

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RSUD BANGIL PASURUAN



Oleh:
YUSUF WAHYUDI
NIM : 1601068

PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2019

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RSUD BANGIL PASURUAN

**Sebagai Persyaratan untuk Memperoleh Gelar
Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo**



Oleh:

YUSUF WAHYUDI

NIM : 1601068

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2019**

SURAT PERNYATAAN

YANG BERTANDA TANGAN DI BAWAH INI :

Nama : Yusuf Wahyudi
NIM : 1601068
Tempat, Tanggal, Lahir : Sidoarjo, 06 November 1997
Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RSUD BANGIL**” adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Sidoarjo, 8 Juli 2019
Yang menyatakan,

YUSUF WAHYUDI
NIM 1601068

Mengetahui,

Pembimbing I

Pembimbing II

Dini Prastyo Wijayanti, S.Kep.Ns., M.Kep
NIDN. 0704068901

Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep., MNS
NIDN. 0731108603

LEMBAR PERSETUJUAN PROPOSAL

Nama : Yusuf Wahyudi

Judul :ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIAGNOSA
MEDIS HIPERTENSIDI RSUD BANGIL

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada
tanggal 8 Juli 2019

Oleh :

Pembimbing I

Pembimbing II

Dini Prastyo Wijayanti, S.Kep.Ns., M.Kep

NIDN. 0704068901

Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep., MNS

NIDN. 0731108603

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Ns. Agus Sulistyowaty, S.Kep, M.Kes

NIDN. 0703087801

KATA PENGANTAR

Syukur Puji Tuhan Penulis panjatkan Kehadirat Tuhan YME yang telah melimpahkan rahmat, anugerah serta berkatnya sehingga dapat menyelesaikan Proposal dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RSUD BANGIL”** ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Penulisan Proposal ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu saya mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Tuhan YME yang telah memberikan kesehatan sehingga bias menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Orang Tua yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materi selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ns. Agus Sulistyowati, S.Kep, M.Kes, selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia.
4. Dini Prastyo Wijayanti, S.Kep.Ns., M.Kep selaku Pembimbing 1 dalam pembuatan Proposal.
5. Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep., MNS selaku Pembimbing 2 dalam penulisan Proposal.
6. Responden
7. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan Proposal ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa Proposal ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan Proposal ini.

Penulis berharap Proposal ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Sidoarjo, 8 Juli 2018
Penulis

Yusuf Wahyudi
NIM 1601068

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Lembar Judul.....	ii
Surat Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan Karya Tulis Ilmiah	iv
Halaman Pengesahan	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi.....	vii
Daftar Tabel	ix
Daftar Gambar.....	x
Daftar Lampiran	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Akademis.....	5
1.4.2 Praktis.....	5
1.5 Metode Penulisan.....	6
1.5.1 Metode.....	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data	6
1.5.3 Sumber Data.....	6
1.5.4 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Penyakit	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Klasifikasi.....	9
2.1.4 Manifestasi Klinis	10
2.1.5 Komplikasi	11
2.1.6 Dampak Masalah.....	13
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	15
2.1.8 Penatalaksanaan	15

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	18
2.2.1 Pengkajian.....	18
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	24
2.2.3 Rencana Keperawatan.....	25
2.2.4 Pelaksanaan.....	37
2.2.5 Evaluasi.....	38
2.3 Kerangka Masalah.....	39
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	35
3.1 Pengkajian.....	35
3.2 Analisa Data	49
3.3 Masalah Keperawatan	51
3.4 Diagnosa Keperawatan.....	51
3.5 Rencana Keperawatan.....	51
3.6 Tindakan Keperawatan.....	54
3.7 Catatan Perkembangan.....	58
3.8 Evaluasi Keperawatan.....	60
BAB 4 PEMBAHASAN	62
4.1 Pengkajian.....	62
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	64
4.3 Perencanaan.....	64
4.4 Pelaksanaan.....	65
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	66
BAB 5 PENUTUP.....	68
5.1 Simpulan	68
5.2 Saran.....	70
DAFTAR PUSTAKA	71
LAMPIRAN.....	73

DAFTAR TABEL

No Tabel	JudulTabel
Tabel 3.1	Hasil Laboratorium.....
Tabel 3.2	Analisa Data
Tabel 3.3	Intervensi Keperawatan
Tabel 3.4	Implementasi Keperawatan
Tabel 3.5	Catatan Perkembangan
Tabel 3.6	Evaluasi Keperawatan

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	JudulGambar	Hal
Gambar 2.1	KerangkaMasalah	38

DAFTAR LAMPIRAN

No Lampiran	JudulLampiran	Hal
Lampiran 1	SuratIjinPengambilanStudiKasus	39
Lampiran 2	SuratBalasanPengambilanStudiKasus	40
Lampiran 3	LembarKonsultasi.....	41
Lampiran4	<i>Informed Consent</i>	42

DAFTAR TABEL

<u>No.Tabel</u>	<u>JudulTabel</u>	<u>Halaman</u>
Tabel 2.1	Klasifikasi hipertensi menurut JNC 7 (2003)	8
Tabel 2.2	Klasifikasi hipertensi menurut WHO.....	9
Tabel 2.3	Klasifikasi hipertensi menurut Perhimpunan Hipertensi Indonesia.....	9
Tabel 2.4	Intervensi.....	19
Tabel 2.5	Intervensi.....	21
Tabel 2.6	Intervensi.....	22
Tabel 2.7	Intervensi.....	25

DAFTAR GAMBAR

<u>No. Gambar</u>	<u>Judul Gambar</u>	<u>Halaman</u>
Gambar 2.1	Kerangka Masalah	31

DAFTAR LAMPIRAN

No.Lampiran	JudulLampiran	Halaman
Lampiran 1	SuratIjinPengambilanStudiPendahuluan	
Lampiran 2	SuratBalasanStudiPendahuluan.....	
Lampiran 3	Informed Consen	
Lampiran 4	Format AsuhanKeperawatanKMB.....	
Lampiran5	Lembar Konsultasi.....	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah kondisi saat tekanan darah berada pada nilai 140/90 mmHg atau lebih. Kondisi ini dapat menjadi berbahaya, karena jantung dipaksa memompa darah lebih keras ke seluruh tubuh, hingga bisa mengakibatkan timbulnya berbagai penyakit, seperti gagal ginjal, stroke, dan gagal jantung (Willy, 2018). Hipertensi berasal dari dua kata yaitu *hiper* yang berarti tinggi dan *tensi* yang artinya tekanan darah. Menurut *American Society of Hypertension* (ASH), pengertian hipertensi adalah suatu sindrom atau kumpulan gejala kardiovaskuler yang progresif, sebagai akibat dari kondisi lain yang kompleks dan saling berhubungan (Sani, 2008). Penderita hipertensi banyak yang berpikir bahwa obat darah tinggi hanya perlu diminum ketika tensi tinggi, yang hanya bisa diketahui saat *checkup* di dokter maupun puskesmas atau saat mereka mengalami sakit kepala hebat. Padahal jika masyarakat sering melewatkan dosis obat hipertensi atau tidak mengkonsumsinya seperti yang telah direkomendasikan dokter, bukan cuma tekanan darah yang jadi makin tak terkendali namun juga melipatgandakan resiko untuk komplikasi yang berakibat fatal. Selain itu masyarakat percaya bahwa hanya dengan memakan mentimun saja penyakit hipertensi akan hilang atau sembuh (Murwani, 2009).

Di dunia diperkirakan 7,5 juta kematian disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Pada tahun 1980 jumlah orang dengan hipertensi ditemukan sebanyak 600 juta dan mengalami peningkatan menjadi hampir 1 milyar pada tahun 2008

(WHO, 2013). Hasil riset WHO pada tahun 2007 menetapkan hipertensi pada peringkat tiga sebagai faktor resiko penyebab kematian dunia. Hipertensi telah menyebabkan 62% kasus stroke, 49% serangan jantung setiap tahunnya (Corwin, 2007). Di Indonesia sendiri, berdasarkan hasil riset kesehatan tahun 2007 diketahui bahwa prevalensi hipertensi di Indonesia sangat tinggi, yaitu rata-rata 3,17% dari total penduduk dewasa. Hal ini berarti dari 3 orang dewasa, terdapat 1 orang yang menderita hipertensi (Riskesdas, 2008). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Riskesdas menemukan prevalensi hipertensi di Indonesia pada tahun 2013 sebesar 25,8%. Daerah Bangka Belitung menjadi daerah dengan prevalensi hipertensi yang tertinggi yaitu sebesar 30,9%, kemudian diikuti oleh Kalimantan Selatan (30,8%), Kalimantan Timur (29,6%) dan Jawa Barat (29,4%) (Riskesdas, 2013). Menurut profil kesehatan Provinsi Jawa Timur pada tahun 2010, data jumlah penderita hipertensi yang diperoleh dari dinas kesehatan Provinsi Jawa Timur terdapat 275.000 jiwa penderita hipertensi. Dari hasil survei tentang penyakit terbanyak di rumah sakit di Provinsi Jawa Timur, jumlah penderita hipertensi sebesar 4,89% pada hipertensi essensial dan 1,08% pada hipertensi sekunder di RSUD Bangil - Pasuruan.

