik, tidak ada kelainan kulit, kondisi daerah pemasangan infus baik. Keadaan rambut tekstur rambut baik, rambut pasien tampak bersih.

m. Sistem Muskuloskeletal

Pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam pergerakan, tidak ada sakit kepala pada tulang, sendi dan kulit, pasien tidak fraktur, tidak ada kelainan struktur tulang sendi, keadaan tonus otot pasien baik, kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah 5.

5 5 5 5	5 5 5 5
5 5 5 5	5 5 5 5

5. Data Tambahan

Pasien mengatakan sering mengonsumsi makanan yang asin-asin dan berlemak. Pasien mengatakan cukup memahami mengenai penyakit hipertensi. Pasien mengatakan hipertensi itu tekanan darah tinggi dan biasanya disebabkan karena keturunan. Pasien mengatakan jika sudah ada keluhan pusing dan nyeri di bagian tengkuk maka tensinya sedang tinggi.

6. Data Penunjang

a. Hasil pemeriksaan laboratorium RS Swasta di Bekasi Barat pada 04 Mei 2021

Hemoglobin 12,6 g/dl (12,5-16,0) g/dl, Leukosit 7,080 /ul (4,000-10,000) /ul, Hematokrit 37 vol% (37-47) vol%, Trombosit 220,000 /ul (150,000-450,000) /ul, Eritrosit 4.70 juta/ul (4.20-5.50) juta/ul, Basofil 0 % (0-1)%, Eosinofil 0 %* (2-4)%, Batang 0 %* (3-5),

Segmen 69 % (50-70) %, Limfosit 23 %* (25-40) %, Monosit 8 % (2-8) %, MCV 70 fl (78-100) fl, MCH 26 pg* (27-31) pg, MCHC 33 %, (32-36) %, SGPT 27 U/L (0-33) U/L, Glukosa Darah Sewaktu 112 mg/dl (60-140) mg/dl.

- b. Hasil pemeriksaan elektrokardiogram (EKG) RS Swasta Bekasi Barat pada tanggal 04 mei 2021 *sinus tachycardia*.
- c. Hasil pemeriksaan foto thorax RS Swasta Bekasi Barat pada 04 mei 2021 adalah cardiomegali.

7. Penatalaksanaan

- a. IUFD RL 500mg/12 jam
- b. Ondancetron 3x4mg melalui intravena
- c. Amlodipine 1x10mg melalui oral
- d. Candesartan 1x8mg melalui oral
- e. Frego 1x5mg melalui oral
- f. Mefinal 2x500mg melalui oral
- g. Diit: Rendah Garam

8. Data Fokus

Keadaan umum: sakit berat, kesadaran: composmentis, GCS: *Eye: 4, Motoric: 6, Verbal: 5*, tanda-tanda vital: 149/95mmHg, Nadi: 100x/menit, Pernafasan 20x/menit, Suhu: 36°C, MAP 113mmHg.

- a. Kebutuhan Fisiologis: Oksigenasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan tidak ada keluhan nyeri dada dan sesak nafas

Data Objektif: Tekanan Darah 149/95mmHg, Nadi 100x/menit, pernafasan: 20x/menit, warna kulit normal, turgor kulit elastis, CRT 3 detik, pemeriksaan Pemeriksaan EKG: *sinus tachycardia* pemeriksaan foto thorax: cardiomegali, kalium 3,12*mmol/l.

b. Kebutuhan Fisiologis: Nutrisi.

Data Subjektif: Pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan. Pasien mengatakan mual.

Data objektif: Pasien tampak menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makanannya. Berat badan saat ini 58kg, tinggi badan: 156cm. IMT: 23,83kg/m² (normal). Hemoglobin: 12,6 g/dl, bising usus 10x/menit.

c. Kebutuhan Fisiologis: Aktivitas Dan Istirahat.

Data subjektif: Pasien mengatakan sulit tidur siang, pasien mengatakan lama tidur siang ± 1 jam, pasien mengatakan lama tidur malam 5 jam.

Data Objektif: Pasien tampak lesu, tidak tampak kantung mata, tidak ada tanda-tanda kurang istirahat.

d. Kebutuhan Rasa Nyaman.

Data Subjektif: Pasien mengatakan sakit kepala, pasien mengatakan nyeri di daerah tengkuk leher, nyeri di daerah punggung. Pasien mengatakan nyerinya seperti tertusuk. Pasien mengatakan nyerinya hilang timbul. Pasien mengatakan skala nyeri berada di skala 6. Pasien mengatakan waktu nyerinya muncul sekitar ± 15 menit tetapi terkadang tidak menentu.

Data Objektif: Tekanan darah: 149/95mmHg, frekuensi nadi: 100x/menit, pasien tampak meringis

kesakitan, pasien tampak memegang bagian tengkuk leher dan punggung.

9. Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS: Pasien mengatakan tidak ada keluhan nyeri dada dan sesak nafas DO: a. Tekanan Darah 149/95mmHg b. Nadi 100x/menit c. RR 20x/menit d. CRT 3 detik. e. Warna kulit normal f. Turgor kulit elastis g. Kalium: 3,12*mmol/l h. EKG: <i>sinus tachycardia</i> i. Foto Thorax: cardiomegali	Risiko penurunan curah jantung	Perubahan afterload
2.	DS: a. Pasien mengatakan sakit kepala b. Pasien mengatakan nyeri di daerah tengkuk leher,	Nyeri Akut	Agen pencedera fisiologis (iskemia)

No.	Data	Masalah	Etiologi
	nyeri di daerah punggung. c. Pasien mengatakan nyerinya seperti ditusuk. d. Pasien mengatakan nyerinya hilang timbul. e. Pasien mengatakan skalanya nyeri berada di skala 6. f. Pasien mengatakan waktu nyerinya muncul sekitar ± 15 menit tetapi terkadang tidak menentu. DO: a. Tekanan darah: 149/95mmHg. b. Frekuensi nadi: 100x/menit c. Pasien tampak meringis kesakitan d. Pasien tampak memegang bagian tengkuk leher e. Pasien tampak memegang punggung		

No.	Data	Masalah	Etiologi
3.	DS: a. Pasien mengatakan tidak nafsu makan b. Pasien mengatakan hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan c. Pasien mengatakan mual. DO: a. Pasien tampak menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makanannya. b. Berat badan saat ini 58kg. c. Tinggi badan: 156cm. d. IMT: $23,83\text{kg/m}^2$ (normal). e. Hemoglobin: 12,6 g/dl. Bising usus 10x/menit.	Risiko defisit nutrisi	Keengganan untuk makan

B. Diagnosa Keperawatan

1. Risiko Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan perubahan afterload.
2. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis(iskemia).
3. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan.