Gaya hidup yang mengikuti era globalisasi, membuat kasus hipertensi terus meningkat. Gaya hidup gemar makan *fast food* yang kaya lemak, asin malas berolahraga dan mudah tertekan ikut berperan dalam menambah jumlah pasien hipertensi (Rudianto, 2013). Saat ini orang lebih suka memilih makanan siap saji yang umumnya rendah serat, tinggi lemak dan banyak mengandung garam. Selain itu makanan blendrang atau disebut makanan kemarin juga banyak mengandung kadar garam dari lemak cukup tinggi. Seharusnya masyarakat sadar bahwa dengan

mengonsumsi makanan diatas dapat memicu terjadinya hipertensi. Bila hal ini terus dilakukan maka hipertensi mereka akan bertambah parah dan lebih-lebih juga akan menimbulkan komplikasi seperti kerusakan pada otak, kerusakan pada jantung, kerusakan pada ginjal, dan kerusakan pada mata (Rusdianto, 2013).

Oleh karena itu, negara Indonesia yang sedang membangun segala bidang perlu memperhatikan pendidikan kesehatan masyarakat untuk mencegah timbulnya penyakit seperti hipertensi. Hipertensi perlu dideteksi dini yaitu dengan pemeriksaan tekanan darah secara berkala, yang dapat dilakukan pada waktu *check-up* kesehatan atau saat periksa ke dokter. Pencegahan penyakit hipertensi dapat dilakukan dengan memberikan penyuluhan seperti klien disarankan untuk berpartisipasi pada kegiatan dan disesuaikan dengan batasan medis atau sesuai dengan kemampuan seperti berjalan, *jogging*, bersepeda atau berenang, perawat dapat mengajarkan klien untuk berhenti merokok, tidak mengonsumsi *alcohol*, dan juga menghindari makan garam yang berlebih untuk menstabilkan tekanan darah. Penatalaksanaan penderita hipertensi dapat dilakukan dengan cara minum obat secara teratur dan benar sesuai dengan anjuran dokter dengan sekali dalam sehari. Selain itu perawat perlu memonitoring tekanan darah masyarakat guna mencegah penyakit hipertensi secara dini, kontrol penyakit ke dokter minimal sebulan sekali, monitoring tekanan darah, kerusakan target organ, interaksi obat, efek samping dan kepatuhan (Anindya, 2009).

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan

hipertensi dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “ Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose hipertensi di ruang Anggrek RSUD Bangil Pasuruan?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose hipertensi di ruang Anggrek RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2 Tujuan khusus

1.3.2.1 Mengkaji pasien dengan diagnose hipertensi di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.2 Merumuskan diagnose keperawatan pada pasien dengan diagnose hipertensi di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.3 Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose hipertensi di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.4 Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose hipertensi di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.5 Mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose hipertensi di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat:

1.4.1 Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien hipertensi.

1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

1.4.2.1 Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di RS BANGIL agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dengan baik

1.4.2.2 Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa hipertensi.

1.4.2.3 Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi

kepastakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studipendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1.5.2.1 Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1.5.2.2 Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan kepada klien

1.5.2.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya

1.5.3 Sumber Data

1.5.3.1 Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien

1.5.3.2 Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain

1.5.4 Studi kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 **Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1.6.1 Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

1.6.2 Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

Bab I : pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, sistematika penulisan studi kasus.

Bab II : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut pandang medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnose hipertensi serta kerangka masalah.

Bab III : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Bab IV : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

Bab V : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep dan asuhan keperawatan komplikasi hipertensi. Konsep ini akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada komplikasi hipertensi dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep Dasar Hipertensi

2.1.1 Definisi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah kondisi saat tekanan darah berada pada nilai 140/90 mmHg atau lebih. Kondisi ini dapat menjadi berbahaya, karena jantung dipaksa memompa darah lebih keras ke seluruh tubuh, hingga bisa mengakibatkan timbulnya berbagai penyakit, seperti gagal ginjal, stroke, dan gagal jantung (Willy, 2018).

2.1.2 Klasifikasi Hipertensi

Tabel 2.1klafikasi hipertensi menurut JNC 7 (2003)

Klasifikasi	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Prehipertensi	120-139	80-89
Hipertensi stage I	140-150	90-99
Hipertensi stage II	>150	>100

(Arif Muttaqin, 2009).

Tabel 2.2 Klasifikasi hipertensi menurut WHO

Kategori	Sistol (mmHg)	Diastol (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	<130	<85
Tingkat I (hipertensi ringan)	140-159	90-99
Sub group: Perbatasan	140-149	90-94
Tingkat 3 (Hipertensi Berat)	160-179	100-109
Tingkat I (hipertensi ringan)	>180	>110
Hipertensi Sistol terisolasi	>140	<90
Sub group: Perbatasan	140-149	<90

(Andy Sofyan, 2012)

Tabel 2.3 Klasifikasi hipertensi menurut Perhimpunan Hipertensi Indonesia

Kategori	Sistol (mmHg)	Dan/Atau	Diastol (mmHg)
Normal	<120	Dan	<80
Pre Hipertensi	120-139	Atau	80-89
Hipertensi Tahap I	140-159	Atau	90-99
Hipertensi Tahap II	≥ 160	Atau	≥ 100
Hipertensi Sistol Terisolasi	≥ 140	Dan	<90

(Andy Sofyan, 2012)

2.1.3 Etiologi

2.1.3.1 Elastisitas dinding aorta menurun

2.1.3.2 Katub jantung menebal dan menjadi kaku

2.1.3.3 Kehilangan elastisitas pembuluh darah dan penyempitan lumen pembuluh darah

2.1.3.4 Klasifikasi hipertensi menurut etiologinya:

- 1) Hipertensi primer : Konsumsi Na terlalu tinggi, Genetik, Stres psikologis
- 2) Hipertensi renalis : keadaan iskemik pada ginjal
- 3) Hipertensi hormonal
- 4) Bentuk hipertensi lain : obat, cardiovascular, neurogenik. (Andy Sofyan, 2012)

2.1.4 Manifestasi Klinis

sebagian besar manifestasi klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun berupa:

- 2.1.4.1 nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah
- 2.1.4.2 penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi
- 2.1.4.3 ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat
- 2.1.4.4 nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus
- 2.1.4.5 edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler (Elizabeth J. Corwin, 2000).

2.1.5 Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula pada sistem saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis.

Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan

dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriktor. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi. Kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epineprin, yang menyebabkan vasokonstriksi.

Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriksi pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat. Yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan keadaan hipertensi.

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

mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan parifer (Brunner dan Suddarth, 2001).

2.1.6 Penatalaksanaan

Pengobatan dirujukan untuk menurunkan tekanan darah menjadi normal, pengobatan jantung karena hipertensi, mengurangi terhadap penyakit kardiovaskuler dan menurunkan faktor resiko terhadap penyakit kardiovaskuler semaksimal mungkin.

Untuk menurunkan tekanan darah, dapat ditunjukan 3 faktor fisiologis yaitu : menurunkan isi cairan intravascular dan non darah dengan neolistik menurunkan aktivitas susunan saraf simpatis dan respon kardiovaskuler terhadap rangsangan tahanan prifer dengan obat vasediator (Arif manjoer, 2001).

2.1.7 Pencegahan

2.1.7.1 Berhenti merokok secara total dan tidak mengkonsumsi alcohol

2.1.7.2 Melakukan aktivitas fisik secara teratur atau berolahraga dapat mengurangi ketegangan pikiran (stress) membantu menurunkan berat badan, dapat membakar lemak yang berlebihan.

2.1.7.3 Diet rendah garam atau makanan, kegemukan (kelebihan berat badan harus segera dikurangi)

2.1.7.4 Latihan olahraga seperti senam aeorobic, jalan cepat, dan bersepeda paling sedikit 7 kali dalam seminggu

2.1.7.5 Memperbanyak air putih 8 gelas /hari

2.1.7.6 Memeriksa tekanan darah secara normal / berkala terutama bagi seorang yang memiliki riwayat penderita hipertensi

2.1.7.7 menjalani gaya hidup yang wajar mempelajari cara yang tepat untuk mengendalikan stress (Bambang Sadewo, 2004).

2.1.8 Pengobatan

Jenis-jenis pengobatan

2.1.8.1 Arti hipertensi non Farmokologis

Tindakan pengobatan supparat, sesuai anjuran dari *natural cammitoe dictation evalution treatmori of high blood preasure*, antara lain:

- 1) Tumpukan berat badan obesitas
- 2) Konsumsi garam dapur
- 3) Kurangi alkohol
- 4) Menghentikan merokok
- 5) Olahraga teratur
- 6) Diet rendah lemak penuh
- 7)Pemberian kalium dalam bentuk makanan sayur dan buah

2.1.8.2 Obat anti hipertensi

- 1)Dioverika, pelancar kencing yang diterapkan kurangin volume input
- 2)Penyakit beta (*B.Blocker*)
- 3)Antoganis kalsium
- 4)Lanbi ACE (*Anti Canvertity Enzyine*)
- 5)Obat anti hipertensi santral (simpatokolim)
- 6)Obat penyekar ben
- 7) Vasodilatov(Arif Mansjoer, 2001, 522)

2.1.8.3 Perubahan gaya hidup

Dilain pihak gaya hidup yang baik untuk menghindari terjangkitnya penyakit hipertensi dan berbagai penyakit degeneratif lainnya.

- 1) Mengurangi konsumsi garam
- 2) Melakukan olahraga secara teratur dan dinamik
- 3) Membiasakan bersikap dinamik seperti memilih menggunakan tangga dari pada lift
- 4) Menghentikan kebiasaan merokok
- 5) Menjaga kestabilan BB
- 6) Menjauhkan dan menghindari stress dengan pendalaman angka sebagai salah satu upayanya.

2.1.9 Komplikasi

2.1.9.1 Penyakit stroke

Tekanan darah yang terlalu tinggi dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah otak (stroke). Stroke sendiri merupakan kematian jaringan otak yang terjadi karena berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak. Biasanya kasus ini terjadi secara mendadak dan menyebabkan kerusakan dalam beberapa menit (complete stroke).

2.1.9.2 Penyakit gagal jantung

Tekanan darah yang terlalu tinggi memaksa otot jantung bekerja lebih berat untuk memompa darah dan menyebabkan pembesaran otot jantung kiri sehingga jantung mengalami gagal fungsi. Pembesaran pada otot jantung kiri disebabkan kerja keras jantung untuk memompa darah.

2.1.9.3 Penyakit gagal ginjal

Tingginya tekanan darah membuat pembuluh darah dalam ginjal tertekan dan akhirnya menyebabkan pembuluh darah rusak. Akibatnya fungsi ginjal menurun hingga mengalami gagal ginjal. Ada dua jenis kelainan ginjal akibat hipertensi, yaitu nefrosklerosis benigna dan nefrosklerosis maligna.

2.1.10 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium rutin yang dilakukan sebelum melakukan terapi bertujuan menentukan adanya kerusakan organ dan faktor lain atau mencari penyebab hipertensi, biasanya diperiksa unaralis darah perifer lengkap kemih darah (kalium, natrium, kreatinin, gula darah puasa, kolesterol total, kolesterol HDL, dan EKG).

Sebagai tambahan dapat dilakukan pemeriksaan lain seperti klirens kreatinin protein urine 24 jam, asam urat, kolesterol LDL, TSH dan ekokardiografi (Mansjoer Arif, 2000).

2.1.11 Dampak Masalah

Dampak masalah hipertensi fisik adalah sakit kepala parah, pusing, penglihatan buram, mual, telinga berdenging, kebingungan, detak jantung tak teratur, kelelahan, nyeri dada, sulit bernafas, sensasi berdetak di dada, leher, atau telinga (Candraswari, 2011). Dampak hipertensi bagi psikologi adalah sulit membedakan emosi. Hal ini diutarakan oleh seorang ahli Psikologi *Clemson Univesitas, Amerika serikat*, membuktikan bahwa penderita hipertensi akan mengalami penurunan kemampuan dalam mengenali rasa marah, takut, sedih, dan ekspresi wajah (McCubbin, 2008). Status Sosial Ekonomi rendah dibuktikan dapat berhubungan dengan kejadian hipertensi. Indonesia termasuk low middle income countries dan ditemukan masih banyak masyarakat tinggal di daerah pedesaan

dengan karakteristik Status Sosial Ekonomi rendah. Hal tersebut menekankan pentingnya kebijakan kesehatan untuk mengedukasi dan meningkatkan kesadaran serta memberikan pelayanan kesehatan yang terjangkau (Farapti, 2016).

2.2 Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung (NANDA Internasional, 2010)

2.2.1.1 Pengmpulan Data

1) Identistas

Didalam identitas berisikan umur, nama, tanggal lahir, alamat, no RM, MRS, tanggal pengkajian

2) Keluhan utama

Pasien biasanya tekanan darah di atas 140/90 mmHg

3) Riwayat kesehatan sekarang

Meliputi keluhan nyeri kepala yang berlebihan

4) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah pasien mengalami hipertensi sebelumnya

5) Riwayat kesehatan keluarga

Adanya penyakit riwayat keluarga seperti riwayat penyakit DM, jantung, asma, dari komplikasi lainnya

2.2.1.2 Pemeriksaan Fisik

Menurut NANDA Internasional, (2010) Pemeriksaan fisik adalah komponen pengkajian kesehatan yang bersifat obyektif yang dilakukan dengan cara melakukan pemeriksaan pada tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki dengan melihat keadaan pasien (inspeksi). Peraba suatu sistem atau organ yang hendak diperiksa (Palpasi) mengetuk suatu sistem atau organ (Perkusi), dan mendengar suatu sistem atau organ (Auskultasi).

1) Keluhan utama

Biasanya pasien keadaan umumnya lemah

2) Tanda-tanda vital meliputi pemeriksaan tekanan darah, suhu, pernafasan, nadi

3) *Breathing* (B1)

Inspeksi :Bentuk dada simetris, pola nafas teratur, tidak ada retraksi dada

Palpasi :Tidak mengalami nyeri tekan

Perkusi :Sonor

Auskultasi :Suara nafas tambahan

4) *Blood*(B2)

Inspeksi :Sianosis

Palpasi :Irama jantung teratur, tekanan darah naik

Perkusi :Pekak

Auskultasi :Bunyi jantung S1,S2 Tunggal.

5) *Brain* (B3)

Inspeksi :Kesadaran composmentis, orientasi baik, gelisah, pupil isokor

Palpasi : Adanya nyeri tekan.

Perkusi :Tidak ada

Auskultasi :Tidak ada

6. *Bladder*(B4)

Inspeksi :Warna urine kuning pekat, konsistensi normal, berbau

Palpasi :Tidak ada nyeri tekan pada perkemihan

7. *Bowel*(B5)

Inpeksi :Mukosa bibir lembab, perubahan berat badan, mual muntah

Perkusi : Abdomen timpani

Auskultasi : terjadi penurunan pada bising usus

8. *Bone* (B6)

Inspeksi : turgor kulit elastis

Palpasi : akral hangat

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan actual atau potrsial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat(NANDA Internasioanl, 2010).

2.2.2.1 Gangguan rasa nyaman nyeri : sakit kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan pembuluh darah otak

2.2.2.2 Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi in adekuat, keyakinan budaya, pola hidup monoton

2.2.2.3 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan O2

2.2.2.4 Resiko injury berhubungan dengan kesadaran menurun

2.2.3 Perencanaan

Intervensi / perencanaan adalah rencana tindakan dan rasional yang sengaja dibuat untuk kepentingan pasien atas dasar keputusan dokter atau perawat atau intervensi kolaboratif antar keduanya (McCloskey, 2009).

Tabel 2.4 Intervensi Gangguan rasa nyaman nyeri sakit kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan pembuluh darah otak

NO	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan klien lebih merasa nyaman. Dengan Kriteria Hasil : - Melaporkan nyeri / ketidak nyamanan tulang / terkontrol -Mengungkapkan metode yang memberikan pengurangan -Mengikuti regiment farmakologi yang diresepkan..	1. Pertahankan tirah baring selama fase akut. 2. Beri tindakan non Farmakologi untuk menghilangkan sakit kepala, misalnya : kompres dingin pada dahi, pijat punggung dan leher serta teknik relaksasi. 3. Hilangkan minimalkan aktivitas vasokonstriksi yang dapat	1. Agar pasien merasa lebih nyaman 2. Agar pasien lebih tidak merasa sakit 3. Agar pasien cepat dalam pemulihan 4. Memenuhi kebutuhan ambulasi pasien 5. Agar status gizi pasien terkontrol 6. Agar pasien cepat sembuh

		meningkatkan sakit kepala : mengejan saat BAB, batuk panjang,dan membungkuk. 4. Bantu pasien dalam ambulasi sesuai kebutuhan. 5. Beri cairan, makanan lunak. Biarkan klien istirahat selama 1 jam setelah makan. 6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik, anti ansietas, diazepam dll	
--	--	--	--

Tabel 2.5 Intervensi Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

berhubungan dengan intake nutrisi in adekuat, keyakinan budaya, pola hidup monoton

No	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
2	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi. Dengan Kriteria Hasil : - Klien dapat mengidentifikasi hubungan antara hipertensi dengan kegemukan -Menunjukkan perubahan pola makan -Melakukan/memprogram olah raga yang tepat secara individu.	1. Kaji pemahaman klien tentang hubungan langsung antara hipertensi dengan kegemukan. 3. Bicarakan pentingnya menurunkan masukan kalori dan batasi masukan lemak,garam dan gula sesuai indikasi. 4. Tetapkan keinginan klien menurunkan	1. Agar pasien paham tentang penyakit hipertensi 2. agar pasien mengerti tentang diet hipertensinya 3. agar berat badan pasien tidak bertambah 4. Agar kalori pasien terpenuhi 5. Agar status gizi terpenuhi

		berat badan.	
		5. Kaji ulang masukan kalori harian dan pilihan diet.	
		6. Kolaborasi dengan ahli gizi sesuai indikasi.	