C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi Keperawatan

1. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload

DS: Pasien mengatakan tidak ada keluhan nyeri dada dan sesak nafas

DO:

- a. Tekanan Darah 149/95mmHg,
- b. Nadi 100x/menit,
- c. RR 20x/menit
- d. Warna kulit pucat,
- e. Turgor kulit elastis
- f. CRT 3 detik, pemeriksaan
- g. Pemeriksaan EKG: *sinus tachycardia* ,
- h. Pemeriksaan foto thorax: cardiomegali
- i. Kalium: 3,12*mmol/l

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 diharapkan penurunan curah jantung tidak terjadi.

Kriteria Hasil: Tekanan darah dalam normal (sistolik: <120mmHg, diastolik: <80mmHg), Nadi tetap dalam batas normal (60-100x/menit), pernafasan tetap dalam batas normal (12-20x/menit), CRT dalam batas normal (<3 detik), turgor kulit tetap dalam batas normal (elastis), kalium dalam batas normal (3,50-5,50 mmol/l).

Rencana Tindakan:

- a. Kaji TTV (Tekanan darah dan Nadi, Pernafasan)
- b. Monitor waktu pengisian kapiler
- c. Monitor turgor kulit
- d. Identifikasi nyeri dada
- e. Identifikasi adanya tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, ortopnea)
- f. Monitor hasil pemeriksaan serum (kalium)
- g. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap

- h. Berikan obat Amlodipine 1x10mg, Candesartan 1x8mg, dan Frego 1x5mg sesuai program medis.

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 05 Mei 2021

Pada pukul 08.00 mengkaji tanda-tanda vital dengan hasil TD: 149/95mmHg, Nadi; 100x/menit, Pernafasan 20x/menit. **Pada pukul 08.05** memonitor waktu pengisian kapiler dengan hasil 3 detik. **Pada pukul 08.05** memonitor turgor kulit pasien dengan hasil teraba elastis. **Pada pukul 08.15** mengidentifikasi nyeri dada dengan hasil pasien mengatakan tidak ada nyeri dada. **Pada pukul 08.15** mengidentifikasi adanya tanda dan gejala (dispnea, ortopnea) pasien mengatakan tidak ada sesak nafas. **Pada pukul 11.30** menganjurkan pasien beraktivitas secara bertahap dengan hasil pasien melakukan aktivitas berpindah posisi dari duduk, tiduran dan miring kanan miring kiri, **Pada pukul 12.00** memberikan obat amlodipine 10mg, candesartan 8mg, dan frego 5mg dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. **Pada pukul 13.00** memonitor hasil pemeriksaan serum (kalium) dengan hasil 3.12*mmol/l. **Pada pukul 15.00** perawat ruangan mengobservasi TTV dengan hasil TD:131/95, N:85x/menit, pernafasan 18x/menit.

Pada pukul 21.00 perawat ruangan mengobservasi TTV dengan hasil 135/90mmHg, N:79x/menit, pernafasan 18x/menit. **Pada pukul 03.00** mengontrol pasien tidur dengan hasil pasien tampak tenang. **Pada pukul 05.00** mengobervasi TTV dengan hasil: 130/80mmHg, Nadi 95x/menit, pernafasan: 18x/menit.

Evaluasi pada tanggal 06 Mei 2021 pukul 06.00

Subjektif: Pasien mengatakan tidak ada keluhan nyeri dada dan sesak nafas

Objektif: TD: 130/80mmHg, N: 95x/menit, Pernafasan 18x/menit. Turgor kulit elastis, CRT 3 detik, pemeriksaan kalium 3.12*mmol/l

Analisa: Masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

Perencanaan: Lanjutkan intervensi 1,2,3,6, 7, dan 8.

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 06 Mei 2021

Pada pukul 08.00 mengkaji tanda-tanda vital dengan hasil TD: 130/80mmHg, Nadi; 90x/menit, Pernafasan 17x/menit. **Pada pukul 08.05** memonitor waktu pengisian kapiler dengan hasil 2 detik. **Pada pukul 08.05** memonitor turgor kulit pasien dengan hasil masih teraba elastis. **Pada pukul 11.30** menganjurkan pasien beraktivitas secara bertahap dengan hasil pasien melakukan aktivitas berpindah posisi dari tempat tidur ke kursi, **Pada pukul 12.00** memberikan obat amlodipine 10mg, candesartan 8mg, dan flego 5mg dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. **Pada pukul 13.00** memonitor hasil pemeriksaan serum (kalium) dengan hasil 3.12*mmol/l. **Pada pukul 15.00** perawat ruangan mengobservasi TTV dengan hasil TD:135/90, N:88x/menit, pernafasan 18x/menit.

Pada pukul 21.00 perawat ruangan mengobservasi TTV dengan hasil 135/90mmHg, N:79x/menit, pernafasan 18x/menit. **Pada pukul 03.00** mengontrol pasien tidur dengan hasil pasien tampak tenang. **Pada pukul 05.00** mengobervasi TTV dengan hasil: 135/85mmHg, N:80x/menit, pernafasan: 17x/menit.

Evaluasi pada tanggal 07 Mei 2021 pukul 06.00

Subjektif: Tidak ada

Objektif: TD: 135/85mmHg, N: 80x/menit, Pernafasan 17x/menit. Turgor kulit elastis, CRT 2 detik, pemeriksaan kalium 3.12*mmol/l

Analisa: Masalah teratasi sebagian tujuan tercapai sebagian

Perencanaan: Lanjutkan intervensi 1,2,6, dan 8.

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 07 Mei 2021

Pada pukul 08.00 mengkaji tanda-tanda vital dengan hasil TD: 130/90mmHg, Nadi: 82x/menit, Pernafasan 20x/menit. **Pada pukul 08.05** memonitor waktu pengisian kapiler dengan hasil 2 detik. **Pada pukul 12.00** memberikan obat amlodipine 10mg, candesartan 8mg, dan frego 5mg dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. **Pada pukul 13.00** memonitor hasil pemeriksaan serum (kalium) dengan hasil 3,57mmol/l. **Pada pukul 15.00** perawat ruangan mengobservasi TTV dengan hasil TD: 135/90, N:88x/menit, pernafasan 18x/menit.