Tabel 2.6 Intervensi Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan O₂

No	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
3	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan klien dapat beraktivitas kembali. Dengan Kriteria Hasil : -Klien dapat berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan / diperlukan -Melaporkan peningkatan dalam toleransi aktivitas yang dapat diukur.	1. Kaji toleransi pasien terhadap aktivitas dengan menggunakan parameter : frekwensi nadi 20 per menit diatas	1. Agar memantau pemulihan pasien 2. Agar pasien dapat beraktivitas kembali 3. Agar menjaga

		frekwensi istirahat, catat peningkatan TD, dipsnea, atau nyeridada, kelelahan berat dan kelemahan, berkeringat, pusing atau pingsan.	tirah baring pasien 4. Agar pasien cepat dalam pemulihan 5. Agar memantau pemulihan pasien
		2. Kaji kesiapan untuk meningkatkan aktivitas contoh : penurunan kelemahan / kelelahan, TD stabil, frekwensi nadi, peningkatan	

		perhatian pada aktivitas dan perawatan diri. 3. Dorong memajukan aktivitas / toleransi perawatan diri. 4. Berikan bantuan sesuai kebutuhan dan anjurkan penggunaan kursi mandi, menyikat gigi / rambut dengan duduk dan sebagainya. 5. Dorong	
--	--	---	--

		pasien untuk partisipasi dalam memilih periode aktivitas.	
--	--	---	--

Tabel 2.7 Intervensi Resiko injury berhubungan dengan kesadaran menurun

No	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
4	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien terhindar dari resiko jatuh. dengan Kriteria Hasil: Pasien merasa tenang dan tidak takut jatuh	1. atur posisi pasien agar aman 2. batasi aktivitas	1. Mengetahui respon fisiologi terhadap stress aktivitas 2. Mengurangi penggunaan energy juga membantu keseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 3. Kemajuan aktivitas bertahap

		3. bantu dalam ambulansi	mencegah peningkatan kerja jantung tiba-tiba
--	--	--------------------------------	--

2.2.4 Pelaksanaan

Serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik dan mengartikan kriteria hasil yang diharapkan (Perry dan Potter, 2005)

2.2.4.1 Diagnosa 1 Gangguan rasa nyaman nyeri sakit kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan pembuluh darah otak

- (1) Mempertahankan tirah baring selama fase akut
- (2) Memberi tindakan non farmakologi untuk menghilangkan sakit kepala, misalnya : kompres dingin pada dahi, pijat punggung dan leher serta teknik relaksasi
- (3) Menghilangkan / minimalkan aktivitas vasokonstriksi yang dapat meningkatkan sakit kepala : mengejan saat BAB, batuk panjang, dan membungkuk
- (4) Membantu pasien dalam ambulasi sesuai kebutuhan
- (5) Memberi cairan, makanan lunak. Biarkan klien istirahat selama 1 jam setelah makan
- (6) Mengkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik, anti ansietas, diazepam dll

2.2.4.2 Diagnosa 2 Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi in adekuat, keyakinan budaya, pola hidup monoton

- (1) Mengkaji pemahaman klien tentang hubungan langsung antara hipertensi dengan kegemukan
- (2) Membicarakan pentingnya menurunkan masukan kalori dan batasi masukan lemak, garam dan gula sesuai indikasi
- (3) Menetapkan keinginan klien menurunkan berat badan
- (4) Mengkaji ulang masukan kalori harian dan pilihan diet
- (5) Mengkolaborasi dengan ahli gizi sesuai indikasi

2.2.4.3 Diagnosa 3 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan O₂

- (1) Mengkaji toleransi pasien terhadap aktivitas dengan menggunakan parameter : frekwensi nadi 20 per menit diatas frekwensi istirahat, catat peningkatan TD, dipsnea, atau nyeridada, kelelahan berat dan kelemahan, berkeringat, pusing atau pingsan
- (2) Mengkaji kesiapan untuk meningkatkan aktivitas contoh : penurunan kelemahan / kelelahan, TD stabil, frekwensi nadi, peningkatan perhatian pada aktivitas dan perawatan diri
- (3) Mendorong memajukan aktivitas / toleransi perawatan diri
- (4) Memberikan bantuan sesuai kebutuhan dan anjurkan penggunaan kursi mandi, menyikat gigi / rambut dengan duduk dan sebagainya
- (5) Mendorong pasien untuk partisipasi dalam memilih periode aktivitas

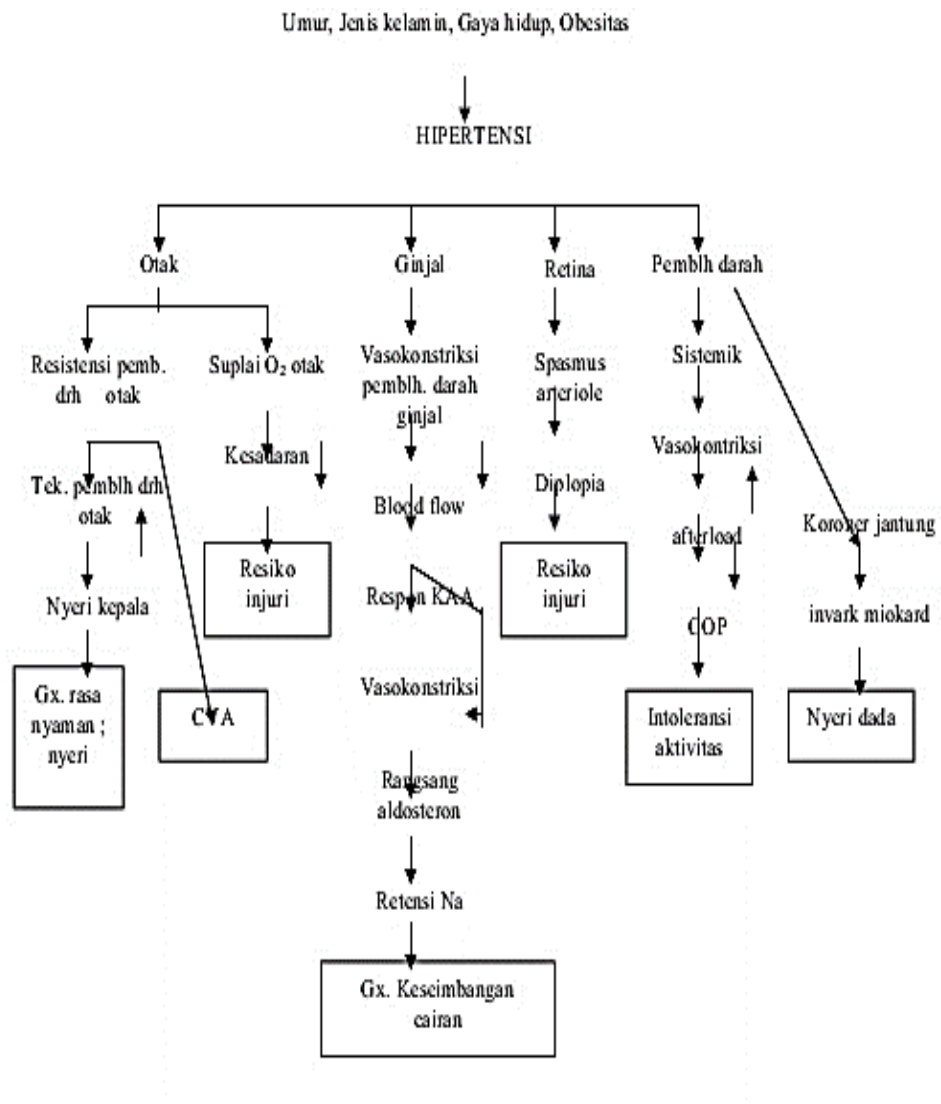
2.2.4.4 Diagnosa 4Resiko injury berhubungan dengan kesadaran menurun

- (1) Mengatur posisi pasien agar aman
- (2) Membatasi aktivitas
- (3) Membantu dalam ambulansi

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi atau penilaian adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (NANDA Internasional, 2010)

2.5 Pathway pada pasien hipertensi



Gambar 2.1 pohon masalah hipertensi menurut (Nanda Nic Noc, 2015)

BAB III

Tinjauan Kasus

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi pada tanggal 04 januari 2019 diruang melati rsud bangil.

Data diambil tanggal : 04 januari 2019 jam 21.00 Tanggal MRS : 02 januari 2019

Ruang rawat / kelas : melati

no. Rekam medis : 00354×××

Diagnosa medis : Hipertensi

3.1 Identitas Klien

Klien atas nama Ny.S berusia dengan 53 tahun, bersuku jawa, agama islam, mempunyai tingkat pendidikan SD, pekerjaan ibu rumah tangga. Ny.S beralamat kan Krajan –Rembang

Untuk penanggung jawab pembiayaan selama perawatan adalah Tn.R yang merupakan anak nya yang berusia 39 tahun, berpendidikan SMP, bekerja swasta, dan beralamat kan krajan-rembang

3.2 Riwayat Keperawatan

3.2.1 Riwayat Keperawatan Sekarang

3.2.1.1 keluhan utama klien mengeluh nyeri kepala bagian belakang lebih tepat pada tengkuk

3.2.1.2 Riwayat Penyakit Saat Ini

Saat bangun tidur klien merasa badan nya lemas, dan nyeri cekot-cekot pada tengkuk klien mengatakan tidak mual dan muntah klien dibawah ke igd rsud bangil jam 08.53 pada tanggal 02 januari 2019. Dikarenakan kondisi klien yang lemah, klien diharuskan mrs. Saat pengkajian tanggal 04 januari 2019 jam 21.00, klien mengatakan pusing, nyeri cekot-cekot pada tengkuk seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul dengan skala nyeri 6 terjadi secara mendadak. Ekspresi klien tampak menyeringai

Masalah keperawatan : nyeri akut

3.2.2 Riwayat Keperawatn Sebelum Nya

3.2.2.1 Hipertensi.

3.2.2.2 Riwayat Kesehatan Yanga Lalu :

Klien mengatakan tidak pernah menderita penyakit kronis selain hipertensi, pasien juga mengatakan tidak pernah operasi sebelumnya, klien juga mengatakan tidak mempunyai alergi apapun.

3.2.3 Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga :

Anak klien mengatakan dalam anggota keluarga tidak pernah ada yang menderita stroke sebelum nya, anak klien juga mengatakan lingkungan rumah klien bersih, hubungan klien dengan tetangga juga baik, hubungan dalam keluarga juga harmonis.

3.2.3.1 Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Klien mengatakan tidak pernah mengonsumsi alkohol tidak mempunyai kebiasaan merokok klien pun juga jarang mengonsumsi makanan tinggi kolesterol.

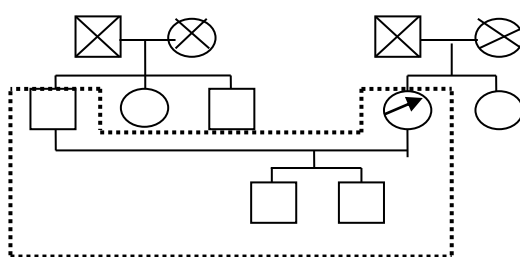
3.2.4 Status cairan dan nutrisi

Nafsu makan : sebelum sakit tidak ada penurunan nafsu makan 3x1 porsi makan habis , saat sakit hanya habis ½ porsi makan, pola makan : sebelum sakit makan teratur 3x sehari, saat klien juga makan teratur 3x sehari, klien mengatakan mengonsumsi air putih, ±1500 cc /hari, pantangan makanan : jeroan, cumi, udang, kerang, ikan asin, ikan teri, daging berlemak, makanan tinggi garam, menu makanan / diet sekarang : hindari asin, makanan tinggi lemak jenuh, makanan siap saji, berat badan sebelum dan saat sakit tetap tidak mengalami penurunan yaitu 60 kg

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.3 genogram (3 generasi)

Tabel 3.1 Genogram 3 generasi pada Ny,S



keterangan :

Laki-Laki : □

Perempuan : ○

Pasien : →

Meninggal : ✕

Tinggal satu rumah :

3.4 pemeriksaan fisik

3.4.1 keadaan umum :

Pada keadaan umum didapatkan data, lemah, kesadaran composmentis, gcs 4-5-6

3.4.2 tanda vital

Pada pemeriksaan tanda-tanda vital, tensi: 200/140 mmHg, Suhu 36°C lokasi penghitungan : axila, Nadi : 96 x /menit lokasi penghitungan : radialis, Respirasi 20x/menit.

3.4.3 Respirasi (B1)

Pada pemeriksaan B1 didapatkan data, bentuk dada : normal chest, susunan ruas tulang belakang : normal, pola nafas : irama teratur, tidak ada gangguan irama pernafasan, tidak ada otot bantu nafas, perkusi thorak : resonan, tidak ada alat bantu nafas, vokal fremitus : getaran pada punggung sisi kanan dan kiri sama, suara nafas : vesikuler, Tidak ada suara nafas tambahan

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan yang muncul

3.4.4 Kardiovaskuler(B2)

Pada pemeriksaan B2 ditemukan data, tidak ada nyeri dada, irama jantung : teratur, pulsasi : kuat, posisi ics 5 mid clavicula sinistra ics 5 mid sternalis dextra, bunyi jantung : s1 s2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, tidak ada cianosis, tidak ada clubbing finger, tidak ada pembesaran jvp

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan yang muncul

3.4.5 persyarafan (B3)

Pada pemeriksaan B3 ditemukan data kesadaran : compos mentis, orientasi : klien mengatakan dijaga oleh anak nya dan adik nya secara bergantian ketika ditanya tentang orang yang ada di tempat itu yang menjaga dirinya. klien mengatakan bahwa dirinya berada di rumah sakit untuk menjalani perawatan ketika ditanya tentang tempat dia berada saat ini. klien mampu mengenali waktu dengan baik, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudsky, terdapat nyeri kepala, dengan PQRSST P: nyeri kepala, Q: hilang timbul, R: kepala bagian belakang (tengkuk), S: skala nyeri 5, T: saat pasien melakukan aktifitas berat. istirahat /tidur : siang sebelum sakit siang $\pm 2-3$ jam, malam $\pm 7-8$ jam, dirumah sakit ± 1 jam/hari, malam : $\pm 4-5$ jam, tidak ada kelainan nervus cranialis, Pupil : Isokor, reflek cahaya normal, pasien mengatakan tidak bisa tidur karena tidak terbiasa dengan lingkungan rumah sakit.

Masalah Keperawatan : Nyeri akut, gangguan pola tidur.

3.4.6 Genetourinaria (B4)

Pada pemeriksaan B4 ditemukan data, Bentuk alat kelamin : Normal, libido normal, alat kelamin bersih, Frekuensi Berkemih $\pm 3x/hr$, teratur, bau khas urine, jumlah ± 1200 , tempat yang digunakan kamar mandi, tidak menggunakan alat bantu berkemih.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

3.4.7 Pencernaan (B5)

Pada pemeriksaan B5 ditemukan data, Mulut bersih, mukosa bibir lembab, bentuk bibir normal, gigi bersih, kebiasaan gosok gigi 2xsehari, tidak ada kesulitan menelan, tidak ada kemerahan, tidak ada pembesaran tonsil, tidak ada nyeri

abdomen, Kebiasaan BAB 2x sehari, konsistensi lembab, warna kuning, bau khas feses, tempat yang digunakan kamar mandi, peristaltic usus 12x/mnt, tidak ada masalah eliminasi alvi.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

3.4.8 Muskuluskeletal dan integumen (B6)

Pada pemeriksaan B6 ditemukan data, Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) Bebas, Kekuatan Otot 5,5,5,5, Tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, akral hangat, turgor kulit elastis, CRT < 3 dtk, tidak ada oedema, kebersihan kulit bersih, Kemampuan melakukan ADL mandiri.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

3.4.9 Penginderaan (B7)

Pada pemeriksaan B7 ditemukan data, Mata, konjungtiva anemis, sklera ikteris putih, tidak ada pembesaran palpebra, tidak ada sirabismus, ketajaman penglihatan normal, tidak ada alat bantu, Hidung normal, mukosa hidung bersih, tidak ada sekret, ketajaman penciuman normal, Telinga, bentuk simetris antara kanan dan kiri, tidak ada keluhan, ketajaman pendengaran normal, Perasa, manis, pahit, Asam, Asin.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

3.4.10 Endokrin (8)

Pada pemeriksaan B8 ditemukan data, Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar, parotis, tidak ada luka gangren, tidak ada pus, tidak ada bau.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

3.4.11 Data Psikososial

3.4.11.1 Gambaran diri/citra diri

Tanggapan tentang tubuhnya baik, pasien menyukai semua bagian tubuhnya, tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai, tidak ada persepsi terhadap kehilangan bagian tubuh.

3.4.11.2 Identitas

Status klien dalam keluarga sebagai kepala keluarga, klien mengatakan puas terhadap perannya sebagai ayah, klien juga puas menjadi laki-laki.

3.4.11.3 Peran

Klien puas terhadap perannya, klien sanggup melaksanakan perannya sebagai keluarga.