Evaluasi pada tanggal 07 Mei 2021 pukul 16.00

Subjektif: Tidak ada

Objektif: TD: 135/90mmHg, N: 88x/menit, Pernafasan 18x/menit. CRT 2 detik, pemeriksaan kalium 3,57mmol/l

Analisa: Masalah teratasi sebagian tujuan tercapai sebagian

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan perawat ruangan

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis(iskemia).

DS: Pasien mengatakan sakit kepala, pasien mengatakan nyeri di daerah tengkuk leher, nyeri di daerah punggung. Pasien mengatakan nyerinya seperti tertusuk. Pasien mengatakan nyerinya hilang timbul. Pasien mengatakan skala nyeri berada di skala 6. Pasien mengatakan waktu nyerinya muncul sekitar ± 15 menit tetapi terkadang tidak menentu

DO: Tekanan darah: 149/95mmHg, frekuensi nadi:100x/menit, pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak memegang bagian tengkuk leher dan punggung.

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

Kriteria Hasil: Skala nyeri berkurang dengan skala 0, tekanan darah dalam batas normal (sistol <120 dan diastol <80 mmHg), Nadi tetap dalam batas normal (60-100 x/menit), dan wajah tampak rileks.

Rencana Tindakan

- a. Kaji TTV pasien : Tekanan darah dan Nadi setiap 8 jam
- b. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, nyeri setiap 8 jam
- c. Identifikasi skala nyeri setiap 8 jam
- d. Identifikasi respon nyeri non verbal setiap 8 jam
- e. Berikan posisi semi fowler
- f. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri:
Relaksasi Nafas Dalam
- g. Berikan obat Mefinal 2x500mg via oral sesuai program medis

Pelaksanaan keperawatan 05 Mei 2021

Pada pukul 07.00 memberikan obat mefinal 500mg via oral sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 08.00** mengkaji TTV pasien dengan hasil tekanan darah 149/95mmHg, Nadi: 100x/menit. **Pada pukul 08.15** mengidentifikasi keluhan nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri di daerah tengkuk leher hingga punggung, nyeri seperti tertusuk, nyeri hilang timbul, waktunya kurang lebih 15 menit, dan skala nyeri 6. **Pada pukul 08.20** mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak meringis kesakitan dan tampak memegang bagian tengkuk lehernya saat nyeri timbul. **Pada pukul 09.30** memberikan posisi nyaman dengan hasil pasien diberikan posisi semi fowler dan pasien tampak lebih rileks. **Pada pukul 11.00** mengajarkan pasien teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien mampu melakukan yang diajarkan perawat dan akan melakukannya ketika merasakan nyeri.

Pada pukul 15.00 perawat ruangan mengobservasi TTV dengan hasil TD:131/95, N:85x/menit. **Pada pukul 15.15** mengidentifikasi keluhan nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri daerah tengkuk leher, nyeri seperti tertusuk, nyeri hilang timbul waktunya kurang lebih 10 menit, skala nyeri 5. **Pada pukul 15.20** mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak meringis dan memegang tengkuk lehernya saat nyeri timbul. **Pada pukul 18.00** memberikan obat mefinal 500mg via oral sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan dan aliran infus lancar.

Pada pukul 21.00 perawat ruangan mengobservasi TTV dengan hasil 135/90mmHg, N:79x/menit. **Pada pukul 21.10** mengidentifikasi keluhan nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri daerah tengkuk leher, nyeri seperti tertusuk, nyeri hilang timbul waktunya kurang 10 menit, skala nyeri 5. **Pada pukul 21.15** mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak meringis kesakitan dan memegang tengkuk lehernya saat nyeri timbul. Perawat ruangan menganjurkan pasien untuk relaksasi nafas dalam dan duduk semi fowler bila terasa nyeri (pasien mau mengikuti anjuran dari perawat dan pasien tampak tenang). **Pada pukul 03.00** mengobservasi keadaan pasien dengan hasil pasien tampak tenang dan infusan lancar. **Pada pukul 05.00** melakukan pemeriksaan ttv dengan hasil: 130/80mmHg, Nadi 95x/menit.

Evaluasi Keperawatan tanggal 08 Mei 2021 pukul 06.00

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri masih ada, nyeri dibagian tengkuk leher, skala 4, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, nyeri muncul kurang lebih 10 menit. Pasien mengatakan mengerti dan akan mengikuti anjuran dengan melakukan posisi semi fowler dan melakukan relaksasi nafas dalam untuk mengatasi nyeri.

Objektif: TD: 130/80mmHg, N:95x/menit, pasien tampak meringis dan memegang bagian tengkuk leher, pasien tampak rileks dan nyaman saat diberikan posisi semi fowler.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Perencanaan: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan keperawatan 06 Mei 2021

Pada pukul 07.00 memberikan obat mefinal 500mg via oral sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 08.00** mengkaji TTV pasien dengan hasil tekanan darah 130/80mmHg, Nadi: 90x/menit. **Pada pukul 08.15** mengidentifikasi keluhan nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri di daerah tengkuk leher sudah berkurang, nyeri masih seperti tertusuk, nyeri hilang timbul, waktunya kurang lebih 10 menit, dan skala nyeri 4. **Pada pukul 08.20** mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak meringis dan tampak seringkali memegang bagian tengkuk lehernya saat nyerinya timbul. **Pada pukul 09.30** memberikan posisi nyaman dengan hasil pasien diberikan posisi semi fowler dan pasien tampak lebih rileks dan nyaman. **Pada pukul 11.00** pasien mempraktikkan kembali teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien mengatakan saat melakukan ini nyeri lumayan berkurang.

Pada pukul 15.00 perawat ruangan mengobservasi TTV dengan hasil TD:135/90, N:88x/menit. **Pada pukul 15.15** mengidentifikasi keluhan nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri masih ada daerah tengkuk leher, nyeri seperti tertusuk, nyeri hilang timbul waktunya kurang lebih 10 menit, skala nyeri 3. **Pada pukul 15.20** mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil pasien masih tampak meringis dan sudah tidak memegang tengkuk lehernya. **Pada**

pukul 18.00 memberikan obat mefinal 500mg via oral sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan dan aliran infus lancar.

Pada pukul 21.00 perawat ruangan mengobservasi TTV dengan hasil 135/85mmHg, N:80x/menit. **Pada pukul 21.10** mengidentifikasi keluhan nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan saat ini nyerinya sudah berkurang, Skala nyeri 2. **Pada pukul 21.15** mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak rileks. Perawat ruangan menganjurkan pasien untuk relaksasi nafas dalam dan duduk semi fowler bila terasa nyeri (pasien mau mengikuti anjuran dari perawat dan pasien tampak tenang). **Pada pukul 03.00** mengobservasi keadaan pasien dengan hasil pasien tampak tenang dan infusan lancar. **Pada pukul 05.00** melakukan pemeriksaan ttv dengan hasil: 130/80mmHg, Nadi 90x/menit

Evaluasi Keperawatan pada tanggal 07 Mei 2021 Pukul 06.00

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, skala nyeri 2, pasien mengatakan saat nyerinya timbul pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan pasien mengatakan lebih rileks saat melakukannya.

Objektif: TD: 130/80, N: 90x/menit. Pasien tampak lebih rileks, pasien tampak lebih tenang

Analisa: Masalah teratasi sebagian, Tujuan teratasi sebagian

Perencanaan: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4, dan 7

Pelaksanaan keperawatan 07 Mei 2021

Pada pukul 07.00 memberikan obat mefinal 500mg via oral sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 08.00** mengkaji TTV

pasien dengan hasil tekanan darah 130/95mmHg, Nadi: 82x/menit. **Pada pukul 08.15** mengidentifikasi keluhan nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak merasa nyeri. **Pada pukul 08.20** mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak sudah rilek, meringis tidak ada.

Pada pukul 15.00 perawat ruangan mengobservasi TTV dengan hasil TD:130/85, N:88x/menit.

Evaluasi pada tanggal 07 Mei 2021 pada pukul 16.00

Subjektif: Pasien mengatakan sudah tidak nyeri, pasien mengatakan kodisinya saat ini sudah lebih rileks

Objektif: TD: 130/85mmHg, Nadi: 82x/menit, pasien tampak lebih rileks, meringis tidak ada

Analisa Data: Masalah teratasi, tujuan tercapai

Perencanaan: Hentikan semua intervensi

3. Risiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan Keengganan Untuk Makan

DS:

- b. Pasien mengatakan tidak nafsu makan
- c. Pasien mengatakan hanya menghabiskan ¼ porsi makan
- d. Pasien mengatakan mual.

DO:

- a. Pasien tampak menghabiskan ¼ porsi makanannya.
- b. Berat badan saat ini 58kg.
- c. Tinggi badan: 156cm.
- d. IMT: 23,83kg/m².
- e. Hemoglobin: 12,6 g/dl.
- f. Bising usus 10x/menit.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam diharapkan defisit nutrisi tidak terjadi.

Kriteria Hasil: Nafsu makan membaik (5), Mual berkurang hingga hilang, Pasien menghabiskan 1 porsi makan.

Rencana Tindakan:

- a. Monitor asupan makanan
- b. Monitor mual
- c. Berikan posisi duduk atau semi fowler saat makan
- d. Anjurkan pasien makan sedikit tetapi sering
- e. Berikan obat Ondancentron 3x4mg melalui intravena sesuai program medis

Pelaksanaan Keperawatan pada tanggal 05 mei 2021

Pada pukul 07.00 memberikan obat ondancentron 4 mg dengan hasil obat berhasil diberikan **Pada pukul 09.00** memonitor asupan makanan pasien dengan hasil pasien tampak menghabiskan makan $\frac{1}{4}$ porsi dan tidak nafsu makan. **Pada pukul 09.05** memonitor mual pasien dengan hasil pasien mengatakan mual. **Pada pukul 09.30** memberikan posisi duduk atau semi fowler saat pasien dengan hasil pasien mengatakan ingin posisi setengah duduk. **Pada pukul 09.40** menganjurkan pasien makan sedikit tetapi sering dengan hasil pasien akan mengikuti anjuran dari perawat. **Pada pukul 15.00** memberikan obat ondancentron 4mg dengan hasil obat berhasil diberikan. **Pada pukul 16.50** perawat ruangan memonitor mual dengan hasil pasien mengatakan mual sudah berkurang. **Pada pukul 17.00** perawat ruangan memonitor asupan makanan pasien dengan hasil: pasien menghabiskan makan $\frac{1}{2}$ porsi. **Pada pukul 21.00** perawat ruangan memberikan obat ondancentron dengan hasil obat berhasil diberikan.

Evaluasi keperawatan tanggal 06 mei 2021 pukul 06.00

Subjektif: Pasien mengatakan mual sudah berkurang, porsi makan yang dihabiskan $\frac{1}{2}$ porsi, nafsu makan sudah mulai membaik,

Objektif: Pasien tampak menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makan, nafsu makan mulai membaik.

Analisa: Masalah teratasi sebagian tujuan teratasi sebagian.

Perencanaan: lanjutkan intervensi 1,2,4,5,dan 6

Pelaksanaan tanggal 06 Mei 2021

Pada pukul 07.00 memberikan obat ondancetron 4 mg dengan hasil obat berhasil diberikan. **Pada pukul 09.00** memonitor asupan makanan pasien dengan hasil pasien tampak menghabiskan makan 1 porsi dan nafsu makan baik. **Pada pukul 09.05** memonitor mual pasien dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak mual. **Pada pukul 09.30** memberikan posisi duduk atau semi fowler saat pasien dengan hasil pasien mengatakan ingin posisi duduk saat ini. **Pada pukul 09.40** menganjurkan pasien untuk makan sedikit tetapi sering dengan hasil pasien mengikuti anjuran dari perawat. **Pada pukul 15.00** memberikan obat ondancetron 4mg dengan hasil obat berhasil diberikan. **Pada pukul 16.50** perawat ruangan memonitor mual dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak mual. **Pada pukul 17.00** perawat ruangan memonitor asupan makanan pasien dengan hasil: pasien menghabiskan makan 1 porsi. **Pada pukul 21.00** perawat ruangan memberikan obat ondancetron dengan hasil obat berhasil diberikan.

Evaluasi keperawatan tanggal 07 mei 2021 pada pukul 06.00

Subjektif: Pasien mengatakan sudah tidak mual, pasien mengatakan menghabiskan 1 porsi makan, pasien mengatakan nafsu makan sudah baik.

Objektif: Pasien tampak menghabiskan 1 porsi makan, nafsu makan pasien tampak sudah membaik

Analisa: Masalah tertasi, tujuan tercapai

Prencanaan: Hentikan semua intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian Keperawatan

Menurut Herlambang (2013), manifestasi pasien dengan hipertensi terdapat sesak nafas, kondisi sesak nafas dapat terjadi bila adanya gangguan pada paru-paru apabila arteri di paru-paru menyempit, sehingga aliran darah terhambat membuat oksigen tidak dapat dialirkan ke seluruh tubuh kemudian dapat menimbulkan terjadi sesak nafas. Namun hal ini pada kasus tidak ditemukan adanya sesak nafas pada pasien, dibuktikan dengan saat menanyakan keluhan kepada pasien, pasien mengatakan tidak sesak nafas dan dapat dibuktikan dengan hasil frekuensi pernafasan pasien 20x/menit, pasien tidak tampak menggunakan otot bantu nafas, pasien tidak tampak sesak.

Menurut Doenges (2012), manifestasi pasien dengan hipertensi terdapat manifestasi perubahan warna kulit, suhu dingin dapat terjadi bila pembuluh darah yang dibawah kulit mengalami pengecilan ukuran (mengalami vasokonstriksi) dan menyebabkan warna kulit menjadi lebih pucat. Namun hal ini pada kasus tidak ditemukan adanya perubahan warna kulit dan suhu dingin pada pasien, dibuktikan dengan hasil frekuensi suhu 36,5°C, akral pasien teraba hangat, dan pemeriksaan fisik kulit pasien tidak tampak pucat.

Menurut Doenges (2012), manifestasi pasien dengan hipertensi terdapat manifestasi distensi vena jugularis, namun pada kasus tidak ditemukan manifestasi tersebut karena tidak terjadi peningkatan vena sentral yang menggambarkan tekanan di cava. Hal ini dibuktikan pada saat melakukan pengkajian pemeriksaan fisik kepada pasien tidak terjadi distensi vena jugularis.

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

Menurut, Doenges (2012) pada pengkajian pola eliminasi BAK ditemukan tanda dan gejala pada pasien dengan hipertensi seperti, dapat mengalami penurunan haluaran urine terjadi apabila adanya masalah perfusi ginjal yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan dalam mempertahankan filtrasi dalam glomerulus, jika pembuluh darah diginjal 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 6-7 x/hari, tidak ada perubahan warna urine, nilai MAP 113 mmHg.

Menurut Doenges (2012), pada pemeriksaan diagnostik ada 8 pemeriksaan diantaranya BUN atau Kreatinin, Kalsium serum, Kalium serum, Urinalisa, EKG, Glukosa, Foto Dada pada kasus pasien hanya diindikasikan untuk dilakukan pemeriksaan darah hemoglobin dan hematokrit untuk mengetahui kadar sel darah merah dalam tubuh. Pemeriksaan kreatinin, kalium serum yang terlampir pada hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 04 mei 2021, pemeriksaan elektrokardiogram (EKG) untuk mengukur dan merekam aktivitas listrik pada jantung dengan hasil pemeriksaan pasien, interpretasi: *Sinus*

Tachycardia , dan pemeriksaan foto dada thorax dengan hasil : cardiomegali yang terlampir pada tanggal 04 mei 2021.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu pasien dan keluarga pasien sangat kooperatif dan terbuka mengenai keluhan untuk data-data yang dibutuhkan oleh penulis mengenai penyakit yang dialami oleh pasien untuk pemberian asuhan keperawatan. Faktor pendukung membantu dalam proses pengumpulan data yang dibutuhkan untuk pemberian asuhan keperawatan yang baik dan benar.

Faktor penghambat dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu penulisan tangan dokter serta beberapa perawat ruangan, sehingga dalam melakukan perlengkapan data untuk pengkajian mengalami kesulitan.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut PPNI (2016) diagnose keperawatan yang terdapat pada teori tetapi tidak terdapat pada kasus antara lain:

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah pada kasus penulis tidak merumuskan diagnosa tersebut dikarenakan tidak terjadi penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Hal ini dibuktikan dengan pasien tidak mengalami nyeri pada ekstremitas, pengisian kapiler 3 detik, nadi perifer teraba, akral pasien teraba hangat, warna kulit tidak pucat, dan turgor kulit elastis.
2. Hipervolemia berhubungan dengan mekanisme regulasi pada kasus penulis tidak merumuskan diagnosa tersebut dikarenakan pada pasien ada peningkatan volume cairan intravaskular tidak terdapat edema, pasien mampu mengontrol asupan terhadap cairan, balance cairan: intake infus 1000 cc, oral 1600 cc, total 2600 cc, output urine: 1850 cc, IWL: 600 cc. Balance cairan $2600 - 2450 = +150 \text{ cc/24jam}$.

3. 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 kelelahan 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 menggerakan anggota tubuh, pasien mengatakan tidak merasakan kesulitan dalam bergerak.
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang minat dalam belajar , keterbatasan kognitif, dan ketidaktahuan menemukan sumber informasi. Pada kasus penulis tidak merumuskan diagnosa tersebut dikarenakan pasien tidak ada masalah pada lobus frontal. Hal ini dibuktikan saat melakukan pengkajian pasien sudah memahami tentang penyakit yang dialami dan ketika ditanya oleh penulis tentang penyakit pasien mampu menjawab baik dari pengertian hipertensi, penyebab dari hipertensi yang dirasakan oleh pasien, tanda gejala apa saja yang dirasakan oleh pasien, pasien mampu menjawabnya dengan benar.
5. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi pada kasus penulis tidak merumuskan diagnosa tersebut dikarenakan pada pasien sudah memahami tentang penyakitnya maka pasien tidak merasa takut dengan akibat dari kondisi saat ini, pasien masih mampu berkonsentrasi, dan pasien tidak gelisah.
6. Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan pada kasus penulis tidak merumuskan diagnosa tersebut dikarenakan pasien tidak mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh dan

dibuktikan dengan tidak terdapat gangguan pada penglihatannya dan pada pasien telah terpasang penyangga pada kanan dan kiri tempat tidur pasien, dan terdapat keluarga yang mengawasi pasien.

Menurut PPNI (2016) yang terdapat pada kasus tetapi tidak terdapat pada teori antara lain:

1. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan. Diagnosa tersebut penulis angkat namun tidak terdapat didalam teori. Diagnosa tersebut diangkat dikarenakan pada saat melakukan pengkajian terdapat keluhan mual, nafsu makan tidak baik, menghabiskan sebanyak $\frac{1}{4}$ porsi makanan, pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan BB sebelum sakit 60kg, setelah sakit 58, pasien mengatakan tidak ada alergi terhadap makanan, pasien tampak menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makanan, konjungtiva ananemis, pemeriksaan data penunjang hemoglobin 12,6g/dl.

Diagnosa prioritas pada teori adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, sedangkan pada kasus diagnosa prioritas adalah risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload. Alasan penulis mengangkat diagnosa prioritas risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload karena pada pasien terdapat peningkatan tekanan darah 149/95mmHg, dan waktu pengisian kapiler 3 detik, serta terdapat hasil foto thorax cardiomegali.

Faktor yang mendukung penulis adalah pasien dan keluarga pasien yang kooperatif dalam memberikan informasi, data-data pasien yang mendukung dalam menegakkan diagnosa.

Faktor penghambat dari penulis pada diagnosa keperawatan adalah terdapat perbedaan masalah keperawatan yang muncul pada teori dan pada kasus.

C. Perencanaan Keperawatan

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

Rencana keperawatan yang terdapat pada teori SDKI (PPNI, 2018) tetapi tidak terdapat pada kasus yaitu:

1. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload. Di dalam teori terdapat sembilan perencanaan, dan penulis hanya mengambil lima intervensi dari teori, sedangkan yang empat yang lainnya lagi penulis tidak ambil. Penulis juga mengambil intervensi tambahan dari intervensi pendukung yang terdapat dalam SDKI (PPNI, 2018) intervensi yang tidak dicantumkan yaitu:
 - a. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (mis: peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) intervensi tersebut tidak diambil karena pasien tidak ada kenaikan berat badan, dan distensi vena jugularis tidak terlihat denyutan vena jugularis, pasien juga tidak mengalami batuk, dan kulit pucat.
 - b. Berikan diet jantung yang sesuai. Intervensi tersebut tidak direncanakan karena pasien mendapatkan diet rendah garam untuk mengatasi masalah darah tinggi.

- c. Berikan terapi relaksasi untuk mengatasi stress. Intervensi tersebut tidak penulis rencanakan karena pada pasien tidak terdapat kecemasan dan pasien tampak tenang.
 - d. Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi. Intervensi tersebut tidak penulis rencanakan karena pada pasien telah di berikan rencana untuk beraktivitas secara bertahap.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Di dalam teori terdapat delapan perencanaan, penulis hanya mengambil lima intervensi dari teori sedangkan yang tiga lainnya penulis tidak ambil. Penulis juga mengambil intervensi tambahan dari intervensi pendukung yang terdapat dalam (PPNI, 2018) intervensi yang tidak dicantumkan yaitu:
- a. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Intervensi tersebut tidak penulis ambil karena pasien mengatakan faktornya karena tekanan darahnya tinggi.
 - b. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri. Intervensi tersebut tidak penulis ambil karena pasien merasa nyaman dengan suhu ruangnya.
 - c. Intervensi tambahan yang penulis ambil dari referensi yang sama hanya saja diambil dari intervensi pendukung yaitu pemantauan tanda vital (tekanan darah dan nadi) penulis menambahkan intervensi tersebut karena tekanan darah dan nadi berperan penting dalam diagnosa nyeri.

Faktor pendukung dalam melakukan penyusunan perencanaan yaitu adanya referensi media cetak sehingga penulis dapat menggunakan media tersebut untuk dapat menyusun rencana keperawatan sesuai dengan referensi kasus yang ada, peran perawat ruangan serta pasien yang sangat kooperatif.

Faktor penghambat dalam perencanaan adalah keterbatasan waktu sehingga terdapat beberapa perbedaan dalam membuat perencanaan keperawatan. Solusi yang dilakukan penulis dalam menghadapi faktor

penghambat yaitu dengan monitor perkembangan kesehatan pasien melalui tindakan yang dilakukan oleh perawat ruangan dan disesuaikan dengan intervensi yang telah disusun penulis sehingga asuhan keperawatan tetap berjalan.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Penulis melakukan implementasi keperawatan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah disusun sebelumnya sesuai dengan kondisi pasien baik dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi dengan tenaga medis lainnya. Pelaksanaan dilakukan selama 3x24 jam dilaksanakan tanggal 05 Mei 2021 sampai dengan 07 Mei 2021. Pelaksanaan keperawatan dilakukan berjalan dengan baik dikarenakan pasien dan keluarga pasien sangat kooperatif dalam melakukan pelaksanaan keperawatan. Pelaksanaan berjalan dengan baik sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat oleh penulis.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan pelaksanaan keperawatan yaitu adanya bantuan dari perawat ruangan dan tim medis lainnya, sehingga terlaksananya implementasi sesuai dengan yang telah direncanakan serta sikap kooperatif dari pasien dan keluarga.

Faktor penghambat dalam melakukan pelaksanaan adalah adanya keterbatasan waktu yang tersedia sehingga tidak dapat melakukan pelaksanaan selama 24 jam dikarenakan dilakukan secara shift sehingga untuk shift lainnya melihat catatan dari keperawatan, serta penggunaan APD pada pasien hipertensi hanya menggunakan masker.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada pasien penulis berpacu pada tujuan dan kriteria hasil yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan. Evaluasi yang dilakukan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lain yang dilakukan selama tiga hari dan mengacu pada tujuan dan kriteria yang dibuat:

1. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload. Evaluasi keperawatan pada diagnosa ini adalah masalah teratasi sebagian tujuan teratasi sebagian dikarenakan tekanan darah pasien masih mengalami peningkatan 135/90mmHg, hasil pemeriksaan EKG *sinus tachycardia*, hasil pemeriksaan foto thorax cardiomegali, dan hasil dari kalium 3,57mmol/l, turgor kulit elastis, CRT 2 detik. Intervensi siang dan malam dilanjutkan oleh perawat ruangan.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia). Evaluasi keperawatan pada diagnosa ini adalah masalah teratasi, tujuan tercapai hal ini dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri, pasien tampak rileks dan tenang, TD: 135/90mmHg, N:88x/menit, nyeri sudah tidak ada karena pemberian obat mefinal. Hentikan semua intervensi.
3. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan. Evaluasi keperawatan pada diagnosa ini adalah masalah teratasi, tujuan tercapai hal ini ditandai dengan pasien mengatakan mual sudah tidak ada, nafsu makan sudah baik, sudah habis 1 porsi makan, Hb 12,6g/dl, mual tidak ada karena pemberian obat ondancetron. Hentikan semua intervensi.

Faktor pendukung dalam melakukan evaluasi keperawatan adalah sikap terbuka dan kooperatif dari pasien kepada penulis dalam melakukan asuhan keperawatan .

Faktor penghambat dalam evaluasi keperawatan adalah bahwa tidak semua masalah dapat teratasi dan tujuan dapat tercapai dalam tiga hari.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pasien dengan hipertensi disebabkan karena kurang gerak dan kadar kalium rendah. Kurang gerak dapat terjadi karena pada orang yang tidak aktif beregerak cenderung memiliki frekuensi denyut jantung lebih tinggi sehingga otot jantung akan lebih tinggi sehingga otot jantung harus bekerja lebih keras saat kontraksi sedangkan kalium dapat berfungsi sebagai penyeimbang antara jumlah natrium dalam cairan sel. Pada pasien hipertensi dapat ditemukan data-data sakit kepala, mual, sulit tidur, tengkuk terasa berat, nyeri kepala bagian belakang.

Diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada kasus hipertensi adalah risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia), resiko defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan. Namun diagnosa prioritas yang diangkat pada pasien dengan hipertensi adalah risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload karena penurunan curah jantung akan mengganggu sistem sirkulasi. Sistem sirkulasi merupakan suatu sistem yang dapat memfasilitasi untuk pertukaran zat-zat yang sangat dibutuhkan oleh tubuh dan zat-zat dari sisa-sisa metabolisme. Pada manusia salah satu sistem sirkulasi yaitu sistem peredaran darah. Sistem peredaran darah mencakup darah, jantung dan pembuluh darah dan dibuktikan dengan adanya tanda-tanda peningkatan pada tekanan darah.

Perencanaan keperawatan pada diagnosa keperawatan prioritas yang dilakukan pada pasien hipertensi, terdapat perencanaan prioritas kaji tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, dan pernafasan), monitor waktu pengisian kapiler, monitor turgor kulit, identifikasi nyeri dada, identifikasi adanya tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, ortopnea), monitor hasil pemeriksaan serum (kalium), anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap.

Pelaksanaan keperawatan yang perlu dilakukan oleh perawat dalam mengelola pasien dengan hipertensi agar curah jantung tidak terjadi. Tindakan yang dilakukan adalah mengkaji tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, dan pernafasan), memonitor waktu pengisian kapiler, memonitor turgor kulit, mengidentifikasi nyeri dada, mengidentifikasi adanya tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, ortopnea), memonitor hasil pemeriksaan serum (kalium), menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada pasien hipertensi adalah masalah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian. Masalah dapat tertasi dan tujuan dapat tercapai bila tekanan darah dalam batas normal, nadi dalam batas normal, pernafasan dalam batas normal, pengisian kapilar dalam batas normal, turgor kulit dalam batas normal.

B. Saran

Saran bagi penulis dalam pengumpulan data dan pengolahan data, yatu:

1. Bagi tenaga kesehatan

Untuk perawat ruangan diharapkan mampu untuk memperhatikan pendokumentasian pada catatan keperawatan, baik untuk penulisan maupun untuk bahasa yang dipergunakan, serta penggunaan APD yang sesuai dengan protokol kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan*. EGC.
- Aspiani. (2016). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular Aplikasi NIC & NOC*. EGC.
- Asri, Y. (2015). *Dasar dasar penyakit : bidang keahlian kesehatan*. EGC.
- Debora, O. (2012). *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik*. Salemba Medika.
- Dinarti, & Mulyanti, Y. (2017). Dokumentasi Keperawatan. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 167.
- Doenges, M. E. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien* (3rd ed.). EGC.
- Herlambang. (2013). *Menaklukkan Hipertensi dan Diabetes*. Tugu Publisher.
- Junaedi, E., Yulianti, S., & Rinata, M. G. (2013). *Hipertensi Kandas Berkat Herbal*. FMedia.
- Kardiyudiani, N. K. & Susanti, B. A. D. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah 1*. PT. PUSTAKA BARU.
- Kemenkes. (2018). *Klasifikasi Hipertensi*. <http://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/hipertensi-penyakit-jantung-dan-pembuluh-darah/page/28/klasifikasi-hipertensi>
- Kemenkes. (2019). *Hari Hipertensi Dunia 2019: "Know Your Number, Kendalikan Tekanan Darahmu dengan CERDIK"*. <http://p2ptm.kemkes.go.id/kegiatan-p2ptm/pusat-/hari-hipertensi-dunia-2019-know-your-number-kendalikan-tekanan-darahmu-dengan-cerdik>
- Kemenkes. (2020). *Apa itu Hipertensi (Tekanan Darah Tinggi)*. <http://www.p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/hipertensi-penyakit-jantung-dan-pembuluh-darah/apa-itu-hipertensi-tekanan-darah-tinggi>
- Maulidina, F. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Jati Luhur Bekasi Tahun 2018. *ARKESMAS (Arsip Kesehatan Masyarakat)*, 4(1), 149–155. <https://doi.org/10.22236/arkesmas.v4i1.3141>
- Mufarokhah, H. (2019). *HIPERTENSI DAN INTERVENSI KEPERAWATAN*.

Lakeisha.

PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Dewan Pengurus PPNI.

PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Dewan Pengurus PPNI.

Riskesdas. (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI* 2018.
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjFyZLOoKDxAhUDX30KHf0MD_4QFjAAegQIAhAD&url=http%3A%2F%2Fwww.p2ptm.kemkes.go.id%2Fkegiatan-p2ptm%2Fdki-jakarta%2Fhari-hipertensi-dunia-2019-know-your-number-kendalikan

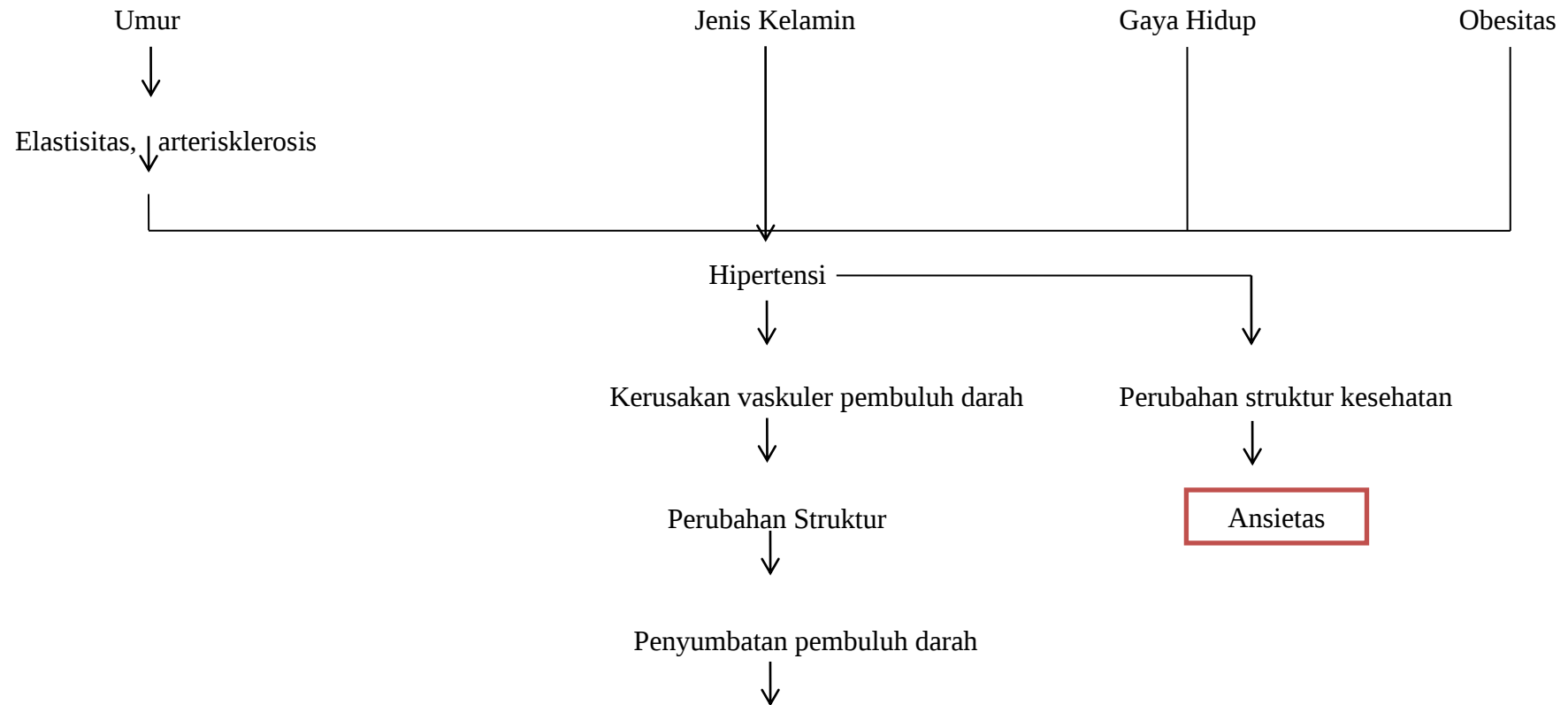
Triyanto. (2014). *Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu*. Graha Ilmu.

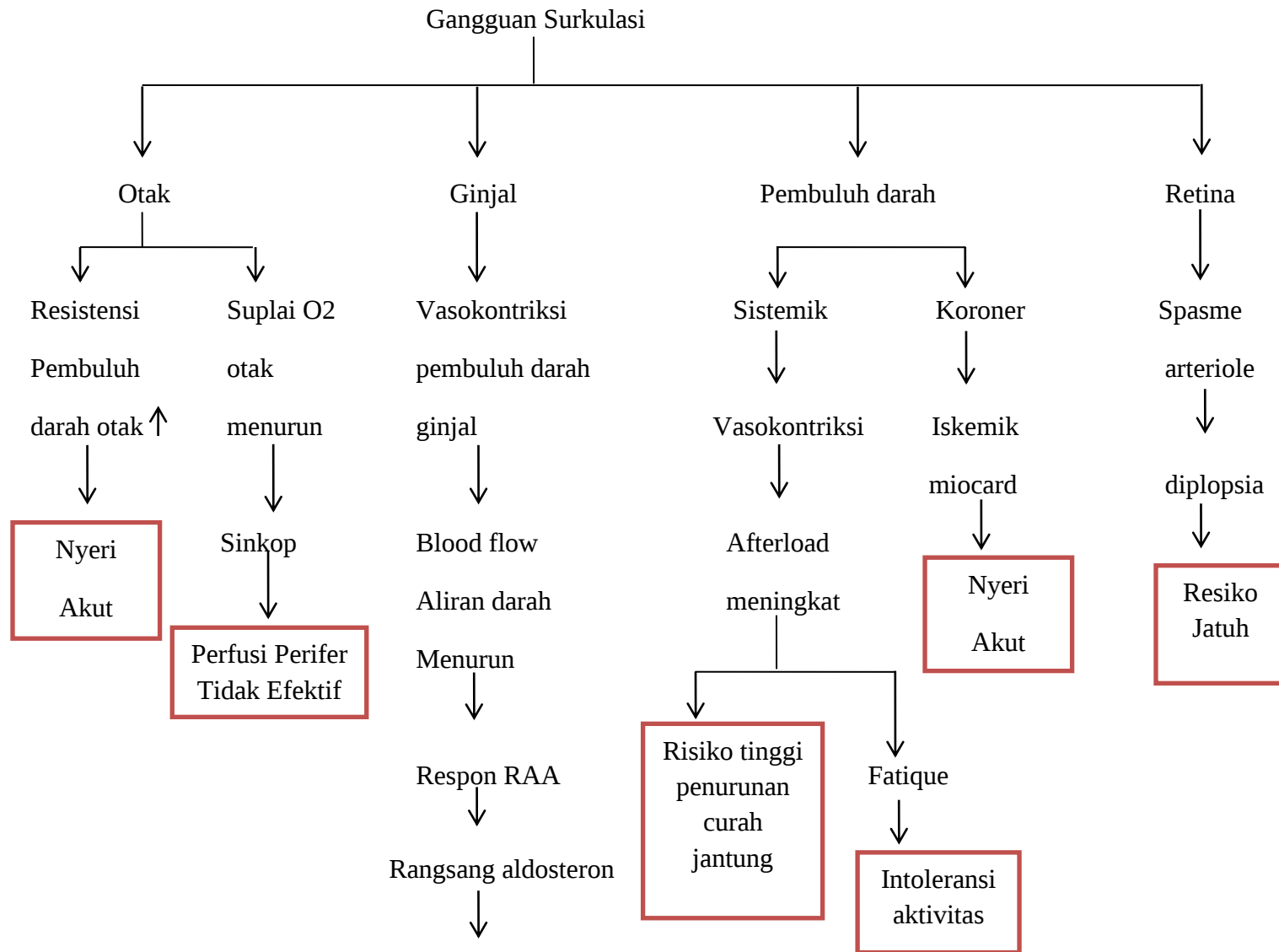
Warjiman. (2020). Skrining dan edukasi penderita hipertensi. *Jurnal Suaka Insan Mengabdi (JSIM)*, 2(1), 15–26.

WHO. (2021). *Hypertension*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

LAMPIRAN

Lampiran 1 patoflowdiagram





Retensi Na



Edema



Hipervolemia