3.4.11.4 Ideal Diri

Harapan klien terhadap tubuhnya klien sudah puas dengan tubuhnya, klien puas terhadap pekerjaannya, klien puas dalam melaksanakan perannya dalam keluarga, klien puas terhadap pekerjaannya, harapan klien terhadap lingkungan, klien sudah tidak bersekolah, klien selalu berdoa agar keluarganya selalu harmonis, klien ingin agar masyarakat selalu baik terhadapnya, klien ingin sembuh lebih cepat agar bisa kembali beraktivitas.

3.4.11.5 Harga Diri

Klien puas terhadap dirinya.

3.4.11.6 Data sosial

Hubungan klien dengan keluarga sangat baik, hubungan klien dengan klien lain baik, dukungan keluarga terhadap klien sangat mendukung agar klien negara sembuh.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.4.12 Data Spiritual

3.4.12.1 konsep tentang penguasa kehidupan klien percaya terhadap tuhan, klien

selalu memohon kesembuhan pada tuhan, klien sholat 5 waktu, sarana/peralatan/orang yang diperlukan untuk melaksanakan ritual sajadah, klien yakin bisa sembuh, klien menganggap sakit ini ujian dari Tuhan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

3.4.13 Data Penunjang

3.4.13.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal : Nama Klien : Umur : No.RM :

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny.S

Pemeriksaan	Hasil	Satuan
LED	54/98	MM/jam
Darah Lengkap :		
Leukosit	22.20	

Neutrofil	20.5	
Limfosit	1.2	
Monosit	0.5	
Eosinofil	0.0	
Basofil	0.0	%
Neutrofil %	H92.4	%
Limfosit %	L5.2	%
Monosit	L2.3	%
Eosinofil	L0.0	
Basofil	0.1	
Eritrosit (RBC)	L1.811	10%NL
Hemoglobin (HGB)	L5.53	9/dl
Hematokrit (HCT)	L14.93	%
MCV	82.42	μm^3
MCH	30.54	p9
MCHC	H37.05	9/dl
RDW	L11.15	%
PLT	293	$10^3/\mu\text{L}$
MPV	6.222	FL
KIMIA KLINIK :		
FAAL GINJAL		
BUN	151	Mg/dl
Kreatinin	15.486	Mg/dl
Elektrolit		

Natrium	134.90	Mm01/L
Kalium	5.84	Mm01/L
Klorida	112.90	Mm01/L
Kalium ION	1.130	Mm01/L
Gula Darah		
Gula darah sewaktu	115	Mg/dl

3.4.13.2 EKG : tidak dilakukan

3.4.13.3 X-Ray : Tidak dilakukan

3.4.14 Therapy

3.4.14.1 O2 nassal 4 Lpm (membantu pemenuhan O2 pasien)

3.4.14.2 inf Ns. 500cc/24 jam (membantu memenuhi cairan pasien)

3.4.14.3 inj. Pumpisel 40mg diberikan secara IV(mengurangi peningkatan asam lambung)

3.4.14.4 inj. Anbacim 1gr IV (antibiotik)

Bangil,04 januari 2019

Ttd

Yusuf Wahyudi

3.5 Analisa Data

Tanggal : 04 Januari 2019

Nama Klien : Ny.S

Umur : 55 tahun

No.RM :

Tabel 3.2 Analisa data pada Ny.S dengan diagnosa Hipertensi

No	Data	Etiologi	Problem
1.	Ds : pasien mengatakan pusing kepala Do: KU : lemah Ttv : 180/100 klien mengatakan pusing, nyeri cekot-cekot pada tengkuk seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul dengan skal nyeri 6 terjadi secara mendadak. Ekspresi klien tampak menyeringai.	Peningkatan tekanan intrakranialis.	Nyeri akut berhubungan dengan resistensi pembuluh darah otak.
2.	Ds : Pasien mengatakan susah tidur karena tidak terbiasa dengan lingkungan rumah sakit.		Gangguan pola tidur berhubungan dengan perubahan lingkungan

3.	Do : K/U : Lemah TTV : Tekanan darah : 180/100 mmHg, Pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, area bawah mata hitam, pasien tampak lemas. Ds : Pasien mengatakan badannya terasa lemas Do : K/U : Lemah TTV : 180/100 mmHg Kekuatan otot (5,5,4,4)		sekitar. Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan fungsi kesehatan.
----	--	--	--

DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN.

1. Nyeri akut berhubungan dengan resistensi pembuluh darah otak.
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan perubahan lingkungan sekitar.
3. Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan fungsi kesehatan.

DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS.

1. Nyeri akut berhubungan dengan resistensi pembuluh darah otak.

3.6 Intervensi keperawatan

Tanggal : 04 Januari 2019 Nama Klien : Ny.S Umur : 55 th No.RM :

Tabel 3.3 Intervensi pada Ny.S dengan diagnosa Hipertensi

No.dx	Tujuan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan nyeri pada klien berkurang atau hilang dengan. Kriteria hasil: - Pasien mengetahui penyebab nyerinya. - Pasien mengatakan Nyeri hilang. - Pasien mampu mendemonstrasikan ulang teknik relaksasi dan distraksi . - Pasien rileks - Skala nyeri berkurang 1-3	1. Ajarkan klien untuk melakukan teknik rileksasi. 2. Kaji skala nyeri klien(0-10) 3. Perhatikan isyarat verbal dan non verbal seperti: meringis, kaku, gerakan melindungi .	1. Teknik relaksasi dapat menurunkan rasa nyeri 2. Skala nyeri dapat menunjukkan kualitas nyeri yang dapat dirasakan klien. 3. Klien mungkin tidak secara verbal melaporkan nyeri dan ketidaknyamanan

2.	- Tanda-tanda vital dalam batas normal. - TD:Sistole: 100 – 140 mmhg. Diastole : 60 – 90 mmhg - N : 60-100x/menit - S:36,5 – 37°5 - RR: 20-24 x/menit Setelah dilakuakn tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan gangguan istirahat tidur tidak terjadi dengan, Kriteria Hasil : 1. Pasien tampak rileks dan segar 2. TTV dalam batas normal 3. Pasien dapat tidue	4. Kaji tanda-tanda vital (tekanan darah,respirasi, Nadi, Suhu. 5. Kolaborasi pemberian analgesik sesuai dengan advice dokter . 1. Berikan ruangan yang nyaman. 2. Ajarkan pasien	secara langsung. 4. Pada klien dengan gangguan nyeri menyebabkan gelisah serta tekanan darah dan nadi meningkat. 5. Pemberian analgesik dapat mengurangi nyeri. 1. Dengan ruangan yang nyaman dan tenang pasien dapat beristirahat dengan tenang. 2. Dapat
----	--	---	---

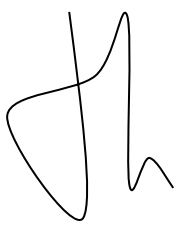
	selama 6-8 jam setiap malam.	distraksi dan relaksasi.	mengurangi ketidaknyamanan.
3.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien dapat meningkatkan partisipasi dalam aktivitas dengan, Kriteria Hasil : 1. Klien dapat melakukan aktivitas secara mandiri. 2. Mampu melaksanakan aktivitas sehari – hari. 3. Keseimbangan aktivitas dan istirahat.	3. Anjurkan pasien mandi/ seka air hangat untuk persiapan tidur. 1. Kaji kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas normal, catat laporan kelemahan, keletihan. 2. TTV dalam batas normal.	3. Pasien dapat merasa segar sehingga dapat beristirahat dengan nyaman. 1. Mempengaruhi pilihan intervensi. 2. Manifestasi kardiopulmonal dari upaya jantung dan paru untuk membawa jumlah oksigen ke seluruh

		3. Berikan lingkungan yang tenang. 4. Ubah posisi pasien dengan perlahan dan pantau adanya pusing	tubuh. 3. Hipertensi postural/hipoksin serebral menyebabkan pusing, berdenyut dan peningkatan resiko cedera.
--	--	---	--

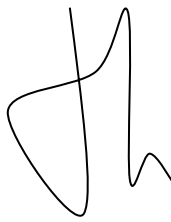
3.7 Implementasi keperawatan

Tanggal :04 Januari 2019 Nama Klien : Ny.S Umur : 55 th No.RM :

Tabel 3.4 Implementasi pada Ny.S dengan diagnosa Hipertensi.

No.Dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/TTD
1.	04- januari- 2019	08.30	- Membina hubungan saling percaya dengan pasien.	
		08.35	- Mengkaji nyeri secara komprehensif. P: nyeri kepala Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk. R: Di kepala(tengkuk). S: Skala 5 T: Saat beraktifitas berat.	
			- Menganjurkan mengurangi aktivitas sebelum tidur. - Menganjurkan klien untuk tidur lebih awal. - Anjurkan keluarga untuk memberikan tempat yang nyaman bagi pasien.	
	05- januari-	19.00	- Mengobservasi TTV: TD: 180/100 mmhg.	

	2019		N : 84x/Menit. RR: 20x/Menit. S :36°C	
		19.05	- Menganjurkan istirahat dengan cukup.	
	06- januari- 2019	20.30	- Beritahu tentang diet rendah garam. - Anjurkan minum obat dengan tepat. - Anjurkan untuk kontrol kesehatan secara rutin.	

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
05 januari 2019	Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan intra kranial.	S: Pasien mengatakan nyeri. O: P: nyeri kepala Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk. R: Di kepala(tengkuk). S: Skala 5 T: Saat beraktifitas berat. - Mengobservasi TTV: TD: 180/100 mmhg. N : 84x/Menit. RR: 20x/Menit. S :36°C A: Masalah teratasi sebagian. P: intervensi no 1-5 dilanjutkan.	
	Gangguan pola tidur.	S : Pasien mengatakan masih sering terbangun pada malam hari dan	

		juga pasien tidak dengan lingkungan setempat. O: 1. k/u baik 2. konjungtiva anemis 3. klien setiap satu jam sekali bangun apabila tidur malam 4. klien tampak lelah, klien menguap. A : Masalah belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan.	
--	--	--	--

3.9 Evaluasi.

Tanggal : 07 januari 2019 Nama Klien : Ny.S Umur : 55 th No.RM :

Tabel 3.6 evaluasi pada Ny.S dengan diagnosa Hipertensi

Tanggal	Diagnosa	Evaluasi	Paraf
07 januari 2019	Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan intra kranial.	S: Pasien mengatakan nyeri. O: P: nyeri kepala Q: nyeri seperti tertusuk- tusuk. R: Di kepala(tengkuk). S: Skala 5 T: Saat beraktifitas berat. - Mengobservasi TTV: TD: 180/100 mmhg. N : 84x/Menit. RR: 20x/Menit. S :36°C A: Masalah teratasi. P: pasien pulang. S :	
	Gangguan pola tidur	S :	

		Pasien mengatakan sudah tidak terbangun ketika istirahat malam hari. O : 1. k/u baik 2. TD : 140/80 mmHg 3. konjungtiva tidak anemis 4. pasien tampak rileks 5. pasien tampak lebih segar A : Masalah teratasi. P : intervensi dihentikan pasien KRS.	
--	--	---	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Klien dengan diagnosa medis Hipertensi di RSUD BangilPasuruan yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan pengenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien sehingga klien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak kesenjangan yaitu pada tinjauan pustaka yang didapat keluhan utama biasanya ditandai dengan biasanya klien datang kerumah sakit dalam kondisi penurunan kesadaran atau koma serta disertai kelemahan anggota gerak. Riwayat penyakit dahulu meliputi adanya riwayat hipertensi, riwayat tinggi kolesterol Karena hal ini berhubungan dengan penurunan kualitas pembuluh darah otak menjadi menurun. Pada pemeriksaan fisik keadaan umum dan tanda-tanda vital : adanya peningkatan tekanan darah, pusing, sakit kepala berat bagian tengkuk (Muttaqin, 2008).

Kesenjangan terdapat pada pengkajian keluhan utama klien tidak didapatkan mengalami penurunan kesadaran, pada tinjauan kasus klien datang dengan keluhan badan lemas.

Pada saat dilakukan pengkajian B1-B6, sistem pernafasan didapatkan bentuk dada simetris, pola nafas teratur dengan frekuensi nafas 24x/menit, suara nafas vesikuler, tidak ada retraksi otot bantu nafas, perkusi thorax sonor, tidak memakai alat bantu nafas, tidak batuk. Pada pemeriksaan kardiovaskuler didapatkan tidak ada nyeri dada, irama jantung regular, bunyi jantung S1 S2 tunggal, CRT < 2 detik, tidak ada cyanosis, tidak ada pembesaran JVP.

Pada pemeriksaan persyarafan didapatkan kesadaran compos mentis, GCS 4-5-6, ada nyeri kepala nyeri cekot-cekot pada tengkuk seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul dengan skala nyeri 6 terjadi secara mendadak. Ekspresi klien tampak menyeringai. Pada pemeriksaan nervus cranialis ditemukan tidak ada penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal selain itu tidak ditemukan kelainan nervus cranialis lainnya.

Pada pemeriksaan sistem perkemihan didapatkan frekuensi berkemih 1200 ml/hr, warnajernih, bau khas urine, tempat yang digunakan toilet, tidak ada alat bantu yang digunakan.

Pada pemeriksaan sistem pencernaan didapatkan mukosa lembab, bibir lembab, lidah bersih, rongga mulut bersih, klien menggosok gigi 2x/hari, keadaan gigi tidak ada caries, tenggorokan baik, tidak ada kesulitan menelan, saat diinspeksi bentuk abdomen simetris, normal, saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan, peristaltik 20x/mnt, BAB 1x pada saat dirumah sakit dengan konsistensi lembek, warna kuning kecoklatan, bau khas feses, tempat yang digunakan toilet, tidak ada pemakaian obat pencahar. Pada sistem muskuloskeletal dan integumen didapatkan kemampuan pergerakan sendi dan tungkai : bebas, kekuatan otot ekstremitas

(5,5), ekstremitas bawah (5,5). Tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, akralhangat, turgor kembali < 3 detik, tidak ada oedema, kebutuhan klien dalam pergerakan bebas, klien sulit untuk berpindah, klien menunjukkan mampu mobilisasi, semuaa ktivitas klien dilakukan mandiri tanpa dibantu oleh keluarga seperti makan, minum, dan seka. Pada sistem penginderaan di dapatkan ketajaman pendengaran menurun.

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada tinjauankasusdisesuaikan dengan keluhan nyata yang dialami klien karena penulis menghadapi klien secara langsung.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada sebelas, yaitu gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah, edema serebral, hemoragi, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan kekuatan dan ketahanan sekunder akibat : paralisis parsial atau total, deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan otot sekunder akibat perubahan biofisik, psikososial, penurunankekuatan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan disfagia sekunder akibat cedera cerebrovaskular, hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan fungsi motorik otot-otot bicara sekunder akibat cedera cerebrovaskular, resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek tekanan jaringan akibat keletihan, pola nafas inefektif berhubungan dengan depresi system saraf pernafasan sekunder akibat cedera cerebro vaskular, resiko cidera berhubungan dengan perubahan fungsi serebral sekunder akibat cedera cerebro vaskular, ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekret yang kental atau

sekret yang berlebihan, gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan gangguan aliran darah sekunder akibat : gangguan vascular, gangguan persepsi sensori berhubungan dengan kesalahan interpretasi sekunder akibat : perubahan organ sensori (Rukiyah, 2011).

Dari sebelas diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka tidak semua ada pada tinjauan kasus. Terdapat 1 diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus yang diantara nya ada satu diagnose nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan intra kranial.

Sedangkan untuk diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka tidak muncul pada tinjauan kasus karena pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan tanda dan gejala seperti penurunan kesadaran, tanda, klien tidak mengalami penurunan nafsu makan, mual muntah dan penurunan berat badan yang signifikan, klien juga tidak mengalami penurunan fungsi syaraf seperti penciuman, penghidung, bahasa dan komunikasi, Selain itu, klien juga tidak mengalami perubahan pola nafas, tidak ada secret maupun suara tambahan nafas klien mengalami peningkatan tekanan itra kranial.

Tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus atau pada kasus nyata, karena diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan pada klien dengan diagnosa Hipertensi secara umum sedangkan pada kasus nyata diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi klien secara langsung.

4.3 Perencanaan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada

pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan klien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (Kognitif), keterampilan mengenai masalah (Afektif) dan perubahan tingkah laku klien (Psikomotor).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan klien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Tujuan :

Nyeri akut berhubungan dengan resistensi aliran darah ke otak, Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan nyeri pada klien berkurang atau hilang dengan. Kriteria hasil, Pasien mengetahui penyebab nyeri nya, Pasien mengatakan Nyeri hilang, Pasien mampu mendemonstrasikan ulang teknik relaksasi dan distraksi, Pasien rileks, Skala nyeri berkurang 1-3, Tanda-tanda vital dalam batas normal, TD:Sistole: 100 – 140 mmhg, Diastole : 60 – 90 mmhg, N : 60-100x/menit, S:36,5 – 37°5, RR: 20-24 x/menit intervensi:Ajarkan klien untuk melakukan teknik rileksasi karena Teknik relaksasi dapat menurunkan rasa nyeri, Kaji skala nyeri klien (0-10) karena Skala nyeri dapat menunjukkan kualitas nyeri yang dapat di rasakanklien, Perhatikan isyarat verbal dan non verbal seperti: meringis, kaku, gerakan melindungi sebab Klien mungkin tidak secara verbal melaporkan nyeri dan ketidak nyamanan secara langsung, Kaji tanda-tanda vital (tekanan darah, respirasi, Nadi, Suhu) dikarenakan Pada klien dengan gangguan nyeri menyebabkan gelisah serta tekanan darah dan nadi meningkat, untuk

intervensi yang terakhir Kolaborasi pemberian analgesic sesuai dengan advice dokter karena Pemberian analgesic dapat mengurangi nyeri. Pada rencana tindakan tidak ada kesenjangan, semua rencana tindakan tinjauan kasus sama seperti tinjauan pustaka

4.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada klien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan klien yang sebenarnya.

Dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain: adanya kerjasama baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan intra kranial
Pada implementasi tinjauan pustaka sama dengan tinjauan kasus, mengkaji skala nyeri klien(0-10) karena Skala nyeri dapat menunjukan kualitas nyeri yang dapat di rasakan klien, Perhatikan isyarat verbal dan non verbal seperti: meringis, kaku,

gerakan melindungi sebab Klien mungkin tidak secara verbal melaporkan nyeri dan ketidak nyamanan secara langsung, mengajarkan jarkan klien untuk melakukan teknik rileksasi dengan cara nafas dalam dan distraksi dengan mengalihkan nyeri dengan melakukan hal-hal yang pasien suka contoh: mendengarkan musik atau mengobrol dan tidur, mengobservasi tanda-tanda vitalensi: 200/140mmhg, suhu 36 c lokasi penghitungan : axial, nadi : 96 x /menit lokasi penghitungan : radialis, respirasi 20x/menit, untuk implementasi yang terakhir berolaborasi pemberian analgesic sesuai dengan advice dokter karena Pemberian analgesic dapat mengurangi nyeri dan anti hipertensi.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan klien dan keluarga kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan.

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan klien dan masalahnya secara langsung.

Padatinjauan kasus pada waktu dilakukan evaluasi tentang Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan intra kranial 3x24jam karena tindakan yang tepat pasien juga melakukan apa yang di ajarkan oleh perawat untuk mengatasi nyeri dan berhasil dilaksanakan dan tujuan serta kriteriahasil telah tercapai.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dan kriteria hasil dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara perawat dan pasien serta keluarga pasien dan untuk kesehatan lainnya. Hasil evaluasi pada Ny.D sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan klien KRS pulang pada tanggal 6 januari 2019 jam 16.00WIB.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada Klien dengan diagnosa medis Hipertensi di ruang rawat inap Melati RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada Klien dengan diagnosa medis Hipertensi.

5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada Klien dengan diagnosa medis Hipertensi, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

- 5.1.1 Pada saat dilakukan pengkajian B1-B6, sistem pernafasan didapatkan bentuk dada simetris, pola nafas teratur dengan frekuensi nafas 24x/menit, suara nafas vesikuler, tidak ada retraksi otot bantu nafas, perkusi thorax sonor, tidak memakai alat bantu nafas, tidak batuk. Pada pemeriksaan kardiovaskuler didapatkan tidak ada nyeri dada, irama jantung regular, bunyi jantung S1 S2 tunggal, CRT < 2 detik, tidak ada cyanosis, tidak ada pembesaran JVP. Pada pemeriksaan persyarafan didapatkan kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, ada nyeri kepala nyeri cekot-cekot pada tengkuk seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul dengan skal nyeri 6 terjadi secara mendadak. Ekspresi klien tampak menyeringai. Pada pemeriksaan nervus cranialis ditemukan tidak ada penurunan fungsi motorik dan muskuluskeletal selain itu tidak ditemukan kelainan nervus

cranialis lainnya. Pada pemeriksaan sistem perkemihan didapatkan frekuensi berkemih 1200 ml/hr, warna jernih, bau khas urine, tempat yang digunakan toilet, tidak ada alat bantu yang digunakan. Pada pemeriksaan sistem pencernaan didapatkan mukosa lembab, bibir lembab, lidah bersih, rongga mulut bersih, klien menggosok gigi 2x/hari, keadaan gigi tidak ada caries, tenggorokan baik, tidak ada kesulitan menelan, saat diinspeksi bentuk abdomen simetris, normal, saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan, peristaltik 20x/mnt, BAB 1x pada saat dirumah sakit dengan konsistensi lembek, warna kuning kecoklatan, bau khas feses, tempat yang digunakan toilet, tidak ada pemakaian obat pencahar. Pada sistem muskuloskeletal dan integumen didapatkan kemampuan pergerakan sendi dan tungkai : bebas, kekuatan otot ekstremitas atas (5,5), ekstremitas bawah (5,5). Tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, akral hangat, turgor kembali < 3 detik, tidak ada oedema, kebutuhan klien dalam pergerakan bebas, klien sulit untuk berpindah, klien menunjukkan mampu mobilisasi, semua aktivitas klien dilakukan mandiri tanpa dibantu oleh keluarga seperti makan, minum, dan seka. Pada sistem penginderaan didapatkan ketajaman pendengaran menurun Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial.

- 5.1.2 Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan intra cranial, Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan nyeri pada klien berkurang atau hilang dengan. Kriteria hasil, Pasien mengetahui penyebab nyerinya, Pasien mengatakan Nyeri hilang, Pasien mampu mendemonstrasikan ulang teknik relaksasi dan distraksi, Pasien rileks,

Skala nyeri berkurang 1-3, Tanda-tanda vital dalam batas normal, TD:Sistole: 100 – 140 mmhg, Diastole : 60 – 90 mmhg, N : 60-100x/menit, S:36,5 – 37°5, RR: 20-24 x/menit intervensi: Ajarkan klien untuk melakukan teknik rileksasi karena Teknik relaksasi dapat menurunkan rasa nyeri, Kaji skala nyeri klien(0-10) karena Skala nyeri dapat menunjukkan kualitas nyeri yang dapat di rasakan klien, Perhatikan isyarat verbal dan non verbal seperti: meringis, kaku, gerakan melindungi sebab Klien mungkin tidak secara verbal melaporkan nyeri dan ketidaknyamanan secara langsung, Kaji tanda-tanda vital (tekanan darah,respirasi,Nadi, Suhu di karenakan Pada klien dengan gangguan nyeri menyebabkan gelisah serta tekanan darah dan nadi meningkat, untuk intervensi yang terakhir Kolaborasi pemberian analgesik sesuai dengan advice dokter karena Pemberian analgesik dapat mengurangi nyeri. Pada rencana tindakan tidak ada kesenjangan, semua rencana tindakan tinjauan kasus sama seperti tinjauan pustaka.

- 5.1.3 Beberapa tindakan mandiri perawat pada klien dengan diagnosa Hipertensi menganjurkan keluarga untuk tetap menjaga dan memperhatikan kondisi klien terutama dalam pola makan dan gaya hidup contoh: olahraga rutin dan diet rendah garam. Untuk menyelesaikan masalah tersebut, penulis melibatkan keluarga dan klien secara aktif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan karena banyak tindakan keperawatan yang memerlukan kerjasama antara perawat, klien dan keluarga.
- 5.1.4 Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat tercapai karena adanya kerjasama yang baik antara klien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada

Ny.S sesuai dengan harapan karena masalah teratasi dan intervensi dihentikan klien pulang KRS pada tanggal 6 januari 2019.

5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

- 5.2.1 Untuk pencapaian hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
- 5.2.2 Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada Klien dengan Hipertensi.
- 5.2.3 Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada klien.
- 5.2.4 Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal.
- 5.2.5 Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Anindya, (2009) ,*hipertensi: Tekanan Darah Tinggi*, Yogyakarta Penerbit Kanisius
- Arita Murwani,(2009), *Proses Keperawatan*, Egc,Jakarta
- Armilawaty,(2007), *Penuntun Diet*,Jakarta : Gramedia pustaka utama
- Bylvia Anderra (1995). *Patofisiologi konsep klinik edisi 11*. EGC, Jakarta
- Brunner & suddarth, (2002), *Keperawatan Medikal Bedah Vol 2*, Jakarta:EGC
- Bambang Sadewo,(2004), *Hipertensi*. Jakarta:Gramedia Pustaka Utama
- Bambang Sadewo,(2004), *Hipertensi*. Jakarta:Gramedia Pustaka Utama
- Corwin, (2009). *Gaya hidup pada penderita hipertensi*. Surakarta Fakultas Psikologi,Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Doengoes,(2009). *Rencana Asuhan Keperawatan*,BBC,Jakarta
- Farapti (2016), *Status Sosial Ekonomi Dan Kejadian Hipertensi*, Universitas Airlangga
- Nugroho, (2012). *Proses keperawatan* . Universitas Indonesia. Jakarta
- Nanda,2015. *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis*,Yogyakarta
- Slamet suyono, (2001).*100 Question & Answer Hipertensi*, Jakarta:Elex Media komputindo
- Krisanty dkk, (2009 *Patofisiologi Hipertensi*
<http://brunhobasto.blogspot.co.id/2011/12/askep-hipertensi.html>Diakses
pada tanggal 12 September2018 pada pukul 15.00 WIB
- Harapan Marwali (2000), *Ilmu Penyakit Kulit* jakarta

Hipokrates.<http://hendrikeksap.blogspot.co.id/2011/12/askep.html>Diakses pada tanggal 23 september 2018 pada pukul 16.00 WIB

Siregar (2003), *Hipertensi Esensial*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia