

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
HIPERTENSI YANG DI RAWAT
DI RUMAH SAKIT**



Oleh :

Nama : NOVIA PUSPITA SARI

NIM : P07220117064

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA**

2020

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
HIPERTENSI YANG DI RAWAT
DI RUMAH SAKIT**

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Pada Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Oleh:

Nama : NOVIA PUSPITA SARI

NIM : P07220117064

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
BALIKPAPAN**

2020

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi ketentuan yang berlaku.

Balikpapan,.....

Yang menyatakan

Novia Puspita Sari
NIM. P07220117064

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN

TANGGAL, 08 Mei 2020

Oleh

Pembimbing

Sri Hazanah, S.ST.,SKM.MPH
NIDN. 4018126601

Pembimbing Pendamping

Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd
NIDN. 4008047301

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Samarinda
Jurusan Keperawatan

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep
NIP : 196803291994022001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Hipertensi

Yang Di Rawat Di Rumah Sakit

Telah Diuji

Pada tanggal 15 Juni 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji

Dr. Nina Mardiana, S.Pd., M.Kes
NIDN. 4025096101

Penguji Anggota

1. **Sri Hazanah, S.ST., SKM., M.P.H.**
NIDN. 4018126601

2. **Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd**
NIDN. 4008047301

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D-III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes.
NIP. 19650825198503200

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep.
NIP. 196803291994022001,

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

1. Nama : Novia Puspita Sari
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir : Balikpapan, 25 November 1998
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Mahasiswa
6. Alamat : Perum Taman Intan Griya blok A/94,
Manggar, Balikpapan Timur.

B. Riwayat Pendidikan

1. TK Bina Anaprasa Mawar II tahun 2004 – 2005
2. SDN 006 Balikpapan Timur tahun 2010 – 2011
3. SMPN 5 Balikpapan tahun 2013 - 2014
4. SMAN 4 Balikpapan 2016 – 2017
5. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim Tahun 2017
sampai sekarang.

LEMBAR PERSEMBAHAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Alhamdulillah Segala puji bagi Allah subhanallah wa Ta'ala atas takdirmu Yang telah kau jadikan aku manusia yang senantiasa berfikir, berilmu, beriman, dan bersabar dalam menjalani hidup berkat karunianya saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Shalawat dan salam selalu terlimpahkan keharibaan Rasulullah Muhammad SAW. Kupersembahkan karya tulis ilmiah ini kepada orang yang kukasihi dan kusayangi.

Ibunda dan Ayahanda Tercinta

Sebagai tanda bakti, hormat dan rasa terima kasih yang tiada terhingga kupersembahkan karya kecil ini kepada Ibu (Umi Mahmudah) dan Ayah (Alm. Sukar) yang telah memberikan kasih sayang, serta dukungan, ridho dan cinta kasih yang tiada terhingga, yang selalu mendoakanku, dan selalu menasehatiku dan Ayah yang selalu aku doakan semoga tenang serta bahagia disana, hingga kita dapat bertemu lagi. Terima kasih Ibu...
Terima kasih Ayah....

Kakak terkasih

Sebagai tanda terima kasih, aku persembahkan karya kecil ini untuk kakakku (Endah Apria Nengseh) yang selalu memberikan semangat serta cerita pengalamannya yang dapat memotivasiku menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
Terima Kasih sista...

Suami Tersayang

Sebagai tanda Terima kasih, ku persembahkan karya tulis ilmiah ini untuk seseorang yang pernah menjadi kakak senior ku di rumah sakit, dan kini telah sah menjadi suamiku (Ahmad Rizki Fauzi) yang selalu mensupport, membimbing, selalu ada setiap aku butuhkan, selalu mendengarkan keluh kesahku. Semoga doa dan semua hal yang terbaik yang engkau berikan menjadikan ku orang yang baik pula dan dapat membanggakan mu. Terima Kasih kakak...

Sahabat dan Teman-teman Angkatan 6

Buat sahabatku (Fajriah Nur Ramadhani) yang selalu membantuku, mendukung, teman berbagi cerita, serta grub FFNI yang bersama dari kami tingkat 1 (Faje, febrina, novia, indri), dan teman-teman dinas ku (Skuy Living Santuy) menemani disetiap suka duka bersama hingga tinggal serumah bersama, dan semua teman-teman Angkatan 6 Together to be happy, Terima Kasih semuanya....

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah subhanallah wa Ta'ala yang terus mengkaruniakan nikmat, rahmat serta iman kepada kita semua. Sehingga berkat rahmat dan karunianya, penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Hipertensi Yang Di Rawat Di Rumah Sakit” tepat pada waktunya.

Pada penyusunan KTI ini peneliti banyak mengalami kesulitan dan hambatan akan tetapi semuanya bisa dilalui berkat bantuan dari berbagai pihak. Dalam penyusunan KTI ini peneliti telah mendapatkan bantuan, dorongan dan bimbingan dari berbagai pihak baik materi maupun moral. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. H. Supriadi B., S.Kp., M.Kep., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim
2. Hj. Umi kalsum,S.Pd., M.Kes., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim
3. Ns. Andi Lis AG, S.Kep., M.Kep, selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim
4. Ns.Grace Carol Sipasulta, M.kep.,Sp.Kep.Mat, selaku Penanggung jawab Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
5. Sri Hazanah, S.ST., S.KM.,M.PH, selaku Pembimbing I dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

6. Ns. Asnah, S.Kep, M.Pd selaku Pembimbing II dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
7. Orang tua serta kakak yang telah memberikan doa, dorongan dan semangat selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Teman-teman satu bimbingan penelitian karya tulis ilmiah yang telah berjuang bersama-sama penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah penelitian ini.

Meskipun telah berusaha menyelesaikan karya tulis ilmiah penelitian ini sebaik mungkin, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah penelitian ini masih ada kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca guna menyempurnakan segala kekurangan dalam penyusunan karya tulis ilmiah penelitian ini.

Akhir kata, penulis berharap semoga karya tulis ilmiah penelitian ini berguna bagi para pembaca dan pihak-pihak lain yang berkepentingan.

Balikpapan, 08 Mei 2020

Penulis

Novia Puspita Sari

ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN HIPERTENSI YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT”

Pendahuluan : Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang dapat mengakibatkan kakesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas). Hipertensi menjadi salah satu penyakit tidak menular yang paling banyak di derita masyarakat Indonesia (57,6%), Semakin meningkatnya prevalensi Hipertensi dari tahun ketahun di karenakan jumlah penduduk yang bertambah.

Metode : Penelitian ini menggunakan metode deskriptif analitik dalam bentuk *literature review* untuk menganalisis masalah asuhan keperawatan yang dilakukan pada dua klien dengan penyakit hipertensi. Lokasi penelitian klien 1 dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dan pada klien 2 dilakukan di RSUD Bangil Pasuruan.

Hasil dan pembahasan : Hasil review kedua klien yang telah dilakukan ditemukan adanya penurunan tekanan darah pada kedua klien. Tn.W saat pengkajian tekanan darahnya, yaitu 170/90 mmHg dan saat evaluasi tekanan darah turun menjadi 140/80 mmHg. Pada Ny.S tekanan darah pada pengkajian yaitu 200/140 mmHg dan pada saat evaluasi akhir tekanan darah menjadi 180/100 mmHg. Pada penegakan diagnose klien 1 memiliki 3 masalah teratasi dihari ketiga dank lien 2 memiliki 2 masalah teratasi dihari ke 3 dan 1 diagnosa tidak terdapat data evaluasi. Terdapatnya ketidakseimbangan data pada asuhan keperawatan tersebut.

Kesimpulan dan saran : Dari data klien terdapat kesenjangan dan ketidaksesuaian data pada tanggal pengkajian yang sama. Sehingga untuk kedepannya diharapkan dapat melakukan pengkajian dengan tepat dan akurat agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang ditemukan pada klien

Kata Kunci : Hipertensi, Asuhan keperawatan pada Pasien Hipertensi

ABSTRACT

" NURSING CARE IN HYPERTENSION PATIENTS HOSPITAL IN HOSPITAL "

Introduction: Hypertension is a condition where a person experiences an increase in blood pressure above normal which can result in illness (morbidity) and mortality rate (mortality). Hypertension is one of the most common non-communicable diseases in Indonesian society (57.6%), The increasing prevalence of hypertension from year to year because of the increasing population.

Method: This study used a descriptive analytic method in the form of literature review to analyze the problems of nursing care conducted on two clients with hypertension. The location of client 1 research was conducted at Abdul Wahab Sjahrani Hospital Samarinda and client 2 was conducted at Bangil Pasuruan Regional Hospital.

Results and Discussion : The results of a review of the two clients that have been done found a decrease in blood pressure in both clients. Mr..W when assessing his blood pressure, which is 170/90 mmHg and when evaluating his blood pressure dropped to 140/80 mmHg. At Ny.S blood pressure at assessment is 200/140 mmHg and at the time of the final evaluation the blood pressure becomes 180/100 mmHg. In the enforcement of client diagnosis 1 has 3 problems resolved on the third day and lien 2 has 2 problems resolved on day 3 and 1 diagnosis does not have evaluation data. There is an imbalance of data in the nursing care.

Conclusions and suggestions: From client data there are data gaps and discrepancies at the same assessment date. So that in the future it is expected to be able to carry out assessments appropriately and accurately so that nursing care can be achieved in accordance with the problems found in clients.

Keywords: Hypertension, Nursing Care in Hypertensive Patients

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul Depan	
Halaman Sampul Dalam	i
Halaman Pernyataan	ii
Halaman Persetujuan	iii
Halaman Pengesahan	iv
Daftar Riwayat Hidup	v
Lembar Persembahan	vi
Halaman Kata Pengantar	vii
Abstrak	ix
Daftar Isi	xi
Daftar Tabel	xv
Daftar Gambar	xvi
Daftar Bagan	xvii
Daftar Lampiran	xviii
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4

D. Manfaat Penelitian.....	5
1. Bagi Peneliti.....	5
2. Bagi Tempat Penelitian.....	5
3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis	6
1. Definisi	6
2. Anatomi dan Fisiologi jantung.....	6
a. Anatomi Jantung.....	6
b. Fisiologi	9
3. Etiologi	12
4. Manifestasi Klinik	14
5. Klasifikasi	17
6. Patofisiologi	17
7 Pathway Hipertensi	19
8. Pemeriksaan Penunjang	20
9. Komplikasi	20
10. Penatalaksanaan	22
B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi.....	24
1. Pengkajian Keperawatan	24
2. Diagnosa Keperawatan.....	29
a. Nyeri Akut	30
b. Perfusi Perifer tidak efektif	31

c. Hipervolemia	32
d. Intoleransi aktivitas	33
e. Defisit pengetahuan	34
f. Ansietas	35
g. Resiko penurunan curah jantung	36
h. Resiko jatuh	37
3. Intervensi Keperawatan.....	38
4. Implementasi Keperawatan	46
5. Evaluasi Keperawatan	47

BAB III METODE PENELITIAN

A. Pendekatan/Desain Penelitian	51
B. Subyek Penelitian.....	51
C. Definisi Operasional	51
D. Lokasi dan Waktu Penelitian	52
E. Prosedur Penelitian.....	52
F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data	53
G. Keabsahan Data	54
H. Analisa Data	55

BAB IV TINJAUAN KASUS

A. Hasil	57
1. Gambaran Lokasi Penelitian	57
2. Data Asuhan Keperawatan	58
a. Pengkajian.....	58

b. Diagnosa Keperawatan	67
c. Perencanaan	69
d. Implementasi.....	72
e. Evaluasi.....	75
B. Pembahasan	79
1. Pengkajian	79
2. Diagnosa Keperawatan.....	81
3. Perencanaan.....	88
4. Implementasi	94
5. Evaluasi	96
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	100
B. Saran	102

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN - LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Anamnesis penderita hipertensi	17
Tabel 2.2 Klasifikasi Hipertensi.....	19
Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Klien dengan hipertensi	60
Tabel 4.2 Hasil Observasi dan Pemeriksaan Fisik Klien dengan Hipertensi	62
Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang pada Klien dengan Hipertensi	68
Tabel 4.4 Hasil Penatalaksanaan Terapi pada Klien dengan Hipertensi.....	69
Tabel 4.5 Diagnosa Keperawatan pada Klien dengan Hipertensi	69
Tabel 4.6 Perencanaan pada Klien 1 dengan Hipertensi	71
Tabel 4.7 Perencanaan pada Klien 2 dengan Hipertensi di RSUD Bangil	72
Tabel 4.8 Implementasi keperawatan Klien 1 dengan Hipertensi.....	74
Tabel 4.9 Implementasi keperawatan Klien 2 dengan Hipertensi.....	76
Tabel 4.10 Catatan perkembangan klien 2 dengan hipertensi.....	76
Tabel 4.11 Evaluasi keperawatan Klien 1 dengan Hipertensi.....	77
Tabel 4.12 Evaluasi keperawatan Klien 2 dengan Hipertensi.....	80

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Anatomi Jantung	8

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Hipertensi	19
------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar konsultasi
Lampiran 2	Literature review klien 1
Lampiran 3	Literature review klien 2
Lampiran 4	Dokumentasi Seminar Hasil Karya Tulis Ilmiah

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan manusia yang paling utama, karena setiap manusia berhak untuk memiliki kesehatan. Kenyataannya tidak semua orang dapat memiliki derajat kesehatan yang optimal karena berbagai masalah, diantaranya lingkungan yang buruk, social ekonomi yang rendah, gaya hidup yang tidak sehat mulai dari makanan, kebiasaan, maupun lingkungan sekitarnya (*Misbach,2013*)

Gaya hidup sehat merupakan kebutuhan fisiologis yang hirarki, kebutuhan manusia paling dasar untuk dapat mempertahankan hidup termasuk juga menjaga agar tubuh tetap bugar dan sehat serta terbebas dari segala macam penyakit. Penyakit yang sering muncul akibat gaya hidup yang tidak sehat salah satunya yaitu hipertensi (*Sufa, Christantyawati, & Jusnita, 2017*).

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang dapat mengakibatkan angka kesakitan (*morbiditas*) dan angka kematian (*mortalitas*). Hipertensi berarti tekanan darah di dalam pembuluh-pembuluh darah sangat tinggi yang merupakan pengangkut darah dari jantung yang memompa darah keseluruhan jaringan dan organ-organ tubuh (*Aryantiningsih & Silaen, 2018*).

Setiap peningkatan 20 mmHg tekanan darah sistolik atau 10 mmHg tekanan darah diastolik dapat meningkatkan risiko kematian akibat penyakit jantung iskemik dan stroke. Terkontrolnya tekanan darah dapat menurunkan risiko kematian, penyakit kardiovaskular, dan stroke (Sudarsono et al).

Berdasarkan data *World Health Organization (WHO)*, prevalensi tekanan darah tinggi tahun 2014 pada orang dewasa berusia 18 tahun keatas sekitar 22%. Penyakit ini juga menyebabkan 40% kematian akibat penyakit jantung dan 51% kematian akibat stroke. Selain secara global, hipertensi juga menjadi salah satu penyakit tidak menular yang paling banyak di derita masyarakat Indonesia (57,6%), di dalam (Jumriani et al, 2019).

Secara nasional hasil Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa prevalensi penduduk dengan tekanan darah tinggi sebesar 34,11%. Prevalensi tekanan darah tinggi pada perempuan (36,85%) lebih tinggi dibanding dengan laki-laki (31,34%). Prevalensi di perkotaan sedikit lebih tinggi (34,43%) dibandingkan dengan perdesaan (33,72%). Prevalensi semakin meningkat seiring dengan penambahan umur (Kemenkes RI, 2019).

Semakin meningkatnya prevalensi Hipertensi dari tahun ketahun di karenakan jumlah penduduk yang bertambah, aktivitas fisik yang kurang dan pola hidup yang tidak sehat. Pola hidup yang tidak sehat tersebut antara lain adalah diet yang tidak sehat misalnya tinggi gula, lemak dan garam, dan kurang mengonsumsi makanan berserat. Selain itu adalah penggunaan tembakau dan alkohol (Sri & Herlina, 2016).

Pola hidup yang tidak sehat pada penderita hipertensi pada pasien dengan hipertensi perencanaan dan tindakan asuhan keperawatan yang dapat di lakukan diantaranya yaitu memantau tanda-tanda vital pasien, pembatasan aktivitas tubuh, istirahat cukup, dan pola hidup yang sehat seperti diet rendah garam, gula dan lemak, dan berhenti mengkonsumsi rokok, alkohol serta mengurangi stress (Aspiani, 2016).

Peran Perawat sebagai (educator) atau pendidik, peran ini meningkatkan kesehatan melalui pemberian pengetahuan terkait dengan keperawatan dan tindakan medis, serta dapat menurunkan risiko kematian, penyakit kardiovaskular dan stroke (Gobel et al, 2016)

Berdasarkan hasil pendahuluan yang di lakukan peneliti pada tanggal 22 Januari 2020 di ruang Flamboyan B RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan, dari data pasien pada Tahun 2018 untuk penderita hipertensi sebanyak 310 jiwa, sedangkan pada Tahun 2019 untuk penderita hipertensi ditemukan sebanyak 305 jiwa , dan menjadi urutan terbanyak ke-4 pada tahun 2019 setelah penyakit *Hypo-osmolality and Hyponatraemia*, *Anaemia (unspecified)*, dan *Hypertensive renal disease with renal failure*.

Berdasarkan uraian fenomena diatas, membuat penulis tertarik untuk mengangkat judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Hipertensi”

B. Rumusan Masalah

Sebagaimana yang telah diuraikan pada latar belakang, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimanakah asuhan keperawatan pasien dengan hipertensi ?

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan pada penulisan karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Tujuan Umum

Untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan hipertensi.
- b. Mampu menegakkan diagnosis keperawatan asuhan keperawatan pasien dengan hipertensi.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan asuhan keperawatan pasien dengan hipertensi.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan asuhan keperawatan pasien dengan hipertensi.
- e. Mengevaluasi asuhan keperawatan dengan pasien hipertensi.

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah :

1. Bagi Peneliti

Manfaat bagi peneliti adalah agar peneliti dapat menegakkan diagnosa dan intervensi dengan tepat untuk pasien dengan masalah keperawatan pada system peredaran darah, khususnya dengan pasien yang mengalami hipertensi, sehingga perawat dapat melakukan tindakan keperawatan denga tepat..

2. Bagi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan atau saran dan bahan dalam merencanakan asuhan keperawatan, sehingga pihak rumah sakit dapat meningkatkan penanganan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dalam ilmu keperawatan dan dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi yang dirawat di rumah sakit sehingga dapat mengurangi bertambahnya angka kesakitan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Definisi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang (Kemenkes.RI, 2014).

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian / mortalitas (Trianto, 2014).

2. Anatomi dan Fisiologi jantung

a. Anatomi Jantung

1) Jantung

System kardiovaskuler terdiri atas jantung, pembuluh darah (arteri, vena, kapiler) dan sistem limfatik. Fungsi utama system kardiovaskular adalah mengalirkan darah yang kaya oksigen ke seluruh tubuh dan memompa darah dari seluruh tubuh (jaringan) ke sirkulasi paru untuk dioksigenasi (Aspiani, 2016).

Jantung merupakan organ utama sistem kardiovaskular, berotot dan berongga, terletak di rongga toraks bagian

mediastinum. Jantung berbentuk seperti kerucut tumpul dan bagian bawah disebut apeks terletak lebih ke kiri dari garis medial, bagian tepi terletak pada ruang interkosta IV kiri atau sekitar 9 cm dari kiri linea medioklavikularis, bagian atas disebut basis terletak agak ke kanan pada kosta ke III sekitar 1 cm dari tepi lateral sternum. Memiliki ukuran panjang sekitar 12 cm, lebar 8-9 cm, dan tebal 6 cm. Berat jantung sekitar 200-425 gram, pada laki-laki sekitar 310 gram dan pada perempuan sekitar 225 gram (Aspiani, 2016).

Jantung adalah organ muscular yang tersusun atas dua atrium dan dua ventrikel. Jantung dikelilingi oleh kantung pericardium yang terdiri atas dua lapisan, yakni:

- a) Lapisan visceral (sisi dalam)
- b) Lapisan perietalis (sisi luar)

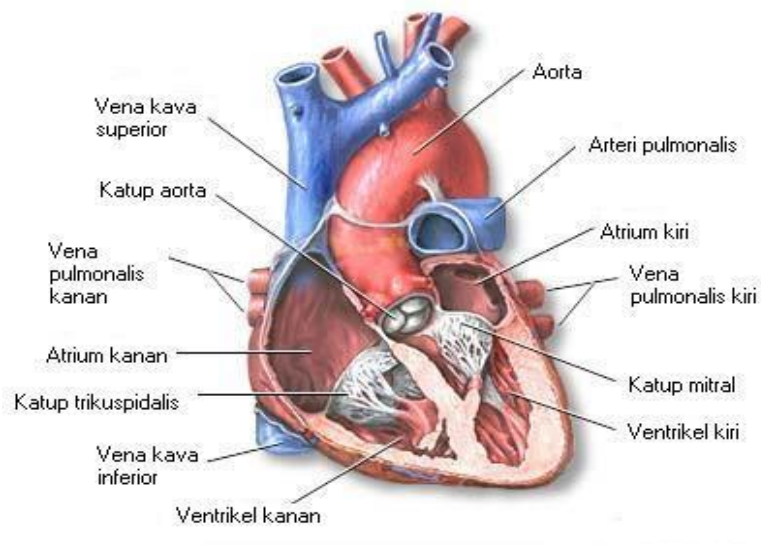
Dinding jantung mempunyai tiga lapisan, yaitu:

- a) *Epikardium* merupakan lapisan terluar , memiliki struktur yang sama dengan pericardium visceral.
- b) *Miokardium*, merupakan lapisan tengah yang terdiri atas otot yang berperan dalam menentukan kekuatan kontraksi.
- c) *Endokardium*, merupakan lapisan terdalam terdiri atas jaringan endotel yang melapisi bagian dalam jantung dan menutupi katup jantung.

Jantung mempunyai empat katup, yaitu:

- a) Trikuspidalis
- b) Mitralis (katup AV)
- c) Pulmonalis (katup semilunaris)
- d) Aorta (katup semilunaris)

Jantung memiliki 4 ruang , yaitu atrium kanan, atrium kiri dan ventrikel kanan. Atrium terletak diatas ventrikel dan saling berdampingan. Atrium dan ventrikel dipisahkan oleh katup satu arah. Antara rongga kanan dan kiri dipisahkan oleh *septum*.



Gambar 2.1 :anatomi jantung

2) Pembuluh darah

Setiap sel didalam tubuh secara langsung bergantung pada keutuhan dan fungsi system vaskuler, karena darah dari jantung akan dikiri ke setiap sel melalui system tersebut. Sifat

structural dari setiap bagian system sirkulasi darah sistemik menentukan peran fisiologinya dalam integrasi fungsi kardiovaskular. Keseluruhan system peredaran (system kardiovaskular) terdiri atas arteri, arteriola, kapiler, venula, dan vena.(Aspiani, 2016)

- a) Arteri adalah pembuluh darah yang tersusun atas tiga lapisan (intima,media,adventisia) yang membawa darah yang mengandung oksigen dari jantung ke jaringan.
- b) Arteriol adalah pembuluh darah dengan resistensi kecil yang mevaskularisasi kapiler.
- c) Kapiler menghubungkan dengan arteriol menjadi venula (pembuluh darah yang lebih besr yang bertekanan lebih rendah dibandingkan dengan arteriol), dimana zat gizi dan sisa pembuangan mengalami pertukaran
- d) Venula bergabung dengan kapiler menjadi vena
- e) Vena adalah pembuluh yang berkapasitas-besar, dan bertekanan rendah yang membalikkan darah yang tidak berisi oksigen ke jantung.

(Lyndon, 2014)

b. Fisiologi

1) Siklus jantung

Siklus jantung adalah rangkaian kejadian dalam satu irama jantung. Dalam bentuk yang pailng sederhana, siklus jantung

adalah kontraksi bersamaan kedua atrium, yang mengikuti suatu fraksi pada detik berikutnya karena kontraksi bersamaan kedua ventrikel.

Siklus jantung merupakan periode ketika jantung kontraksi dan relaksasi. Satu kali siklus jantung sama dengan satu periode sistole (saat ventrikel kontraksi) dan satu periode diastole (saat ventrikel relaksasi). Normalnya, siklus jantung dimulai dengan depolarisasi spontan sel pacemaker dari SA node dan berakhir dengan keadaan relaksasi ventrikel.

Pada siklus jantung, systole (kontraksi) atrium diikuti sistole ventrikel sehingga ada perbedaan yang berarti antara pergerakan darah dari ventrikel ke arteri. Kontraksi atrium akan diikuti relaksasi atrium dan ventrikel mulai ber kontraksi. Kontraksi ventrikel menekan darah melawan daun katup atrioventrikuler kanan dan kiri dan menutupnya. Tekanan darah juga membuka katup semilunar aorta dan pulmonalis. Kedua ventrikel melanjutkan kontraksi, memompa darah ke arteri. Ventrikel kemudian relaksasi bersamaan dengan pengaliran kembali darah ke atrium dan siklus kembali.

- a) Sistole atrium
- b) Sistole ventrikel
- c) Diastole ventrikel

2) Tekanan darah

Tekanan darah (blood pressure) adalah tenaga yang diupayakan oleh darah untuk melewati setiap unit atau daerah dari dinding pembuluh darah, timbul dari adanya tekanan pada dinding arteri. Tekanan arteri terdiri atas tekanan sistolik, tekanan diastolik, tekanan pulsasi, tekanan arteri rerata.

Tekanan sistolik yaitu tekanan maksimum dari darah yang mengalir pada arteri saat ventrikel jantung berkontraksi, besarnya sekitar 100-140 mmHg. Tekanan diastolic yaitu tekanan darah pada dinding arteri pada saat jantung relaksasi, besarnya sekitar 60-90 mmHg. Tekanan pulsasi merupakan reflek dari stroke volume dan elastisitas arteri, besarnya sekitar 40-90 mmHg. Sedangkan tekanan arteri rerata merupakan gabungan dari tekanan pulsasi dan tekanan diastolic yang besarnya sama dengan sepertiga tekanan pulsasi ditambah tekanan diastolik. Tekanan darah sesungguhnya adalah ekspresi dari tekanan systole dan tekanan diastole yang normal berkisar 120/80 mmHg. Peningkatan tekanan darah lebih dari normal disebut hipertensi dan jika kurang normal disebut hipotensi. Tekanan darah sangat berkaitan dengan curah jantung, tahanan pembuluh darah perifer (R). Viskositas dan elastisitas pembuluh darah (Aspiani, 2016)

3. Etiologi

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan curah jantung atau peningkatan tekanan perifer. Akan tetapi, ada beberapa factor yang memengaruhi terjadinya hipertensi :

- a. Genetik : respon neurologi terhadap stress atau kelainan ekskresi atau transport Na.
- b. Obesitas : terkait dengan tingkat insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
- c. Stress karena lingkungan
- d. Hilangnya elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah

(Aspiani, 2016)

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan ;

- a. Hipertensi primer (esensial)

Hipertensi primer adalah hipertensi yang belum diketahui penyebabnya. Diderita oleh sekitar 95% orang. Oleh karena itu, penelitian dan pengobatan lebih ditunukan bagi penderita esensial.

Hipertensi primer disebabkan oleh faktor berikut ini.

1) Faktor keturunan

Dari data statistic terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi.

2) Ciri perseorangan

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah umur (jika umur bertambah maka tekanan darah meningkat), jenis kelamin (pria lebih tinggi dari perempuan), dan ras (ras kulit hitam lebih banyak dari kulit putih).

3) Kebiasaan hidup

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah konsumsi garam yang tinggi (lebih dari 30g), kegemukan atau makan berlebih, stress, merokok, minum alcohol, minum obat-obatan (efedrin, prednisone, epinefrin).

b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder terjadi akibat penyebab yang jelas salah satu contoh hipertensi sekunder adalah hipertensi vascular renal, yang terjadi akibat stenosis arteri renalis. Kelainan ini dapat bersifat kongenital atau akibat aterosklerosis stenosis arteri renalis menurunkan aliran darah ke ginjal sehingga terjadi pengaktifan baroreseptor ginjal, perangsangan pelepasan renin, dan pembentukan angiotensin II. Angiotensin II secara langsung

meningkatkan tekanan darah tekanan darah, dan secara tidak langsung meningkatkan sintesis andosteron dan reabsorpsi natrium. Apabila dapat dilakukan perbaikan pada stenosis, atau apabila ginjal yang terkena di angkat,tekanan darah akan kembali ke normal.

Penyebab lain dari hipertensi sekunder, antara lain ferokromositoma, yaitu tumor penghasil epinefrin di kelenjar adrenal, yang menyebabkan peningkatan kecepatan denyut jantung dan volume sekuncup, dan penyakit cushing, yang menyebabkan peningkatan volume sekuncup akibat retensi garam dan peningkatan CTR karena hipersensitivitas system saraf simpatis aldosteronisme primer (peningkatan aldosteron tanpa diketahui penyebab-nya) dan hipertensi yang berkaitan dengan kontrasepsi oral juga dianggap sebagai kontrasepsi sekunder (Aspiani, 2016).

4. Manifestasi klinis

Pada umumnya, penderita hipertensi esensial tidak memiliki keluhan. Keluhan yang dapat muncul antara lain: nyeri kepala, gelisah, palpitasi, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudah lelah, lemas dan impotensi. Nyeri kepala umumnya pada hipertensi berat, dengan ciri khas nyeri regio oksipital terutama pada pagi hari. Anamnesis identifikasi faktor risiko penyakit jantung, penyebab sekunder hipertensi, komplikasi kardiovaskuler, dan gaya hidup pasien.

Perbedaan Hipertensi Esensial dan sekunder Evaluasi jenis hipertensi dibutuhkan untuk mengetahui penyebab. Peningkatan tekanan darah yang berasosiasi dengan peningkatan berat badan, faktor gaya hidup (perubahan pekerjaan menyebabkan penderita bepergian dan makan di luar rumah), penurunan frekuensi atau intensitas aktivitas fisik, atau usia tua pada pasien dengan riwayat keluarga dengan hipertensi kemungkinan besar mengarah ke hipertensi esensial. Labilitas tekanan darah, mendengkur, prostatisme, kram otot, kelemahan, penurunan berat badan, palpitasi, intoleransi panas, edema, gangguan berkemih, riwayat perbaikan koarktasio, obesitas sentral, wajah membulat, mudah memar, penggunaan obat-obatan atau zat terlarang, dan tidak adanya riwayat hipertensi pada keluarga mengarah pada hipertensi sekunder (Adrian, 2019).

tabel 2.1. *Anamnesis penderita hipertensi.*

Faktor risiko
Riwayat hipertensi, penyakit jantung, stroke, penyakit ginjal pribadi dan di keluarga
Riwayat faktor risiko pribadi dan di keluarga (contoh: hiperkolesterolemia familial)
Riwayat merokok
Riwayat diet dan konsumsi garam Konsumsi alcohol
Kurang aktivitas fisik/ gaya hidup tidak aktif Riwayat disfungsi ereksi
Riwayat tidur, merokok, sleep apnoea (informasi juga dapat diberikan oleh pasangan)
Riwayat hipertensi pada kehamilan/pre-eklampsia

kemungkinan Hipertensi sekunder
Awitan hipertensi derajat 2 atau 3 usia muda (< 40 tahun), perkembangan hipertensi tiba-tiba, atau tekanan darah cepat memburuk pada pasien usia tua
Riwayat penyakit ginjal/traktus urinarius
Penggunaan obat/penyalahgunaan zat/terapi lainnya: kortikosteroid, vasokonstriktor nasal, kemoterapi, yohimbine, liquorice
Episode berulang berkeringat, nyeri kepala, ansietas, atau palpitasi, sugestif phaeochromocytoma
Riwayat hipokalemia spontan atau terprovokasi diuretik, episode kelemahan otot, dan tetani (hiperaldosteronisme)
Gejala penyakit tiroid/ hiperparatiroidisme
Riwayat kehamilan saat ini dan/atau penggunaan kontrasepsi oral
Riwayat sleep apnoea

Riwayat dan Gejala Hypertension Mediated Organ Damage (HMOD), Penyakit kardiovaskuler, Stroke, Penyakit Ginjal
Otak dan mata: Nyeri kepala, vertigo, sinkop, gangguan penglihatan, transient ischemic attack (TIA), defisit motorik atau sensorik, stroke, revaskularisasi karotis, gangguan kognisi, demensia (pada lanjut usia)
Jantung: Nyeri dada, sesak napas, edema, infark miokard, revaskularisasi koroner, sinkop, riwayat berdebar-debar, aritmia (terutama AF), gagal jantung
Ginjal: Haus, poliuria, nokturia, hematuria, infeksi traktus urinarius
Arteri perifer: Ekstremitas dingin, klaudikasio intermiten, jarak berjalan bebas nyeri, nyeri saat istirahat, revaskularisasi perifer
Riwayat Penyakit Ginjal Kronis (contoh: penyakit ginjal polikistik) pribadi atau keluarga

Penggunaan Obat Anti-hipertensi
--

Penggunaan obat antihipertensi sekarang/dahulu, termasuk efektivitas dan intoleransi pengobatan sebelumnya
Ketaatan berobat

Sumber : (Adrian, 2019)

5. Klasifikasi

Secara klinis hipertensi dapat di klasifikasikan menjadi beberapa kelompok yaitu:

Table 2.2 Klasifikasi Hipertensi

No.	Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
1.	Optimal	<120	< 80
2.	Normal	120- 129	80-84
3.	High normal	130-139	85-89
4.	Hipertensi		
	Grade 1 (ringan)	140-159	90-99
	Grade 2 (sedang)	160-179	100-109
	Grade 3 (berat)	180- 209	100-119
	Grade 4 (sangat berat)	>210	>120

Sumber : (Nurarif, 2015)

6. Patofisiologi

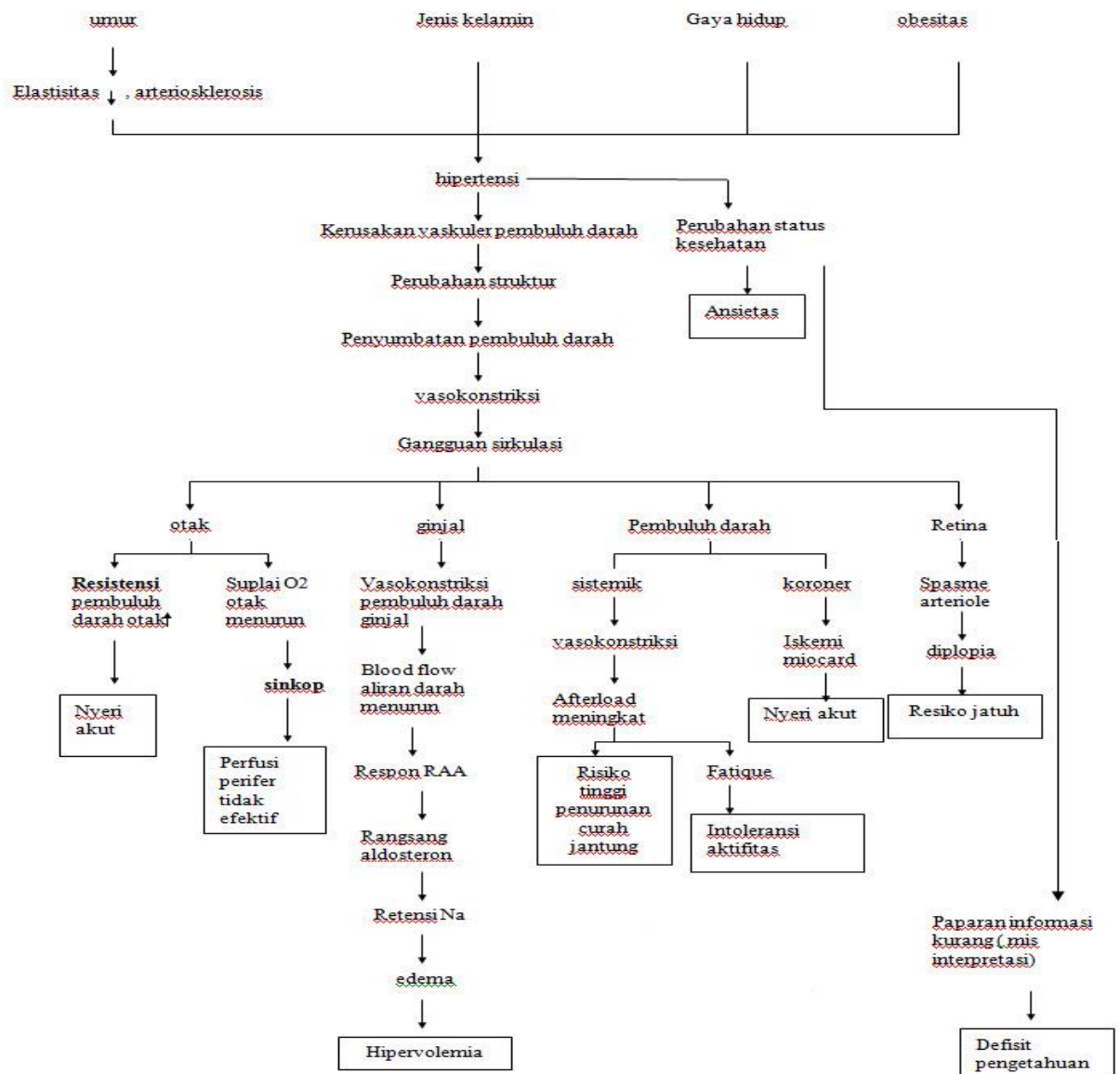
Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor pada medulla diotak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut kebawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat *vasomotor* dihantarkan dalam bentuk implus yang bergerak kebawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron pre-

ganglion melepaskan asetilkolin, yang merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Berbagai factor, seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Klien dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepineprin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut dapat terjadi.

Pada saat bersamaan ketika system saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal menyekresi epineprin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal menyekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin.

Renin yang dilepaskan merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II , vasokonstriktor kuat, yang pada akhirnya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume instravaskuler. Semua factor tersebut cenderung menyebabkan hipertensi (Aspiani, 2016)

7. Pathway hipertensi



Bagan 2.1 Pathway Hipertensi

(Sumber : (WOC) dengan menggunakan Standar Diganosa Keperawatan Indonesia dalam PPNI,2017)

8. Pemeriksaan Penunjang

- a. Laboratorium
 - 1) Albuminuria pada hipertensi karena kelainan parenkim ginjal
 - 2) Kreatinin serum dan BUN meningkat pada hipertensi karena parenkim ginjal dengan gagal ginjal akut.
 - 3) Darah perifer lengkap
 - 4) Kimia darah (kalium, natrium, keratin, gula darah puasa)
 - b. EKG
 - 1) Hipertrofi ventrikel kiri
 - 2) Iskemia atau infark miocard
 - 3) Peninggian gelombang P
 - 4) Gangguan konduksi
 - c. Foto Rontgen
 - 1) Bentuk dan besar jantung Noothing dari iga pada koarktasi aorta.
 - 2) Pembendungan, lebar paru
 - 3) Hipertrofi parenkim ginjal
 - 4) Hipertrofi vascular ginjal
- (Aspiani, 2016)

9. Komplikasi

Kompikasi hipertensi menurut (Trianto, 2014):

- a. Penyakit jantung

Kompikasi berupa infark miokard, angina pectoris, dan gagal jantung.

- b. Ginjal

Terjadinya gagal ginjal dikarenakan kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus. Rusaknya glomerulus, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal dan nefron akan terganggu sehingga menjadi hipoksik dan kematian. Rusaknya membrane glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema.

c. Otak

Komplikasi berupa stroke dan serangan iskemik. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan menebal sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahi berkurang.

d. Mata

Komplikasi berupa perdarahan retina, gangguan penglihatan, hingga kebutaan.

e. Kerusakan pada pembuluh darah arteri

Jika hipertensi tidak terkontrol, dapat terjadi kerusakan dan penyempitan arteri atau yang sering disebut dengan aterosklerosis dan arterosklerosis (pengerasan pembuluh darah). Komplikasi berupa kasus perdarahan meluas sampai ke intraventrikuler (Intra Ventricular Haemorrhage) atau IVH yang menimbulkan hidrosefalus obstruktif sehingga memperburuk luaran. 1-4 Lebih dari 85% ICH timbul primer dari pecahnya pembuluh darah otak

yang sebagian besar akibat hipertensi kronik (65-70%) dan angiopathy amyloid.

Sedangkan penyebab sekunder timbulnya ICH dan IVH biasa karena berbagai hal yaitu gangguan pembekuan darah, trauma, malformasi arteriovenous, neoplasma intrakranial, thrombosis atau angioma vena. Morbiditas dan mortalitas ditentukan oleh berbagai faktor, sebagian besar berupa hipertensi, kenaikan tekanan intrakranial, luas dan lokasi perdarahan, usia, serta gangguan metabolisme serta pembekuan darah (Jasa, Saleh, & Rahardjo, n.d.)

10. Penatalaksanaan

Tujuan deteksi dan penatalaksanaan hipertensi adalah menurunkan risiko penyakit kardiovaskular dan mortalitas serta morbiditas yang berkaitan. Tujuan terapi adalah mencapai dan mempertahankan tekanan sistolik dibawah 140 mmHg dan tekanan distolik dibawah 90 mmHg dan mengontrol factor risiko. Hal ini dapat dicapai melalui modifikasi gaya hidup saja, atau dengan obat antihipertensi (Aspiani, 2016).

Penatalaksanaan faktor risiko dilakukan dengan cara pengobatan setara non-farmakologis, antara lain:

a. Pengaturan diet

Berbagai studi menunjukkan bahwa diet dan pola hidup sehat atau dengan obat-obatan yang menurunkan gejala gagal jantung dan dapat memperbaiki keadaan hipertrofi ventrikel kiri.

Beberapa diet yang dianjurkan:

- 1) Rendah garam, diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Dengan pengurangan konsumsi garam dapat mengurangi stimulasi system renin-angiotensin sehingga sangat berpotensi sebagai anti hipertensi. Jumlah asupan natrium yang dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam per hari.
- 2) Diet tinggi kalium , dapat menurunkan tekanan darah tetapi mekanismenya belum jelas. Pemberian kalium secara intravena dapat menyebabkan vasodilatasi, yang dipercaya dimediasi oleh oksidanitrat pada dinding vascular.
- 3) Diet kaya buah dan sayur
- 4) Diet rendah kolestrol sebagai pencegah terjadinya jantung koroner.

b. Penurunan berat badan

Mengatasi obesitas pada sebagian orang, dengan cara menurunkan berat badan mengurangi tekanan darah, kemungkinan dengan mengurangi beban kerja jantung dan volume sekuncup. Pada beberapa studi menunjukkan bahwa obesitas berhubungan dengan kejadian hipertensi dan hipertrofi ventrikel kiri. Jadi, penurunan berat badan adalah hal yang sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah.

c. Olahraga

Olahraga teratur seperti berjalan, lari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki keadaan jantung.

d. Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat

Berhenti merokok dan tidak mengonsumsi alkohol, penting untuk mengurangi efek jangka panjang hipertensi karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan kerja jantung.

(Aspiani, 2016)

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi

1. Pengkajian keperawatan

a. Identitas klien

1) Identitas klien Meliputi :

Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnosa medik.

2) Identitas Penanggung Jawab

Meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien

b. Keluhan utama

Keluhan yang dapat muncul antara lain: nyeri kepala, gelisah, palpitasi, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudah lelah, dan impotensi.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian yang mendukung keluhan utama dengan memberikan pertanyaan tentang kronologi keluhan utama. Keluhan lain yang menyerta biasanya : sakit kepala , pusing, penglihatan buram, mual ,detak jantung tak teratur, nyeri dada.

d. Riwayat kesehatan Dahulu

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

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji didalam keluarga adanya riwayat penyakit hipertensi , penyakit metabolik, penyakit menular seperti TBC, HIV, infeksi saluran kemih, dan penyakit menurun seperti diabetes militus, asma, dan lain-lain

f. Aktivitas / istirahat

- 1) Gejala : kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton.
- 2) Tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea

g. Sirkulasi

1) Gejala :

- a) Riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner/ katup dan penyakit serebrovaskuler
- b) Episode palpitasi

2) Tanda :

- a) Peningkatan tekanan darah
- b) Nadi denyutan jelas dari karotis,ugularis,radialis, takikardia
- c) Murmur stenosis vulvular
- d) Distensi vena jugularis
- e) Kulit pucat,sianosis ,suhu dingin (vasokonstriksi perifer)
- f) Pengisian kapiler mungkin lambat / tertunda

h. Integritas ego

- 1) Gejala : riwayat perubahan kepribadian, ansietas, factor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan).
- 2) Tanda : letupan suasana hati, gelisah, penyempitan perhatian, tangisan meledak, otot uka tegang, menghela nafas, peningkatan pola bicara.

i. Eliminasi

Gejala : gangguan ginjal saat ini (seperti obstruksi) atau riwayat penyakit ginjal pada masa yang lalu.

j. Makanan / cairan

1) Gejala :

- a) Makanan yang disukai yang mencakup makanan tinggi garam, lemak serta kolesterol
- b) Mual, muntah dan perubahan berat badan saat ini (meningkat/turun)
- c) Riwayat penggunaan diuretic

2) Tanda :

- a) Berat badan normal atau obesitas
- b) Adanya edema
- c) Glikosuria
- d) Neurosensori

3) Gejala :

- a) Keluhan pening / pusing, berdenyut, sakit kepala, suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam)
- b) Gangguan penglihatan (diploopia, penglihatan abur, epistakis)

4) Tanda :

- a) Status mental, perubahan keterjagaanm orientasi, pola/ isi bicara, efek, proses piker
- b) Penurunan kekuatan genggaman tangan

k. Nyeri / ketidaknyamanan

Gejala : angina (penyakit arteri koroner / keterlibatan jantung), sakit kepala

l. Pernapasan

1) Gejala :

- a) Disnea yang berkaitan dari aktivitas/ kerja, takipnea, ortopnea. Dispnea
- b) Batuk dengan / tanpa pembentukan sputum
- c) Riwayat merokok

2) Tanda :

- a) Distress pernapasan / penggunaan otot aksesori pernapasan
- b) Bunyi napas tambahan (crakles/mengi)
- c) Sianosis

m. Keamanan

Gejala : gangguan koordinasi/ cara berjalan, hipotensi postural.

n. Pembelajaran / penyuluhan

Gejala :

- 1) Factor risiko keluarga: hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung, diabetes mellitus.
- 2) Factor lain, seperti orang afrika-amerika, asia tenggara, penggunaan pil KB atau hormone lain, penggunaan alcohol/obat.

o. Rencana pemulangan

Bantuan dengan pemantau diri tekanan darah/ perubahan dalam terapi obat.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi klien menurut (Nurarif, 2015) dengan hipertensi :

- a. Penurunan curah jantung b.d peningkatan afterload
- b. Nyeri akut b.d peningkatan tekanan vaskuler selebral dan iskemia
- c. Kelebihan volume cairan
- d. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan
- e. Ketidakefektifan koping
- f. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak

- g. Resiko cedera
- h. Defisiensi pengetahuan
- i. Ansietas

Berikut adalah diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan hipertensi (Nurarif ,2015 dan Tim pokja SDKI DPP PPNI 2017) :

a. 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 :

- 1) Agen pencedera fisiologis (mis : inflamasi, iskemia, neoplasma).

Batasan Karakteristik :

Kriteria Mayor :

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

Kriteria Minor :

- a) Subjektif : tidak ada

- b) Objektif : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafus makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Kondisi Klinis Terkait :

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom koroner akut
- e) Glaukoma

b. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)

Definisi : penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh

Penyebab : peningkatan tekanan darah

Batasan Karakteristik :

Kriteria Mayor :

- 1) Subyektif : (tidak tersedia)
- 2) Objektif : pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

Kriteria Minor :

- 1) Subyektif : parastesia , nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)

- 2) Objektif : edema, penyembuhan luka lambat, indeks *ankle-brachial* <0,90 , bruit femoralis

Kondisi klinis terkait :

- 1) Tromboflebitis
- 2) Diabetes mellitus
- 3) Anemia
- 4) Gagal jantung kongestif
- 5) Kelainan jantung congenital
- 6) Thrombosis arteri
- 7) Varises
- 8) Thrombosis vena dalam
- 9) Sindrom kompartemen

c. Hipervolemia (D.0022)

Definisi: peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan/atau intraseluler.

Penyebab: gangguan mekanisme regulasi

Batasan karakteristik :

Kriteria Mayor :

- 1) Subyektif : ortopnea , dispnea, *paroxysmal nocturnal dyspnea* (PND)
- 2) Objektif : Edema anasarka dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, jugular venous

pressure (JVP) dan/atau Central Venous pressure (CVP) meningkat, refleksi hepatojugular positif.

Kriteria Minor :

- 1) Subyektif : (tidak tersedia)
- 2) Objektif : Distensi vena jugularis, suara nafas tambahan, hepatomegali, kadar Hb/Ht turun, oliguria, intake lebih banyak dari output, kongesti paru.

Batasan karakteristik :

Kondisi klinis terkait :

- 1) Penyakit ginjal : gagal ginjal akut/ kronis, sindrom nefrotik
- 2) Hipoalbuminemia
- 3) Gagal jantung kongesif
- 4) Kelainan hormone
- 5) Penyakit hati (mis. Sirosis, asietas, kanker hati)
- 6) Penyakit vena perifer (mis. Varises vena, thrombus vena, phlebitis)
- 7) Imobilitas

d. Intoleransi aktivitas (D.0056)

Definisi : ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari

Penyebab : kelemahan.

Batasan karakteristik :

Kriteria Mayor :

- 1) Subyektif : mengeluh lelah
- 2) Objektif : frekuensi jantung meningkat $>20\%$ dan kondisi istirahat

Kriteria Minor :

- 1) Subyektif : dispnea saat / setelah aktivitas , merasa tidak nyaman setelah beraktivitas , merasa lelah.
- 2) Objektif : tekanan darah berubah $>20\%$ dari kondisi istirahat , gambaran EKG menunjukkan aritmia
- 3) Gambaran EKG menunjukkan iskemia
- 4) Sianosis

Kondisi Klinis Terkait

- 1) Anemia
- 2) Gagal jantung kongesif
- 3) Penyakit jantung koroner
- 4) Penyakit katup jantung
- 5) Aritmia
- 6) Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK)
- 7) Gangguan metabolic
- 8) Gangguan musculoskeletal

e. Defisit Pengetahuan (D.0111)

Definisi : ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu.

Penyebab : kurang minat dalam belajar

Batasan karakteristik :

Kriteria Mayor :

- 1) Subjektif : Menanyakan masalah yang dihadapi
- 2) Objektif : menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran ,
menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.

Kriteria Minor :

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

Kondisi klinis terkait

- 1) Kondisi klinis ysng baru dihadapi oleh klien
- 2) Penyakit akut
- 3) Penyakit kronis

f. Ansietas (D.0080)

Definisi : kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu
terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat
antisipasi bahaya yang memungkinkan individu
melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab : kurang terpapar informasi.

Batasan Karakteristik :

Kriteria Mayor :

- 1) Subjektif : merasa bingung , merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi , sulit berkonsentrasi.
- 2) Objektif : tampak gelisah , tampak tegang , sulit tidur .

Kriteria Minor :

- 1) Subjektif : mengeluh pusing , Anoreksia , palpitasi ,merasa tidak berdaya.
- 2) 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.

Kondisi Klinis Terkait :

- 1) Penyakit kronis progresif (mis. Kanker, penyakit autoimun)
- 2) Penyakit akut
- 3) Hospitalisasi
- 4) Rencana operasi
- 5) Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
- 6) Penyakit neurologis
- 7) Tahap tumbuh kembang

g. Resiko Penurunan curah Jantung (D.00 11)

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

Factor Risiko : Perubahan afterload

Kondisi Klinis Terkait :

- 1) Gagal jantung kongesif
- 2) Sindrom koroner akut
- 3) Gangguan katup jantung (stenosis/regurgitasi aorta, pulmonalis, trikupidalis , atau mitralis)
- 4) *Atrial/ventricular septal defect*
- 5) Aritmia

h. Resiko Jatuh (D.0143)

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

Faktor Risiko :

- 1) Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (Pada anak)
- 2) Riwayat jatuh
- 3) Anggota gerak bawah prosthesis (buatan)
- 4) Penggunaan alat bantu berjalan
- 5) Penurunan tingkat kesadaran
- 6) Perubahan fungsi kognitif
- 7) Lingkungan tidak aman (mis. Licin, gelap, lingkungan asing)
- 8) Kondisi pasca operasi
- 9) Hipotensi ortostatik
- 10) Perubahan kadar glukosa darah
- 11) Anemia
- 12) Kekuatan otot menurun
- 13) Gangguan pendengaran

14) Gangguan keseimbangan

15) Gangguan penglihatan (mis. Glaucoma, katarak, ablasio, retina, neuritis optikus)

16) Neuropati

17) Efek agen farmakologis (mis. Sedasi, alcohol, anastesi umum)

Kondisi klinis terkait :

1) Osteoporosis

2) Kejang

3) Penyakit sebrovaskuler

4) Katarak

5) Glaucoma

6) Demensia

7) Hipotensi

8) Amputasi

9) Intoksikasi

10) Preeklampsi

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan.

Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (PPNI, 2018)

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) dan Tim pokja SDKI PPNI (2017)

a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (mis:iskemia)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun

Kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066)

- 1) Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 7 menjadi 2
- 2) Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang
- 3) Pasien dapat beristirahat dengan nyaman

Rencana tindakan : (Manajemen nyeri I.08238)

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 4) Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: akupuntur,terapi musik hopnosis, biofeedback, teknik imajinasi terbimbing,kompres hangat/dingin)
- 5) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan,kebisingan)
- 6) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 7) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri

8) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

b. Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat

Kriteria hasil : Perfusi perifer (L.02011)

- 1) Nadi perifer teraba kuat
- 2) Akral teraba hangat
- 3) Warna kulit tidak pucat

Rencana tindakan : Pemantauan tanda vital (I.02060)

- 1) Memonitor tekanan darah
- 2) Memonitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama)
- 3) Memonitor pernapasan (frekuensi, kedalaman)
- 4) Memonitor suhu tubuh
- 5) Memonitor oksimetri nadi
- 6) Identifikasi penyebab perubahan tanda vital
- 7) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien
- 8) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

c. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat

Kriteria hasil : (keseimbangan cairan L. 03020)

- 1) Terbebas dari edema
- 2) Haluaran urin meningkat

- 3) Mampu mengontrol asupan cairan

Rencana tindakan : (Manajemen hipervolemia I.03114)

- 1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan)
- 2) Monitor intake dan output cairan
- 3) Monitor efek samping diuretik (mis : hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)
- 4) Batasi asupan cairan dan garam
- 5) Anjurkan melapor haluaran urin $<0,5$ mL/kg/jam dalam 6 jam
- 6) Ajarkan cara membatasi cairan
- 7) Kolaborasi pemberian diuretic

d. Intoleransi aktifitas b.d kelemahan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat

Kriteria hasil : toleransi aktivitas (L.05047)

- 1) Pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari
- 2) Pasien mampu berpindah tanpa bantuan
- 3) pasien mengatakan keluhan lemah berkurang

Rencana tindakan : (Manajemen energi I.050178)

- 1) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- 2) Monitor pola dan jam tidur
- 3) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah

stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)

- 4) Berikan aktifitas distraksi yang menyenangkan
- 5) Anjurkan tirah baring
- 6) Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap
- 7) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara
- 8) meningkatkan asupan makanan

e. Defisit pengetahuan b.d kurang minat dalam belajar

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat

Kriteria Hasil : Tingkat pengetahuan (L.12111)

- 1) Pasien melakukan sesuai anjuran
- 2) Pasien tampak mampu menjelaskan kembali materi yang disampaikan
- 3) Pasien mengajukan pertanyaan

Rencana Tindakan : Edukasi kesehatan (I.12383)

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat
- 3) sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- 4) jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai

keepakatan

- 5) berikan kesempatan untuk bertanya
- 6) jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- 7) ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- 8) ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

f. Ansietas b.d kurang terpapar informasi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun

Kriteria hasil : Tingkat ansietas (L.09093)

- 1) Pasien mengatakan telah memahami penyakitnya
- 2) Pasien tampak tenang
- 3) Pasien dapat beristirahat dengan nyaman

Rencana Tindakan : Reduksi ansietas (I.09314)

- 1) identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor)
- 2) gunakan pendekatan yang tenang dan nyaman
- 3) informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan , dan prognosis

g. Resiko penurunan curah jantung d.d perubahan

afterload

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan
diharapkan curah jantung meningkat

Kriteria hasil : curah jantung (L.02008)

- 1) Tanda vital dalam rentang normal
- 2) Nadi teraba kuat
- 3) Pasien tidak mengeluh lelah

Rencana tindakan : (Perawatan jantung I.02075)

- 1) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung
(mis: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxymal
nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)
- 2) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah
jantung
(mis: peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena
jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit
pucat)
- 3) Monitor tekanan darah
- 4) Monitor intake dan output cairan
- 5) Monitor keluhan nyeri dada
- 6) Berikan diet jantung yang sesuai
- 7) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress,
jika perlu
- 8) Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi

9) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap

10) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu

h. Risiko jatuh d.d gangguan penglihatan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun.

Kriteria Hasil : Tingkat jatuh (L.14138)

- 1) Risiko jatuh dari tempat tidur menurun
- 2) Risiko jatuh saat berjalan menurun
- 3) Risiko jatuh saat berdiri menurun

Rencana Tindakan : Pencegahan jatuh (I.14540)

- a. Identifikasi factor risiko (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik. Gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)
- b. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi
- c. Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. *Morse scale, humpty dumpty*)
- d. Pasang handrail tempat tidur
- e. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpidah.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (Wartona, 2015).

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

Jenis Implementasi Keperawatan Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu:

- a. *Independent Implementations* adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: 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.
- b. *Interdependen/Collaborative Implementations* Adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama 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.

- c. *Dependent Implementations* Adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, *physiotherapies*, psikolog dan sebagainya, misalnya 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.

5. Evaluasi Keperawatan

evaluasi adalah proses keberhasilan tindakan keperawatan yang membandingkan antara proses dengan tujuan yang telah ditetapkan, dan menilai efektif tidaknya dari proses keperawatan yang dilaksanakan serta hasil dari penilaian keperawatan tersebut digunakan untuk bahan perencanaan selanjutnya apabila masalah belum teratasi.

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti & Muryanti, 2017)

Menurut (Asmadi, 2008) terdapat 2 jenis evaluasi :

- a. Evaluasi formatif (proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan

dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif (data berupa keluhan klien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (perbandingan data dengan teori) dan perencanaan.

Komponen catatan perkembangan, antara lain sebagai berikut: Kartu SOAP (data subjektif, data objektif, analisis/assessment, dan perencanaan/plan) dapat dipakai untuk mendokumentasikan evaluasi dan pengkajian ulang.

- 1) S (Subjektif): data subjektif yang diambil dari keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.
- 2) O (Objektif): data objektif yang diperoleh dari hasil observasi perawat, misalnya tanda-tanda akibat penyimpangan fungsi fisik, tindakan keperawatan, atau akibat pengobatan.
- 3) A (Analisis/assessment): Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, dimana analisis ada 3, yaitu (teratasi, tidak teratasi, dan sebagian teratasi) sehingga perlu tidaknya dilakukan tindakan segera. Oleh karena itu, seing memerlukan pengkajian ulang untuk menentukan perubahan diagnosis, rencana, dan tindakan.

4) P (Perencanaan/planning): perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang (hasil modifikasi rencana keperawatan) dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien. Proses ini berdasarkan kriteria tujuan yang spesifik dan priode yang telah ditentukan.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara pada akhir pelayanan, menanyakan respon klien dan keluarga terkait pelayanan keperawatan, mengadakan pertemuan pada akhir layanan.

Adapun tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan pada tahap evaluasi meliputi:

- 1) Tujuan tercapai/masalah teratasi : jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian/masalah sebagian teratasi : jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai/masalah tidak teratasi : jika klien tidak

menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan atau bahkan timbul masalah/diagnosa keperawatan baru.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Pendekatan/ Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik dalam bentuk literatur *review* untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi identifikasi data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

B. Subjek Penelitian

Pada penelitian ini, subyeknya ialah 2 klien dewasa yang dirawat di rumah sakit. Kriteria untuk sampel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Klien berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan
2. Subyek terdiri dari 2 orang klien dewasa dengan kasus penyakit hipertensi
3. Klien yang terdiagnosis hipertensi dan terdiagnosis hipertensi dengan penyakit penyerta lainnya

C. Definisi Operasional

1. Hipertensi

Hipertensi adalah suatu kondisi dimana tekanan darah persisten dengan tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik di atas 90 mmHg. Hipertensi merupakan penyebab utama penyakit gagal

jantung, stroke, dan gagal ginjal. Hipertensi merupakan diagnosa medis pasien yang dapat dilihat dari rekam medis pasien.

2. Asuhan keperawatan pada klien dengan hipertensi

Asuhan keperawatan pada klien dengan hipertensi adalah bentuk pelayanan keperawatan yang professional yang diberikan kepada yang menderita hipertensi menggunakan metodologi proses keperawatan. Proses keperawatan sendiri meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, intervensi dan evaluasi.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada klien 1 dan di RSUD Bangil Pasuruan pada klien 2, pada klien yang mengalami hipertensi. Waktu penelitian pada klien 1 yaitu pada tanggal 06 Mei 2019 dan pada klien 2 pada tanggal 04 Januari 2019.

E. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut :

1. Mahasiswa mengidentifikasi laporan asuhan keperawatan terdahulu maupun melalui media internet.
2. Mahasiswa melapor ke pembimbing untuk konsultasi mengenai kasus yang telah diperoleh.
3. Setelah disetujui oleh pembimbing kemudian membuat *review* kasus dari kedua klien.

F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Teknik Pengumpulan Data

Pada sub bab ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan :

a) Wawancara

Wawancara merupakan teknik pengumpulan data antara peneliti dan pasien, Tujuan dari wawancara ialah mendengarkan dan meningkatkan kesejahteraan pasien melalui hubungan saling percaya dan suportif. Teknik ini digunakan untuk mendapatkan masalah utama pasien dan riwayat penyakit saat ini (Bickley Lynn S & Szilagy Peter G, 2018).

b) Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi merupakan kegiatan yang melibatkan seluruh kekuatan indera seperti pendengaran, penglihatan, perasa, sentuhan, dan cita rasa berdasarkan pada fakta-fakta peristiwa empiris (Hasanah, 2016).

Pemeriksaan fisik merupakan proses pemeriksaan tubuh pasien untuk menentukan ada atau tidaknya masalah fisik. Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk mendapatkan informasi valid tentang kesehatan pasien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi), mendengarkan (auskultasi) pada system tubuh klien (Kedokteran, 2018).

c) Studi dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan suatu teknik pengumpulan data dengan cara mempelajari dokumen untuk mendapatkan suatu data atau informasi yang berhubungan dengan masalah yang diteliti. Studi dokumentasi dalam penelitian ini adalah dengan melihat hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan, seperti hasil laboratorium, radiologi, ataupun pemeriksaan fisik lainnya untuk mengetahui kelainan-kelainan pada klien.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan medikal bedah sesuai ketentuan yang berlaku di Poltekkes Kemenkes Kaltim.

G. Keabsahan Data

Keabsahan data yang dilakukan peneliti dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Selain itu, keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi data dalam pengumpulan data. Triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan data dari berbagai teknik pengumpul data dan sumber data yang telah ada. Dalam penelitian menggunakan 3 triangulasi yaitu :

1. Triangulasi sumber

Triangulasi sumber berarti untuk mendapatkan data dari sumber yang berbeda-beda dengan teknik yang sama. Misalnya melalui observasi dan wawancara, peneliti bias menggunakan observasi terlihat pada dokumen-dokumen klien atau rekam medis, dan pemeriksaan penunjang yang dapat berupa foto atau gambar.

2. Triangulasi teknik

Triangulasi teknik berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber data yang sama. Dalam penelitian kualitatif, peneliti dapat menggunakan wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik untuk mengecek kebenaran. Selain itu, peneliti juga bisa menggunakan informan yang berbeda untuk mengetahui kebenarannya contohnya seperti keluarga dan perawat.

3. Triangulasi waktu

Triangulasi waktu juga dapat mempengaruhi kredibilitas data. Data yang dikumpulkan dengan teknik wawancara dipagi hari saat narasumber masih segar sehingga akan memungkinkan data yang lebih valid.

H. Analisa Data

Setelah mengumpulkan data melalui observasi, wawancara, dan studi dokumentasi selanjutnya menggunakan analisis data. Analisis data dilakukan sejak peneliti dilahan penelitian, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Teknik analisis dapat dilakukan dengan cara

mengumpulkan jawaban-jawaban dari penelitian yang di peroleh dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah.

Kemudian dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya dikumpulkan oleh peneliti, data yang dikumpulkan tersebut dapat berupa data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari klien berupa suatu pendapat terhadap suatu situasi atau kejadian. Sedangkan data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur, yang diperoleh menggunakan panca indera (melihat, mendengar, mencium, dan meraba) selama pemeriksaan fisik. Dari data tersebut, selanjutnya peneliti menegakkan diagnosa keperawatan. Kemudian peneliti menyusun intervensi atau rencana keperawatan, melakukam implementasi atau pelaksanaan serta mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada klien.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti mereview 2 karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi di Ruang Angsoka di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda” oleh Anis Khairunnisa pada tahun 2019 (Khairunnisa, 2019) dan “Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosa Hipertensi di RSUD Bangil Pasuruan” oleh Yusuf Wahyudi pada tahun 2019 (Wahyudi, 2019). Dengan Alamat URL :

- <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/386/>
- <https://repository.kertacendekia.ac.id/media/296897-asuhan-keperawatan-pada-ny-s-dengan-diag-1baf47fe.pdf>

A. Hasil

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian klien 1 dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang terletak di Jalan Palang Merah Indonesia No. 1 Kelurahan Sidodadi, Kecamatan Samarinda Ulu, Kota Samarinda, Kalimantan Timur. RSUD Abdul Wahab Sjahranie merupakan salah satu dari dua rumah sakit rujukan milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur dan merupakan rumah sakit rujukan tertinggi di Kalimantan Timur yang berada di kota Samarinda.

Diresmikan sebagai Rumah Sakit dengan nama RSUD Abdul Wahab Sjahranie pada tanggal 22 Februari 1989. Fasilitas yang tersedia di RSUD Abdul Wahab Sjahranie ini antara lain Instalasi Rawat Jalan,

Instalasi farmasi, ruang rawat inap, fisioterapi, dan IGD 24 jam. Untuk unit rawat inap terdapat beberapa ruangan yaitu Flamboyan, Seruni, Dahlia, Angsoka, Tulip, Melati, Anggrek, Cempaka, Aster, Edelweis, Mawar, Bougenvil, Teratai, ICU, ICCU, HCU, Stroke Centre, dan Sakura.

Sedangkan penelitian klien 2 dilakukan di RSUD Bangil. Rumah Sakit Umum Daerah Bangil adalah Rumah Sakit Type C milik Pemerintah Kabupaten Pasuruan, yang merupakan Rumah Sakit Rujukan di Kabupaten Pasuruan Terletak di jalur poros Surabaya – Banyuwangi, Berdiri diatas tanah seluas kurang lebih 2 H . Gedung yang besar, tempat yang nyaman dan kualitas pelayanan yang terus ditingkatkan, sehingga dapat memuaskan pelanggan dan masyarakat.

Posisi strategis RSUD Bangil yang berada di poros jalan raya utama , berdekatan dengan gedung DPRD Kabupaten Pasuruan, Kawasan Industrial Eastate Rembang (PIER) serta kompleks perkantoran Pemerintah Kabupaten Pasuruan, posisi ini yang tentu memiliki keuntungan bagi RSUD Bangil menjadi pusat layanan rujukan bagi institusi kesehatan yang berada di sekitar Kabupaten Pasuruan.

2. Data Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Klien dengan Hipertensi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie dan di RSUD Bangil

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Tn. W	Ny. S
Jenis Kelamin	Laki-laki	Perempuan
Umur	63 Tahun	53 Tahun
Status Perkawinan	Duda	menikah
Pekerjaan	Petani	Ibu rumah tangga

Agama	Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	SD	SD
Alamat	Jl. Gn. Mulia, Penajam	Krajan-Rembang
Diagnosa Medis	IVH+Hipertensi	Hipertensi
Nomor Register	01.78.91.XX	00354XXX
MRS/ Tgl Pengkajian	6 Mei 2019/ 09.30 WITA	02 Januari 2019/ 04 Januari 2019/ 21.00
Keluhan utama	Pasien mengatakan nyeri kepala	klien mengeluh nyeri kepala bagian belakang lebih tepat pada tengkuk
Riwayat penyakit sekarang	Klien masuk rumah sakit pada tanggal 28 April 2019 dengan keluhan nyeri kepala, mual dan muntah. ±1 minggu SMRS klien terjatuh dari tangga karena merasakan sakit kepala berat, klien mengatakan mual tetapi tidak muntah, badan klien terlihat lemas. Saat dibawa ke RS Penajam. Tekanan darah klien 190/100 mmHg	Saat bangun tidur klien merasa badan nya lemas, dan nyeri cekot-cekot pada tengkuk klien mengatakan tidak mual dan muntah klien dibawa 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
Riwayat penyakit dahulu	Pasien pernah dirawat di rumah sakit 1 tahun yang lalu dengan riwayat amputasi jari kaki karena terjatuh dari sepeda motor. Pasien mempunyai riwayat tekanan darah tinggi.	Klien mengatakan tidak pernah menderita penyakit kronis selain hipertensi, pasien juga mengatakan tidak pernah operasi sebelumnya, klien juga mengatakan tidak mempunyai alergi apapun.
Riwayat penyakit keluarga	Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit dari 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

Spiritual	Sebelum sakit dan selama sakit pasien sering beribadah	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.
-----------	--	---

Berdasarkan tabel 4.1 ditemukan data dari dua pengkajian riwayat kesehatan pada klien 1 dan klien 2 dalam keluhan utama ditemukan ada persamaan seperti nyeri kepala. Pada riwayat penyakit sekarang memiliki persamaan yaitu nyeri kepala dan tidak nyaman di tengkuk serta memiliki tekanan darah yang tinggi. Pada riwayat kesehatan dahulu klien 1 pernah dirawat di rumah sakit karena amputasi dan memiliki persamaan riwayat hipertensi. Pada riwayat kesehatan keluarga dari klien 1 dan klien 2 tidak ada riwayat penyakit keluarga.

Tabel 4.2 Hasil Observasi dan Pemeriksaan Fisik Klien dengan Hipertensi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie dan di RSUD Bangil

Pemeriksaan fisik	Pasien 1	Pasien 2
1. Keadaan umum	Posisi klien supine klien terpasang alat medis IVFD	lemah, kesadaran composmentis 6
2. Kesadaran	Tingkat kesadaran Glasgow Coma Scale (GCS) E4M6V5	Glasgow Coma Scale (GCS) 4-5
3. Tanda-tanda vital	TD : 170/70 mmHg N : 65 x/menit S : 36 ⁰ C RR : 20 x/menit MAP : 143,3 mmHg	TD : 200/140 mmHg N : 96 x/menit S : 36 ⁰ C RR : 20 x/menit
4. Kenyamanan/nyeri	P : Adanya tekanan darah tinggi Q : Seperti tertusuk dan ditekan	P: nyeri kepala, Q: hilang timbul, R: kepala bagian belakang (tengkuk), S: skala nyeri 5,

	<p>R : Kepala bagian belakang, leher dan tengkuk</p> <p>S : Skala nyeri 3</p> <p>T : Hilang timbul</p>	<p>T: saat pasien melakukan aktifitas berat</p>
<p>5. Status Fungsional/ Aktivitas dan Mobilisasi Barthel Indeks</p>	<p>1. Mengendalikan rangsang defekasi (BAB) : 2 (Mandiri)</p> <p>2. Mengendalikan rangsang berkemih (BAK): 2 (mandiri)</p> <p>3. Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi): 0 (butuh pertolongan orang lain)</p> <p>4. Penggunaan jamban, masuk dan keluar: 1(perlu bantuan)</p> <p>5. Makan: 2 (mandiri)</p> <p>6. Berubah sikap dari berbaring ke duduk: 2 bantuan 2 orang</p> <p>7. Berpindah/berjalan: 2 (mandiri)</p> <p>8. Memakai baju: 1 (sebagian dibantu)</p> <p>9. Naik turun tangga: 2 (mandiri)</p> <p>10. Mandi: 0 (tergantung orang lain)</p> <p>Total Skor: 14 (Ketergantungan ringan)</p>	<p>1. Mengendalikan rangsang defekasi (BAB) : 2 (Mandiri)</p> <p>2. Mengendalikan rangsang berkemih (BAK): 2 (mandiri)</p> <p>3. Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi): 1 (mandiri)</p> <p>4. Penggunaan jamban, masuk dan keluar: 2 (mandiri)</p> <p>5. Makan: 2 (mandiri)</p> <p>6. Berubah sikap dari berbaring ke duduk: 3 (mandiri)</p> <p>7. Berpindah/berjalan: 3 (mandiri)</p> <p>8. Memakai baju: 2 (mandiri)</p> <p>9. Naik turun tangga: 2 (mandiri)</p> <p>10. Mandi: 1 (mandiri)</p> <p>Total Skor: 20 ADL (mandiri)</p>
<p>1. Pemeriksaan kepala</p> <p>a. Rambut</p>	<p>Finger print ditengah frontal terhidrasi. Kulit kepala bersih, tidak ada ketombe dan tidak ada lesi. Penyebaran rambut merata berwarna hitam dan putih (uban), rambut mudah patah, tidak bercabang, dan tidak ada kelainan</p>	<p>Finger print ditengah frontal terhidrasi. Kulit kepala bersih, tidak ada ketombe dan tidak ada lesi. Penyebaran rambut merata berwarna hitam dan putih (uban), rambut mudah patah, tidak bercabang, dan tidak ada kelainan</p>
<p>b. Mata</p>	<p>Mata lengkap, simetris kanan dan kiri., kornea mata jernih kanan dan kiri. Konjungtiva anemis dan sclera tidak ikterik kelopak</p>	<p>Mata, konjungtiva anemis, sklera ikteris putih, tidak ada pembesaran palpebra, tidak ada sirabismus, ketajaman penglihatan</p>

	mata/ palpebral tidak ada pembengkakan. Adanya reflek cahaya pada pupil dan bentuk isokor kanan dan kiri, iris kanan kiri berwarna hitam, tidak ada kelainan	normal, tidak ada alat bantu.
c. Hidung	Tidak ada pernafasan Cuping hidung, posisi septum nasal ditengah, lubang hidung bersih, tidak ada secret, tulang hidung dan septum nasi tidak ada pembengkakan dan tidak ada polip	Hidung normal, mukosa hidung bersih, tidak ada sekret, ketajaman penciuman normal,
d. Rongga Mulut	Keadaan mukosa bibir kering dan pucat. Tonsil ukuran normal uvula letak simetris ditengah .	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
e. Telinga	Bentuk telinga sedang, simetris kanan dan kiri. Lubang telinga bersih, tidak ada serumen berlebih, pendengaran berfungsi dengan baik	Telinga, bentuk simetris antara kanan dan kiri, tidak ada keluhan, ketajaman pendengaran normal
2. Pemeriksaan Leher	Kelenjar getah bening teraba, tiroid teraba, posisi trakea letak ditengah tidak ada kelainan	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar, parotis, tidak ada luka gangren, tidak ada pus, tidak ada bau.
3. Pemeriksaan thorak : Sistem Pernafasan	Tidak ada sesak nafas, batuk dan secret. Bentuk dada simetris, irama nafas teratur, pola nafas normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, otot bantu pernafasan, vocal permitus dan ekspansi paru anterior dan posterior dada normal, perkusi sonor, auskultasi suara nafas vesikuler	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

<p>4. Pemeriksaan jantung : Sistem Kardiovaskuler</p>	<p>Pada pemeriksaan inspeksi CRT < 2 detik tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi iktus kordis teraba hangat. Perkusi batas jantung : Basic jantung berada di ICS II dari lateral ke media linea , para sterna sinistra, tidak melebar, Pinggang jantung berada di ICS III dari linea para sterna kiri, tidak melebar, Apeks jantung berada di ICS V dari linea midclavikula sinistra, tidak melebar. Pemeriksaan auskultasi : bunyi jantung saat auskultasi Terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung II : saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung tambahan : tidak ada bunyi jantung tambahan, dan tidak ada kelainan.</p>	<p>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</p>
<p>5. Pemeriksaan Sistem Pencernaan (abdomen) dan Status Nutrisi</p>	<p>BB: 60 kg TB: 160 cm IMT: 23,4 kg/m² BAB 1x/hari konsistensi keras, diet lunak, jenis diet : Diet TKTP rendah garam, nafsu makan menurun , porsi makan habis ¼ porsi . Inspeksi : Bentuk abdomen bulat dan datar, benjolan/masa tidak ada pada perut, tidak tampak bayangan pembuluh darah pada abdomen, tidak ada luka operasi . Auskultasi : peristaltic 25x/menit Palpasi : Tegang Tidak ada nyeri tekan, mass, Hepar Lien tidak ada kelainan Ginjal tidak ada nyeri tekan, tidak ada asietas.</p>	<p>BB: - kg TB: -cm IMT: -kg/m² 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.</p>

<p>6. Sistem Persyarafan</p>	<p>Memory Panjang, perhatian dapat mengulang, bahasa baik, kongnisi baik, orientasi orang, saraf sensori nyeri tusuk. Tingkat kesadaran compos mentis. Tanda rangsangan otak (meningeal sign) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. N I (olfaktorius) : penciuman baik, bisa membedakan bau-bauan. 2. N II (optikus) : jarak pandang baik 3. NIII (okulomotorius) : : adanya reflek rangsangan pada pupil 4. N IV (troklearis) : bisa menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah 5. N V (trigeminus) : tidak ada kesulitan mengunyah 6. N VI (abdusen) : bisa menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri 7. N VII (facialis) : pengecapan terhadap rasa-rasa baik 8. NVIII(vestibulotroklearis) : pendengaran baik 9. NIX (glosofaringeus): tidak ada nyeri telan 10.N X (vagus) : bisa mengucap “ah” dan menelan saliva 11.N XI (assessorius) : 	<p>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 PQRST P: nyeri kepala, Q: hilang timbul, R: kepala bagian belakang (tengkuk), S: sekala 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.</p>
------------------------------	--	--

	<p>bisa mengangkat bahu dan menoleh dengan adanya tahanan</p> <p>12.NXII (hipoglosus): bisa menjulurkan, menggerakkan lidah ke kanan dan ke kiri</p> <p>Fungsi motorik klien normal, bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah, nilai motorik 6 (mengikuti perintah), Fungsi sensorik normal, tidak ada masalah pada fungsi sensorik, reflek fisiologis : patella (-), reflek patofisiologis : babinski (-)</p>	
7. Sistem Perkemihan	<p>Kebersihan genitalia bersih, tidak ada keluhan kencing, kemampuan berkemih spontan, produksi urin 1300 ml/hari warna kuning pekat, tidak ada nyeri tekan.</p>	<p>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.</p>
8. Sistem muskuloskeletal dan Integumen	<p>kelainan tulang belakang, tidak fraktur, tidak menggunakan traksi, tidak kompartemet syndrome, kulit kemerahan, turgor kulit kurang, Pergerakan sendi bebas, ada kelainan ekstermitas, tidak ada</p> $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$	<p>Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) Bebas, Kekuatan Otot 5,5,5,5, Tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, akrall hangat, turgor kulit elastis, CRT < 3 dtk, tidak ada oedema, kebersihan kulit bersih, Kemampuan melakukan ADL mandiri.</p> $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$
9. Sistem Endokrin	<p>Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening</p>	<p>Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar, parotis, tidak ada luka gangren, tidak ada pus, tidak ada bau.</p>

Berdasarkan tabel 4.2 ditemukan data dari pemeriksaan fisik pada klien 1 dan klien 2 ditemukan masalah pada pemeriksaan mata terdapat konjungtiva anemis, pada pemeriksaan status fungsional/ aktivitas dan mobilisasi barthel indeks memiliki perbedaan , pada klien 1 total skor 14 dengan hasil ketergantungan ringan sedangkan pada klien 2 total skor 20 dengan hasil mandiri

Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang pada Klien dengan Hipertensi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie dan di RSUD Bangil

Pemeriksaan Penunjang	Pasien 1	Pasien 2
Laboratorium	tanggal 28/4/2019 1. Leukosit 11,52 103/ul 2. Eritrosit 4,53 10 ⁶ /ul 3. Hb 13.0 g/dl 4. Hematokrit 38,6 %	tanggal :- LED : 54/98 MM/jam Darah Lengkap : Leukosit 22.20 Neutrofil 20.5 Limfosit 1. Monosit 0.5 Eosinofil 0.0 Basofil 0.0 % Neotrofil H92.4 % Limfosit L5.2 % Monosit L 2.3% 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 /μL 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
Rontgen	Tidak ada	Tidak ada
EKG	Tidak ada	Tidak ada
USG	Tidak ada	Tidak ada
Lain-lain	Tidak ada	Tidak ada

Tabel 4.4 Hasil Penatalaksanaan Terapi pada Klien dengan Hipertensi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie dan di RSUD Bangil

Pasien 1	Pasien 2
<ol style="list-style-type: none"> 1. Amlodipine (Oral) 1 x 10 mg 2. Candesartan (Oral) 1 x 8 mg 3. (IVFD) 20 tpm 	<ol style="list-style-type: none"> 1. O2 nasal 4 Lpm (membantu pemenuhan O2 pasien) 2. inf Ns. 500cc/24 jam (membantu memenuhi cairan pasien) 3. inj. Pumpisel 40mg diberikan secara IV(mengurangi peningkatan asam lambung) 4. inj. Anbacim 1gr IV (antibiotik)

Berdasarkan tabel 4.4 Pada klien 1 dan klien 2 terdapat perbedaan terapi medikasi, klien 1 tidak mendapatkan obat anti nyeri dan tidak mendapatkan obat lambung.

b. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.5 Diagnosa Keperawatan pada Klien dengan Hipertensi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie dan di RSUD Bangil

No.	Pasien 1		Pasien 2	
	Hari/ tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Hari/ tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan NANDA

1	6 Mei 2019	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d factor risiko (D.0017)</p> <p>Kondisi terkait : TD : 170/90 mmHg (Hipertensi)</p>	04 Januari 2019	<p>Nyeri akut berhubungan dengan resistensi pembuluh darah otak.</p> <p>Kondisi terkait -TD180/100mmHg (Hipertensi)</p> <p>P :Adanya tekanan darah tinggi Q :Seperti tusuk-tusuk R : nyeri pada tengkuk S : 6 T :Hilang timbul</p>
2	6 Mei 2019	<p>Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (D.0077)</p> <p>DS : Klien mengatakan nyeri pada kepala dan tidak nyaman pada tengkuk</p> <p>DO : P : Adanya tekanan darah tinggi Q : Seperti ditusuk dan ditekan R : kepala bagian belakang, leher, dan tengkuk S : 3 T : Hilang timbul</p> <p>TD: 170/90 mmHg N : 65x/menit RR:20x/menit T :36 C</p> <p>Klien tampak lemas dan hanya berbaring di tempat tidur</p>	04 Januari 2019	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan perubahan lingkungan sekitar</p> <p>Ds : Pasien mengatakan susah tidur karena tidak terbiasa dengan lingkungan rumah sakit. Do : K/U : Lemah TTV : Tekanan darah : 180/100 mmHg, Pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, area bawah mata hitam, pasien tampak lemas</p>
3	6 Mei 2019	<p>Defisit pengetahuan mengenai penyakit yang diderita b/d kurang terpapar informasi (D.0111)</p> <p>DS : Klien mengatakan Sebelumnya tidak pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi Klien mengatakan kurang begitu paham</p>	04 Januari 2019	<p>Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan fungsi kesehatan</p> <p>Ds : Pasien mengatakan badannya terasa lemas Do : K/U : Lemah TTV : 180/100 mmHg</p>

		<p>tentang tekanan darah yang sering tinggi yang dideritanya</p> <p>DO: klien terlihat tegang Klien hanya diam saat ditanya tentang tekanan darah tinggi yang dideritanya</p>		Kekuatan otot (5,5,4,4)
--	--	---	--	-------------------------

Berdasarkan tabel 4.5 ditemukan data dari pengkajian pada klien 1 dan klien 2 ditemukan masing-masing 3 masalah keperawatan. Pada klien 1 terdapat diagnosa keperawatan yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut, dan defisit pengetahuan sedangkan pada klien 2 ditemukan diagnosa keperawatan yaitu Nyeri akut, gangguan pola tidur dan resiko jatuh.

c. Perencanaan

Tabel 4.6 Perencanaan pada Klien 1 dengan Hipertensi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Hari/ Tanggal	Dx Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
6 Mei 2019	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif d.d Faktor Risiko (D.0017)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam diharapkan risiko perfusi serebral tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <p>1.Tekanan darah dalam rentang normal (110/80-140/80)</p> <p>2.Tidak ada ortostatik hipertensi</p> <p>3.Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial</p> <p>4. Klien melaporkan atau menunjukkan tidak ada tanda dispnea, angina dan disritmia</p>	<p>Pemantauan Tanda-tanda vital dan Tekanan Intrakranial</p> <p>1.1 Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, dan suhu tubuh</p> <p>1.2 Monitor peningkatan TD</p> <p>1.3 Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)</p> <p>1.4 Monitor penurunan frekuensi jantung</p> <p>1.5 Monitor adanya keluhan sakit kepala</p> <p>1.6 Periksa riwayat penyakit pasien secara rinci untuk melihat faktor risiko</p> <p>1.7 Monitor sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu,</p>

			<p>dan adanya rasa sakit pada ekstremitas)</p> <p>1.8 Monitor adanya tanda/gejala peningkatan TIK</p> <p>1.9 Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intracranial</p>
6 Mei 2019	Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (D.0077)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri berkurang 2. Klien mengenal lamanya nyeri 3. Klien dapat menggunakan teknik non farmakologi 4. Klien tidak gelisah 	<p>Manajemen Nyeri 2.1 Kaji secara komprehensif terhadap nyeri termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2.2 Mengajarkan cara melakukan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>2.3 Kaji tipe dan sumber nyeri</p> <p>2.4 Kolaborasi pemberian Analgetik</p> <p>2.5 Tingkatkan istirahat</p> <p>2.6 Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</p>
6 Mei 2019	Defisit pengetahuan mengenai penyakit yang diderita b/d kurang terpapar informasi (D.0111)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan Defisit pengetahuan klien teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengungkapkan pemahaman tentang penyakitnya 	<p>Edukasi Kesehatan</p> <p>3.1 Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien mengenai proses penyakit</p> <p>3.2 Jelaskan Patofisiologi penyakit dengan cara yang tepat</p> <p>3.3 Gambarkan tandagejala yang muncul pada penyakit dengan cara yang tepat</p> <p>3.4 Melakukan pendidikan kesehatan</p>

Tabel 4.7 Perencanaan pada Klien 2 dengan Hipertensi di RSUD Bangil

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:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan klien untuk melakukan teknik rileksasi. 2. Kaji skala nyeri klien(0-10) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teknik relaksasi dapat menurunkan rasa nyeri

	<ul style="list-style-type: none"> - 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. <p style="text-align: center;">TD</p> <ul style="list-style-type: none"> - :Sistole:100–140 mmhg - Diastole:60–90 mmhg - N:60-100x/menit - S:36,5 – 37°5 - RR: 20-24 x/menit 	<p>3.Perhatikan isyarat verbal dan non verbal seperti: meringis, kaku, gerakan melindungi</p> <p>4.Kaji tanda –tanda vital (tekanan darah, respirasi, Nadi, Suhu)</p> <p>5.Kolaborasi pemberian analgesik sesuai dengan advice dokter</p>	<p>2. Skala nyeri dapat menunjukkan kualitas nyeri yang dapat di rasakan klien.</p> <p>3. Klien mungkin tidak secara verbal melaporkan nyeri dan ketidak nyamanan secara langsung</p> <p>4.Pada klien dengan gangguan nyeri menyebabkan gelisah serta tekanan darah dan nadi meningkat</p> <p>5. Pemberian analgesic dapat mengurangi nyeri.</p>
2.	<p>Setelah dilakuakn tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan gangguan istirahat tidur tidak terjadi dengan,</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Pasien tampak rileks dan segar 2.TTV dalam batas normal 3.Pasien dapat tidur selama 6-8 jam setiap malam 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Berikan ruangan yang nyaman 2. Ajarkan pasien distraksi dan relaksasi. 3.Anjurkan pasien mandi/ seka air hangat untuk persiapan tidur. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Dengan ruangan yang nyaman dan tenang pasien dapat beristirahat dengan tenang. 2.Dapat mengurangi ketidaknyamanan. Pasien dapat merasa segar sehingga dapat beristirahat dengan nyaman
3.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien dapat meningkatkan partisipasi dalam aktivitas dengan, Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Klien dapat melakuakn aktivitas secara mandiri. 2.Mampu melaksanakan aktivitas sehari – hari. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Kaji kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas normal, catat laporan kelemahan, keletihan. 2. TTV dalam batas normal. 3. Berikan lingkungan yang tenang. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Mempengaruhi pilihan intervensi. 2.Manifestasi kardiopulmonal dari upaya jantung dan paru untuk membawa jumlah oksigen ke seluruh tubuh.

	3.Keseimbangan aktivitas dan istirahat.	4. Ubah posisi pasien dengan perlahan dan pantau adanya pusing	3. Hipertensi postural/ hipoksin serebral menyebabkan pusing, berdenyut dan peningkatan resiko cedera.
--	---	--	--

Berdasarkan tabel 4.6 dan 4.7 setelah dilakukan penegakan diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2, dibuat perencanaan tindakan keperawatan sesuai dengan masing-masing diagnosa yang ditemukan pada klien tersebut.

d. Implementasi

Tabel 4.8 Implementasi keperawatan Klien 1 dengan Hipertensi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
6 Mei 2019 10.00	2.1 Mengkaji nyeri	P : Adanya tekanan darah tinggi Q : Seperti ditusuk dan ditekan R : kepala bagian belakang, leher, dan tengkuk S : 3 T : Hilang timbul
10.10	2.2 Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	Klien mengikuti apa yang diajarkan
10.15	3.1 menanyakan kepada pasien sejauh mana pemahaman pasien tentang penyakitnya	Pasien hanya diam saja ketika ditanya tentang penyakit hipertensi yang dideritanya
10.20	1.1 Mengukur tekanan darah dan suhu pasien, menghitung nadi dan pernafasan	TD : 170/90 mmHg N : 65x/menit RR : 20x/menit T : 36,5 CO
10.25	1.3 Menanyakan pasien apakah ada keluhan sakit kepala yang dirasakan	Pasien mengatakan saat ini merasa sakit kepala, terasa berat di tengkuk dan tidak nyaman
10.30	Menanyakan kepada pasien apakah ada riwayat tekanan darah tinggi sebelumnya	Pasien mengatakan darah tinggi baru saja diketahuinya ketika masuk rumah sakit ±2 tahun yang lalu karena kecelakaan, dan

		sebelumnya pasien mengatakan tidak pernah memeriksakan kesehatannya ke fasilitas kesehatan
7 Mei 2019		
08.00	2.4 Membantu pasien minum obat per oral	Klien mendapatkan terapi obat oral candesartan 1 tablet pagi hari
08.30	2.1 mengkaji nyeri 2.2 menganjurkan klien melakukan teknik relaksasi nafas dalam	Data subjektif : Klien mengatakan rasa berat di tengkuk dan kepala sudah berkurang dan semalam sudah dapat tidur dengan nyenyak P : Adanya tekanan darah tinggi Q : Seperti ditusuk dan ditekan R : kepala bagian belakang, leher, dan tengkuk S : 2 T : Hilang timbul Pasien dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam
08.35	3.3 menjelaskan proses penyakit hipertensi	Klien dan keluarga tampak memerhatikan penjelasan dari perawat
08.40	1.1 Mengukur tekanan darah	TD : 150/90 mmHg N : 60x/ menit RR : 19x/menit T : 36,4 °C
09.00	2.5 Menganjurkan pada pasien agar meningkatkan waktu istirahatnya	Data Subjektif : Klien mengatakan akan meningkatkan jam istirahatnya
09.10	1.5 Monitor sirkulasi perifer	Nadi perifer teraba kuat dan lambat, frekuensi 60x/menit, tidak ada edema pada ekstremitas pasien, suhu tubuh pasien dalam rentang normal (36,4 OC), CRT <2 detik
08 Mei 2019		
07.30 08.40	2.1 Mengkaji nyeri 3.4 Melakukan pendidikan kesehatan	Data subjektif : Klien mengatakan rasa berat di tengkuk dan kepala sudah hilang dan semalam sudah dapat tidur dengan nyenyak Pasien dapat menjawab beberapa pertanyaan yang diajukan perawat sesuai informasi yang telah disampaikan
09.00	1.1 Mengukur tekanan darah dan suhu pasien, menghitung nadi & nafas	TD : 150/80 mmHg N : 68x/ menit RR : 17 x/menit T : 36 °C

Tabel 4.9 Implementasi keperawatan Klien 2 dengan Hipertensi di RSUD Bangil

No dx	Tanggal	Jam	implementasi	Nama/ TTD
1	04-01-19	08.30	-Membina hubungan saling percaya dengan pasien. -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.	
	05-01-19	19.00 19.05	-Mengobservasi TTV: TD: 180/100 mmhg. N : 84x/Menit. RR: 20x/Menit. S :36°C -Menganjurkan istirahat dengan cukup.	
	06-01-19	20.30	-Beritahu tentang diet rendah garam. -Anjurkan minum obat dengan tepat. - Anjurkan untuk control kesehatan secara rutin.	

Tabel 4.10 Catatan perkembangan klien 2 dengan hipertensi di RSUD Bangil

Tanggal	Diagnosa perkembangan	Catatan perkembangan	paraf
05-01-19	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.	

Berdasarkan tabel 4.7 dan 4.8 diatas bahwa intervensi yang dilakukan berdasarkan dari rencana atau intervensi yang telah dibuat, tujuan melakukan tindakan keperawatan sesuai intervensi keperawatan agar kriteria hasil dapat tercapai. Implementasi pada klien 1 dilakukan selama 3 hari dirumah sakit pada tanggal 6-8 Mei 2019, dan pasien ke 2 dilakukan selama 3 hari dirumah sakit dari tanggal 4-6 Januari 2019.

e. Evaluasi

Tabel 4.11 Evaluasi keperawatan Klien 1 dengan Hipertensi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari ke -1 11.30	Diagnosa 1 Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	Faktor Risiko : Hipertensi Kondisi Terkait : -TD 170/90 mmHg A : Masalah risiko perfusi serebral tidak terjadi P : Lanjutkan Intervensi 1.5 Monitor sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, dan adanya rasa sakit pada ekstremitas)

		1.6 Monitor adanya tanda/gejala peningkatan TIK
12.00	Diagnosa 2 Nyeri Akut	<p>S : - Klien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang, dan rasa tidak nyaman di leher dan tengkuk</p> <p>O : - Klien terlihat meringis</p> <p>- Klien terlihat tegang</p> <p>P : Adanya tekanan darah tinggi</p> <p>Q : Seperti ditusuk dan ditekan</p> <p>R : kepala bagian belakang, leher, dan tengkuk</p> <p>S : 3</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>TD:170/90 mmHg</p> <p>N :65 x/menit</p> <p>RR:20x/menit</p> <p>T :36,5 C</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Kaji nyeri</p> <p>2.2 Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>2.5 Tingkatkan istirahat</p>
12.00	Diagnosa 3 Defisit Pengetahuan	<p>S : - Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi</p> <p>-Klien bertanya tentang kondisi penyakitnya</p> <p>-Klien mengatakan kurang begitu paham tentang penyakit yang dideritanya</p> <p>O: - Klien terlihat tidak tena</p> <p>- Klien hanya diam saat ditanya tentang penyakit yang dideritanya</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.3 Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat</p>
Hari ke -2 10.00	Diagnosa 1	<p>Faktor Risiko : Hipertensi</p> <p>Kondisi Terkait :</p> <p>TD : 150/90 mmHg</p> <p>A : Masalah risiko perfusi serebral tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.7 Monitor adanya tanda/gejala peningkatan TIK</p>

		1.8 Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intracranial
12.30	Diagnosa 2	<p>S : Klien mengatakan rasa berat di tengkuk dan kepala sudah hilang dan semalam sudah dapat tidur dengan nyenyak</p> <p>O :</p> <p>P : Adanya tekanan darah tinggi</p> <p>Q : Seperti ditusuk dan tertimpa beban berat</p> <p>R : kepala bagian belakang, leher, dan tengkuk</p> <p>S : 2</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>-TTV :</p> <p>TD : 150/90 mmHg</p> <p>N : 60x/ menit</p> <p>RR : 19x/menit</p> <p>T : 36,4 OC</p> <p>A : Masalah nyeri teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Kaji nyeri</p> <p>2.4 Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>2.5 Tingkatkan istirahat</p>
12.00	Diagnosa 3	<p>S : Klien mengatakan mulai memahami tentang proses penyakit hipertensi yang dideritanya</p> <p>O: Klien dapat menjawab beberapa pertanyaan yan diajukan perawat sesuai informasi yang telah disampaikan</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.4 Melakukan pendidikan kesehatan</p>
Hari ke -3 10.10	Diagnosa 1	<p>Faktor Risiko : Hipertensi</p> <p>Kondisi Terkait :</p> <p>TD : 140/80 mmHg</p> <p>A : Masalah Risiko perfusi serebral tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
12.00	Diagnosa 2	<p>S : Klien mengatakan rasa berat di tengkuk dan kepala sudah hilang</p> <p>O :</p> <p>-Pasien sudah dapat duduk dan terlihat lebih segar</p> <p>-TTV</p> <p>TD : 140/80 mmHg</p>

		<p>N: 68x/ menit RR : 17 x/menit T : 36 CO</p> <p>A : Masalah nyeri sudah teratasi P : Hentikan intervensi</p>
13.30	Diagnosa 3	<p>S : Klien mengatakan sudah mulai paham mengenai penyakit hipertensi yang dideritanya O: Klien dapat mengulang beberapa informasi tentang penyakit hipertensi yang telah disampaikan perawat A : Masalah teratasi P : Hentikan Intervensi</p>

Tabel 4.12 Evaluasi keperawatan Klien 2 dengan Hipertensi di RSUD Bangil

Hari ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
07 Januari 2019	Diagnosa 1 Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan intra kranial.	<p>S: Pasien mengatakan nyeri. O: P: nyeri kepala Q: nyeriseperti 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.</p>
	Diagnosa 2 Gangguan pola tidur	<p>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.pasientampak lebih segar A :Masalah teratasi. P :intervensi dihentikan pasien KRS.</p>

Tabel 4.9 dan 4.10 diatas menjelaskan bahwa pada klien 1 dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari, evaluasi pada klien satu menunjukkan 2 diagnosa

keperawatan teratasi, dan 1 diagnosa keperawatan risiko tidak terjadi. Pada klien 2 dilakukan perawatan selama 3 hari, Evaluasi klien 2 menunjukkan 2 diagnosa keperawatan teratasi, dan 1 diagnosa tidak terdapat hasil evaluasi keperawatan.

B. Pembahasan

Hasil pembahasan penulis akan menguraikan asuhan keperawatan yaitu membahas persamaan dan perbedaan diagnosa keperawatan dengan teori dari 2 kasus yang sama antara klien 1 dengan diagnosa medis Hipertensi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie dan klien 2 dengan diagnosa medis Hipertensi di RSUD Bangil Pasuruan. Dengan menggunakan proses keperawatan secara komprehensif yaitu mulai dari pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan dengan SMART untuk menentukan tujuan dan kriteria hasil, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi. Pendekatan tersebut untuk memenuhi kebutuhan pasien yang meliputi bio, psiko, sosio, spiritual dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pembahasan dari asuhan keperawatan klien dengan hipertensi adalah sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pada pengkajian ini difokuskan pada asuhan keperawatan. Pengkajian pada klien 1 dilakukan pengkajian pada tanggal 6 Mei 2019 Pukul 09.30 dan pada klien 2 dilakukan pengkajian pada tanggal 04 Januari 2019. Hasil dari pengkajian sebagai berikut :

Pada klien 1 berusia 63 tahun jenis kelamin laki-laki pekerjaan petani, pendidikan terakhir SD dengan diagnosa medis IVH + Hipertensi

dengan keluhan nyeri kepala, mual, muntah, dan lemas. Sedangkan pada klien 2 berusia 53 tahun jenis kelamin perempuan menikah pendidikan terakhir SD dengan diagnose hipertensi dengan keluhan nyeri kepala bagian belakang lebih tepat pada tengkuk.

Keluhan yang dirasakan antara klien 1 dan 2 pada saat pengkajian memiliki kesamaan yaitu nyeri kepala, sesuai dengan teori (Adrian, 2019) bahwa pada pasien hipertensi keluhan yang dapat muncul yaitu nyeri kepala, gelisah, palpitasi, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudah lelah, dan impotensi.

Hasil pemeriksaan ditemukan perbedaan pada skala nyeri antara klien 1 dan 2, pada klien 1 skala nyeri 3 dan klien 2 skala nyeri 6 dengan kualitas/kuantitas nyeri yang sama yakni nyeri seperti tertusuk-tusuk. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital saat pengkajian pada klien 1 tekanan darah : 170/70 mmHg, Nadi : 65 x/menit, Suhu tubuh : 36°C, pernapasan : 20x/menit, sedangkan pada klien 2 tekanan darah : 200/140 mmHg, nadi : 96 x/menit, suhu tubuh : 36°C , pernapasan: 20 x/menit. Dari hasil pengkajian klien 1 dan 2 menurut teori (Nurarif, 2015) ditemukan bahwa klasifikasi hipertensi memiliki perbedaan yaitu kategori hipertensi pada klien 1 yaitu grade 2 (sedang) sedangkan pada klien 2 yaitu grade 3 (berat).

Pada pemeriksaan status nutrisi pada pengkajian pada klien 1 terdapat pemeriksaan berat badan, dan tinggi badan sedangkan pada klien 2 tidak terdapat pemeriksaan tersebut. Penulis berpendapat bahwa pemeriksaan berat badan dan tinggi badan penting guna mengetahui

keadaan nutrisi klien ,dimana pada pemeriksaan klien 2 terdapat mual, muntah dan tidak nafsu makan yang dapat mempengaruhi keadaan nutrisi klien.

Pada data pengkajian penatalaksanaan klien 2 terdapat O2 nasal 4 Lpm (membantu pemenuhan O2 pasien), terdapat perbedaan data tentang pemberian O2 nasal pada tanggal pengkajian yang sama yaitu 04 Januari 2019 dengan kondisi RR : 20x/menit, pola nafas : irama teratur, tidak ada gangguan irama pernafasan, tidak ada otot bantu nafas, perkusi thorak : resonan, tidak ada alat bantu nafas. Penulis berasumsi bahwa terdapat kesenjangan dan kesalahan dalam memasukan data oleh peneliti sehingga perbedaan data tersebut dapat mempengaruhi penegakan diagnose. Dibuktikan dengan tidak adanya keluhan sesak nafas pada klien 2.

Menurut (Aspiani, 2016) salah satu penyebab dari penyakit hipertensi yaitu berdasarkan kebiasaan hidup seperti konsumsi garam yang tinggi (lebih dari 30g), kegemukan atau (efedrin, makan berlebih, stress, merokok, minum alkohol, minum obat-obatan prednisone, epinefrin). Namun dalam pengkajian tidak terdapat data kebiasaan hidup klien sebelum masuk rumah sakit. Penulis berpendapat bahwa pengkajian pola hidup klien penting untuk mengetahui penyebab dari hipertensi yang di alami klien.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan (Tim Pokja SDKI SPP PPNI, 2016). Berdasarkan data hasil pengkajian pada klien 1 ditemukan data data untuk

menegakan 3 masalah keperawatan menurut standar diagnosa keperawatan dan pada klien 2 ditemukan 3 masalah keperawatan berdasarkan Nanda NIC NOC.

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.

Berikut masalah keperawatan antara klien 1 dan klien 2 yang sesuai dengan teori antara lain :

a. Nyeri Akut

Masalah ini ditemukan pada pengkajian klien 1 dengan menggunakan SDKI dan klien 2 menggunakan Nanda NIC NOC.

1) Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi

Masalah ini ditemukan pada pengkajian klien 1 berdasarkan SDKI. Masalah ini ditegaskan sesuai dengan teori (Tim Pokja SDKI, 2017) pada pasien dengan nyeri akut ditemukan data-data yang sesuai dengan data mayor. Di dapatkan keluhan nyeri pada kepala dan rasa tidak nyaman pada tengkuk dan leher, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk dan ditekan, nyeri yang dirasakan pada kepala bagian belakang, leher dan tengkuk, dengan skala nyeri 3 (dari 1-10), durasi nya hilang timbul. Tekanan darah : 170/90

mmHg, Nadi : 65x/menit, RR: 20x/menit, T: 36°C, Pasien tampak lemas.

2) Nyeri akut berhubungan dengan resistensi pembuluh darah otak

Masalah ini ditemukan pada pengkajian klien 2 berdasarkan Nanda NIC NOC, Do : KU : lemah, TTV : 180/100. Klien 2 mengeluh pusing kepala, nyeri yang dirasakan cekot-cekot pada tengkuk seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6 terjadi secara mendadak, ekspresi klien tampak menyeringai.

Data klien 2 diagnosa nyeri akut pada tanggal 04 Januari 2019 didapatkan skala nyeri 6 dan TD: 180/100, sedangkan pada data pengkajian klien 2 tanggal 04 Januari 2019 skala nyeri 5 dan TD: 200/140, menunjukkan data yang tidak sesuai pada tanggal pengkajian yang sama. Penulis berasumsi bahwa terdapat kesalahan dalam memasukan data oleh peneliti sehingga perbedaan data tersebut dapat mempengaruhi evaluasi akhir diagnosa.

Sedangkan menurut SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), penegakan diagnosa didasarkan pada data mayor dan minor. Dalam hal ini data sudah sesuai untuk diangkat diagnose nyeri tetapi pada SDKI diagnosa berubah menjadi nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologi.

Penulis beransumsi bahwa kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah. Secara teoritis menurut (Aspiani, 2016) yaitu rangsangan pusat vasomotor dihantarkan

dalam bentuk implus yang merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Vasomotor tersebut berdampak iskemik disebagian pembuluh darah diotak sehingga timbul nyeri kepala.

b. Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111)

Masalah ini ditemukan pada klien 1 namun tidak ditemukan pada klien 2, pada saat dilakukan pengkajian klien 1 mengatakan sebelumnya tidak pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi. Klien mengatakan kurang begitu paham tentang tekanan darah yang sering tinggi yang dideritanya. klien tampak tegang dan diam saat ditanya tentang tekanan darah tinggi yang di deritanya. penegakan diagnosa didasarkan pada data mayor dan minor. Dalam hal ini data sudah sesuai untuk diangkat diagnose deficit pengetahuan.

Penulis beramsumsi bahwa faktor yang ditimbulkan dari diangkatnya diagnosa defisit pengetahuan yaitu karena faktor usia yang sudah tua membuatnya sering lupa dan faktor pendidikan. Kurangnya pengetahuan karena derajat pendidikan terakhir klien 1 yakni SD. Diangkatnya diagnosa defisit pengetahuan untuk dilakukan intervensi guna menambah pengetahuan klien, sesuai dengan teori (Gobel, Mulyadi, & Malara, 2016) bahwa peran perawat sebagai (*educator*) atau pendidik, peran ini meningkatkan kesehatan melalui pemberian pengetahuan terkait dengan keperawatan dan tindakan medis.

c. Resiko jatuh dengan penurunan fungsi kesehatan.

Masalah ini ditemukan pada klien 2 namun tidak ditemukan pada klien 1, penegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan Nanda NIC NOC dengan data dari klien mengatakan badannya terasa lemas, tekanan darah : 180/100 mmHg, kekuatan otot (5,5,4,4), Resiko jatuh adalah beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Penegakkan diagnosa tersebut sesuai dengan teori menurut (Aspiani, 2016) yaitu keluhan yang dapat muncul pada penderita hipertensi antara lain: nyeri kepala, gelisah, palpitasi, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudah lelah, lemas dan impotensi.

Data klien 2 diagnosa resiko jatuh pada tanggal 04 Januari 2019 kekuatan otot (5,5,4,4) sedangkan pada data pengkajian klien 2 tanggal 04 Januari 2019 kekuatan otot (5,5,5,5) ,menunjukkan data yang tidak sesuai pada tanggal pengkajian yang sama. Penulis berasumsi bahwa terdapat kesalahan dalam memasukan data oleh peneliti sehingga perbedaan data tersebut dapat mempengaruhi evaluasi akhir diagnose.

Sedangkan menurut SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) , penegakkan diagnosa didasarkan pada data mayor dan minor. Dalam hal ini data sudah sesuai untuk diangkat diagnosa pada SDKI menjadi Resiko jatuh ditandai dengan gangguan keseimbangan.

Berikut masalah keperawatan antara klien 1 dan klien 2 yang tidak sesuai dengan teori pathway antara lain :

a. Gangguan pola tidur berhubungan dengan perubahan lingkungan sekitar

Masalah ini ditemukan pada klien 2 namun tidak ditemukan pada klien 1, pada saat dilakukan pengkajian klien 2 mengatakan susah tidur karena tidak terbiasa dengan lingkungan rumah sakit. Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 180/100 mmHg, Pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, area bawah mata hitam, pasien tampak lemas. Penegakan diagnosa tersebut tidak sesuai dengan teori pada pathway namun menurut (Aspiani, 2016) Berbagai faktor, seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah, rasa tidak nyaman yang dirasakan pasien akan berpengaruh terhadap tekanan darahnya dan pola tidur yang terganggu.

Sedangkan menurut SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), penegakan diagnosa didasarkan pada data mayor dan minor. Dalam hal ini data sudah sesuai untuk diangkat diagnosa pada SDKI menjadi Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Penulis berasumsi bahwa gangguan pola tidur pada klien 1 karena ketidaknyamanan yang di rasakan klien.

b. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif d.d factor risiko (D.0017)

Masalah ini ditemukan pada klien 1 namun tidak ditemukan pada klien 2, diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif ditegakkan karena terkait kondisi tekanan darah klien 1 dengan tekanan darah :

170/90mmHg. Hal tersebut tidak sesuai dengan teori pada pathway namun, pada komplikasi yang di timbulkan dari penyakit hipertensi menurut (Trianto,2014) bahwa komplikasi berupa stroke dan serangan iskemik. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan menebal sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahi berkurang.

Sedangkan menurut SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) , penegakan diagnosa didasarkan pada data mayor dan minor. Dalam hal ini data sudah sesuai untuk diangkat diagnosa pada SDKI menjadi Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi.

Diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif pada klien 1 dari data hasil diatas diangkat menjadi diagnosa utama oleh peneliti, penulis berasumsi bahwa diangkatnya diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif tidak tepat untuk menjadi diagnosa utama karena sesuai teori (Tim Pokja SDKI SPP PPNI, 2016) bahwa dalam perumusan atau penulisan diagnosis disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan, Mengutamakan metode penulisan yang terdiri dari masalah, penyebab, dan tanda gejala, yang hanya dilakukan pada diagnosis aktual maka menurut penulis seharusnya peneliti mengangkat nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi menjadi diagnosa utama, dibuktikan dengan adanya nyeri yang dirasakan pada kepala bagian belakang, leher dan tengkuk, dengan skala nyeri 3 (dari 1-10), durasi nya hilang timbul. Tekanan darah : 170/90 mmHg, Nadi : 65x/menit, RR: 20x/menit, T:

36°C dan dibuktikan juga pada hasil laboratorium klien 1 dengan Hb : 13.0 g/dl (normal: 13-17 g/dl), dan pada penatalaksanaan klien 1 hanya terdapat Amlodipine (Oral) 1 x 10 mg, Candesartan (Oral) 1 x 8 mg, dan (IVFD) 20 tpm.

3. Perencanaan

Pada tahap intervensi atau perencanaan, peneliti menyusun intervensi dengan pendekatan SMART yang sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada klien. Perencanaan yang di buat penulis pada klien 1 dan 2 berdasarkan empat komponen yaitu observasi, terapeutik, tindakan edukasi, dan tindakan kolaborasi, sebagai berikut ;

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien 1 dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi diharapkan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil : Klien mengatakan nyeri berkurang, klien mengenal lamanya nyeri, klien dapat menggunakan teknik non farmakologi, klien tidak gelisah dengan intervensi 1. Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, dan suhu tubuh, 2. Monitor peningkatan TD, 3. Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TTD), 4. Monitor penurunan frekuensi jantung, 5. Monitor adanya keluhan sakit kepala, 6. Periksa riwayat penyakit pasien secara rinci untuk melihat factor resiko, 7. Monitor sirkulasi.

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien 2 dengan masalah keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan resistensi pembuluh

darah otak yang dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan nyeri pada klien berkurang atau hilang dengan kriteri 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, tekanan darah : Sistole:100–140 mmhg, Diastole:60–90 mmhg, N:60-100x/menit, S:36,5 – 37°5, RR: 20-24 x/menit dengan intervensi 1.Ajarkan klien untuk melakukan teknik relaksasi, 2. Kaji skala nyeri klien (0-10), 3.Perhatikan isyarat verbal dan non verbal seperti: meringis, kaku, gerakan melindungi, 4.Kaji tanda-tanda vital (tekanan darah, respirasi, Nadi, Suhu), 5.Kolaborasi pemberian analgesik sesuai dengan advice dokter.

Sedangkan menurut SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) yang penulis gunakan untuk diagnose nyeri akut dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun, kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066) pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang, pasien dapat beristirahat dengan nyaman dengan intervensi Manajemen nyeri (I.08238) (Observasi) 1. Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, 2. Identifikasi skala nyeri, 3.Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, (Terapeutik) 4.Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: akupuntur,terapi musik hopnosis, biofeedback, teknik imajinasi terbimbing,kompres hangat/dingin), 5. Kontrol lingkungan yang

memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), (Edukasi) 6. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, 7. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, (Kolaborasi) 8. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien 1 dengan masalah keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan defisit pengetahuan klien teratasi, kriteria hasil : klien mengungkapkan pemahamannya tentang penyakitnya dengan intervensi Edukasi kesehatan 1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien mengenai proses penyakit, 2. jelaskan patofisiologi penyakit dengan cara yang tepat, 3. gambarkan tanda gejala yang muncul pada penyakit dengan cara yang tepat, 4. Melakukan pendidikan kesehatan.

Sedangkan menurut SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) yang penulis gunakan untuk diagnosa defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat, kriteria hasil: Pasien melakukan sesuai anjuran, Pasien tampak mampu menjelaskan kembali materi yang disampaikan, Pasien mengajukan pertanyaan dengan intervensi Edukasi kesehatan (I.12383) (Observasi) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, 2. identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku

hidup bersih dan sehat, (Terapeutik) 3. sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, 4. jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, 5. berikan kesempatan untuk bertanya, (Edukasi) 6. jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, 7. ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, 8. ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien 2 berdasarkan Nanda NIC NOC dengan masalah keperawatan resiko jatuh berhubungan dengan penurunan fungsi kesehatan selama selama 2x24 jam diharapkan pasien dapat meningkatkan partisipasi dalam aktivitas dengan kriteria hasil : Klien dapat melakuakn aktivitas secara mandiri, mampu melaksanakan aktivitas sehari – hari, keseimbangan aktivitas dan istirahat dengan intervensi 1. Kaji kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas normal, catat laporan kelemahan, kelelahan, 2. TTV dalam batas normal, 3. Berikan lingkungan yang tenang, 4. Ubah posisi pasien dengan perlahan dan pantau adanya pusing.

Sedangkan menurut SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) yang penulis gunakan untuk diagnosa resiko jatuh ditandai dengan gangguan keseimbangan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun, kriteria hasil: Tingkat jatuh (L.14138) Risiko jatuh dari tempat tidur menurun, Risiko jatuh saat berjalan menuru, Risiko jatuh saat berdiri menurun dengan intervensi Pencegahan jatuh (I.14540) (Observasi) 1.

Identifikasi factor risiko (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik. Gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati), 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi, 3. Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Morse scale, humpty dumpty), (Terapeutik) 4. Pasang handrail tempat tidur, (Edukasi) 5. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpidah.

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien 2 berdasarkan Nanda NIC NOC dengan masalah keperawatan gangguan pola tidur berhubungan perubahan lingkungan sekitar selama 1x 24 jam diharapkan gangguan istirahat tidur tidak terjadi, kriteria hasil : 1.Pasien tampak rileks dan segar, 2. TTV dalam batas normal, 3. Pasien dapat tidur selama 6-8 jam setiap malam dengan intervensi 1.Berikan ruangan yang nyaman, 2. Ajarkan pasien distraksi dan relaksasi., 3. Anjurkan pasien mandi/ seka air hangat untuk persiapan tidur.

Sedangkan menurut SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) yang penulis gunakan untuk diagnose gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dengan tujuan keadeguan kualitas dan kuantitas tidur membaik, kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun dengan intervensi dukungan nyeri (I.05174) (Observasi) 1.identifikasi pola aktifitas dan tidur, 2. Identifikasi

factor pengganggu tidur, (Terapeutik) 3. Modifikasi lingkungan, 4. Lakukan prosedur peningkatan kenyamanan, (Edukasi) 5. Anjurkan menepati kebiasaan tidur, 6. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya.

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien 1 dengan masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan factor risiko diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam risiko perfusi serebral tidak terjadi dengan kriteria hasil : tekanan darah dalam rentang normal (110/80-140/80), tidak ada ortostatik hipertensi, tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intracranial, klien melaporkan atau menunjukkan tidak ada tanda dyspnea, angina dan disritmia, dengan intervensi 1. Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, dan suhu tubuh, 2. Monitor peningkatan, 3. Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD), 4. Monitor penurunan frekuensi jantung, 5. Monitor adanya keluhan sakit kepala, 6. Periksa riwayat penyakit pasien secara rinci untuk melihat faktor risiko, 7. Monitor sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, dan adanya rasa sakit pada ekstremitas), 8. Monitor adanya tanda/gejala peningkatan TIK, 9. Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intracranial.

Sedangkan menurut SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) yang penulis gunakan untuk diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif dengan tujuan setelah

dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keadekuatan aliran darah serebral meningkat, kriteria hasil sakit kepala berkurang, pasien tidak menunjukkan kecemasan, tekanan darah membaik, dengan intervensi pemantauan tekanan intracranial (I.06198) (Observasi) 1. Identifikasi peningkatan TIK, 2. Monitor peningkatan TD, 3. Monitor penurunan frekuensi jantung, (Terapeutik) 4. atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien, (Edukasi) 5. jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.

4. Implementasi

Pada tahap ini peneliti melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan. Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (Wartolah, 2015). Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Muryanti, 2017).

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dilaksanakan dalam waktu dan tempat yang berbeda. Pada klien 1 asuhan atau pelaksanaan tindakan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 6 Mei 2019 sampai dengan tanggal 8 Mei 2019 di RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Sedangkan untuk klien 2 pelaksanaan tindakan keperawatan dimulai tanggal 04 Januari 2019 sampai dengan tanggal 06 Januari 2019 di RSUD Bangil Pasuruan.

Tindakan keperawatan penatalaksanaan hipertensi untuk menurunkan resiko penyakit kardiovaskuler dan mortalitas serta morbiditas yang berkaitan. tujuan terapi adalah mencapai dan mempertahankan tekanan sistolik dibawah 140 mmHg dan tekanan diastolic dibawah 90 mmHg dan mengontrol factor resiko. Hal ini dapat dicapai melalui modifikasi gaya hidup saja, atau dengan obat antihipertensi (Aspiani, 2016).

Berdasarkan perencanaan yang dibuat peneliti melakukan tindakan keperawatan yang telah disusun sebelumnya untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut pada klien 1 pada hari pertama tanggal 6 Mei 2019 tindakan yang dilakukan adalah mengkaji nyeri, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, menanyakan kepada pasien sejauh mana pemahaman pasien tentang penyakitnya, Mengukur tekanan darah dan suhu pasien, menghitung nadi dan pernafasan, Menanyakan pasien apakah ada keluhan sakit kepala yang dirasakan, Menanyakan kepada pasien apakah ada riwayat tekanan darah tinggi sebelumnya. Pada hari kedua tanggal 7 Mei 2019 tindakan yang dilakukan adalah Membantu pasien minum obat per oral, Klien mendapatkan terapi obat oral candesartan 1 tablet pagi hari, mengkaji nyeri, menganjurkan klien melakukan teknik relaksasi nafas dalam, menjelaskan proses penyakit hipertensi, Mengukur tekanan darah, menganjurkan pada pasien agar meningkatkan waktu istirahatnya, monitor sirkulasi perifer. Pada hari ketiga pada tanggal 8 Mei 2019 tindakan yang dilakukan adalah Mengkaji nyeri, melakukan pendidikan kesehatan, Mengukur tekanan darah dan suhu pasien, menghitung nadi & nafas.

Sedangkan pada klien 2 pada hari pertama tanggal 04 Januari 2019 tindakan keperawatan yang dilakukan adalah membina hubungan saling percaya dengan pasien, Mengkaji nyeri secara komprehensif, Menganjurkan mengurangi aktivitas sebelum tidur, menganjurkan klien untuk tidur lebih awal, anjurkan keluarga untuk memberikan tempat yang nyaman bagi pasien. Pada hari kedua tanggal 05 Januari 2019 tindakan keperawatan yang dilakukan adalah mengobservasi tanda-tanda vital, menganjurkan istirahat dengan cukup. Pada hari ketiga tanggal 06 Januari 2019 tindakan keperawatan yang dilakukan adalah beritahu tentang diet rendah garam, anjurkan minum obat dengan tepat, anjurkan untuk control kesehatan secara rutin.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti & Muryanti, 2017)

Hasil evaluasi yang didapatkan pada klien 1 dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi teratasi di hari ketiga pada tanggal 8 Mei 2019 karena klien 1 sudah tidak merasa nyeri di kepalanya, klien sudah dapat duduk dan terlihat lebih segar, TD : 140/80 mmHg.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada klien 2 dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial teratasi pada tanggal 07 Januari 2019 pasien mengeluh nyeri kepala ditengkuk dengan skala 5, pasien pulang. Menurut asumsi penulis diagnosa nyeri akut untuk klien 2 pada evaluasi tanggal 07 Januari 2019 belum teratasi , karena pasien masih mengeluh nyeri kepala bagian tengkuk dengan skala 5, dan tidak memenuhi kriteria hasil yang menyatakan nyeri menghilang atau nyeri berkurang 1-2 .

Hasil evaluasi yang didapatkan pada klien 1 dengan diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi teratasi dihari ke tiga pada tanggal 8 Mei 2019 karena klien mengatakan sudah mulai paham mengenai penyakit hipertensi yang dideritanya, dan klien dapat mengulang beberapa informasi tentang penyakit yang telah disampaikan perawat.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada klien 2 dengan resiko jatuh dengan penurunan fungsi kesehatan tidak terdapat pada data. Sedangkan penulis berasumsi bahwa evaluasi diagnosa resiko jatuh harus tetap di buat guna mengetahui diagnosa tersebut terjadi atau tidak pada pasien.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada klien 2 dengan diagnosa gangguan pola tidur berhubungan perubahan lingkungan sekitar teratasi pada tanggal 07 Januari 2019 pasien mengatakan sudah tidak terbangun ketika istirahat malam hari. Tekanan darah : 140/80 mmHg, konjungtiva tidak anemis, pasien tampak rileks, pasien tampak lebih segar, dan intervensi dihentikan.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada klien 1 dengan diagnose resiko perfusi serebral tidak terjadi pada tanggal 8 Mei 2019, dengan faktor resiko hipertensi, TD : 140 mmHg, melanjutkan intervensi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil review karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi di Ruang Angsoka di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda” oleh Anis Khairunnisa pada tahun 2019 dan “Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosa Hipertensi di RSUD Bangil Pasuruan” oleh Yusuf Wahyudi pada tahun 2019. Penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang didapat dari dua kasus yang sama yaitu Pengkajian pada klien 1 dilakukan pengkajian pada tanggal 6 Mei 2019 Pukul 09.30 dan pada klien 2 dilakukan pengkajian pada tanggal 04 Januari 2019 menunjukkan adanya tanda dan gejala yang sama yang dirasakan oleh klien 1 dan 2 yaitu nyeri kepala pada tengkuk.

2. Diagnosa keperawatan

Pada penegakkan diagnosa keperawatan ditemukan persamaan dan perbedaan antara klien 1 dan 2 yaitu klien 1 memiliki 3 diagnosa keperawatan diantaranya Resiko perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut, defisit pengetahuan, sedangkan klien 2 memiliki 3 diagnosa keperawatan diantaranya nyeri akut, gangguan pola tidur, dan resiko jatuh. Di dalam teori muncul 9 diagnosa keperawatan namun yang sesuai dengan teori ada 3 diagnosa keperawatan.

3. Perencanaan

Hasil yang diperoleh dari intervensi yang dilakukan oleh peneliti baik intervensi yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi seperti Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan (Implementasi) keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan diagnosa keperawatan yang dibuat antara klien 1 dan 2 seperti mengkaji nyeri, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, Mengukur tekanan darah dan suhu pasien, menghitung nadi dan pernafasan, menganjurkan pada pasien agar meningkatkan waktu istirahatnya.

5. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien klien 1 dilakukan selama 3 hari perawatan di rumah sakit pada tanggal 6 sampai 8 Mei 2019 sedangkan pada klien klien 2 dilakukan selama 3 hari perawatan di rumah sakit pada tanggal 4 sampai 6 Januari 2019 oleh peneliti dan dibuat dalam bentuk SOAP. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien 1 dan klien 2 menunjukkan bahwa masalah yang dialami kedua klien ada yang belum teratasi sesuai dengan rencana yang telah dibuat dan ada yang sudah teratasi.

B. Saran

1. Bagi Klien/Pasien

Diharapkan klien kooperatif dalam menjalani proses asuhan keperawatan yang diberikan, menjalankan pola hidup yang sehat untuk mencegah komplikasi lebih lanjut serta diharapkan penderita hipertensi teratur melakukan kontrol tekanan darah sehingga meminimalisir kemungkinan komplikasi yang dapat terjadi.

2. Bagi keluarga

Peran keluarga sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan klien, pada penatalaksanaan hipertensi keluarga berperan dalam memantau aktivitas selama proses diet, mengontrol makanan sesuai anjuran dokter, menerapkan pola hidup yang sehat serta rutin memeriksakan tekanan darah pasien ke fasilitas kesehatan.

3. Bagi Peneliti

Hasil dari karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa menjadi gambaran dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada klien hipertensi dengan tepat, peneliti selanjutnya diharapkan dapat menguasai konsep teori tentang penyakit hipertensi tersebut. Selain itu peneliti juga harus melakukan pengkajian dengan tepat dan akurat agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang ditemukan pada klien.

Begitupun untuk menegakkan diagnose keperawatan peneliti harus lebih teliti lagi dalam menganalisis data mayor maupun data minor baik

yang data subjektif dan data objektif agar memenuhi validasi diagnosis yang terdapat dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI).

Pada intervensi keperawatan diharapkan merumuskan kriteria hasil sesuai dengan buku panduan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

DAFTAR PUSTAKA

- Adrian, S. J. (2019). Hipertensi Esensial : Diagnosa Dan Tatalaksana Terbaru Pada Dewasa, 46(3), 172–178.
- Aryantiningasih, D. S., & Silaen, J. B. (2018). Kejadian Hipertensi Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Harapan Raya Pekanbaru. *Jurnal Ipteks Terapan*, 12(1), 64. <https://doi.org/10.22216/jit.2018.v12i1.1483>
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Aspiani, R. yuli. (2016). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular*.
- Bickley Lynn S & Szilagy Peter G. (2018). *Buku Saku Pemeriksaan Fisik & Riwayat Kesehatan* (p. 49).
- Dinarti, & Muryanti, Y. (2017). *Bahan Ajar Keperawatan: Dokumentasi Keperawatan*. 1–172. <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/Praktika-Dokumen-Keperawatan-Dafis.Pdf>
- Gobel, M. G. S., Mulyadi, N., & Malara, R. (2016). Hubungan Peran Parawat Sebagai Care Giver Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Instalasi Gawat Darurat Di Rsu. Gmibm Monompia Kotamobagu Kabupaten Bolaang Mongondow. *Jurnal Keperawatan*, 4(2)
- Hasanah, H. (2016). Teknik-Teknik Observasi. 21–46. (Sebuah Alternatif Metode Pengumpulan Data Kualitatif Ilmu Sosial). Universitas Islam Negeri Semarang
- Jasa, Z. K., Saleh, S. C., & Rahardjo, S. (n.d.). Dan Intraventrikular Yang Dilakukan Vp-Shunt Emergensi Outcome Of Patients With Intracerebral And Intraventricular Haemorrhage After An Emergency Vp-Shunt InsertioN. 1(3), 158–162.
- Jumriani Ansar1, Indra Dwinata1, A. . (2019). Determinan Kejadian Hipertensi Pada Pengunjung Posbindu Di Wilayah Kerja Puskesmas Ballaparang Kota Makassar. *Nasional Ilmu Kesehatan*, 1, 28–35.
- Khairunnisa, A. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi di Ruang*

Angsoka di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda (Vol. 53).
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Kemenkes RI. (2019). Profil Kesehatan Indonesia 2018 [Indonesia Health Profile 2018]. http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Data-dan-Informasi_Profil-Kesehatan-Indonesia-2018.pdf

Kemenkes.RI. (2014). Pusdatin Hipertensi. Infodatin, Hipertensi, 1–7.
<https://doi.org/10.1177/109019817400200403>

Misbach, J. (2013). Aspek diagnostik, Patofisiologi, Manajemen. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

Nurariif, A. H. (2015). Aplikasi Asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis & Nanda Jilid 2.

PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik (1st ed.). DPP PPNI.

PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). Standar Intervensi Keperawatan.

Probosari, E. (2017). Faktor Risiko Hipertensi Pada Remaja. *JNH (Journal of Nutrition and Health)*, 5(1), 18–27. <https://doi.org/10.14710/JNH.5.1.2017.18-27>

Saputra, Lyndon. (2014). Buku Saku Keperawatan Kardiovaskular. Tangerang Selatan: Binarupa Aksara Publisher.

Sri & Herlina (2016). Hubungan Gangguan Mental Emosional dengan Hipertensi pada Penduduk Indonesia. 137–144. Jakarta: Media litbangkes

Sudarsono, E. K. R., Sasmita, J. F. A., Handyasto, A. B., Kuswantiningsih, N., & Arissaputra, S. S. (2017). Peningkatan Pengetahuan Terkait Hipertensi Guna Perbaikan Tekanan Darah pada Pemuda di Dusun Japanan, Margodadi, Seyegan, Sleman, Yogyakarta. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat (Indonesian Journal of Community Engagement)*, 3(1), 26–38. <https://doi.org/10.22146/jpkm.25944>

Sufa, S. A., Christantyawati, N., & Jusnita, R. A. E. (2017). Tren Gaya Hidup Sehat

dan Saluran Komunikasi Pelaku Pola Makan Food Combining. *Jurnal Komunikasi Profesional*, 1(2), 105–120.
<https://doi.org/10.25139/jkp.v1i2.473>

Trianto,(2014). *Pelayanan Peperawatan Pagi Penderita Hipertensi*. Jakarta: Bumi Aksara.

Wahyudi, Y. (2019). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di Rsud Bangil Pasuruan. Retrieved from <https://repository.kertacendekia.ac.id/media/296897-asuhan-keperawatan-pada-ny-s-dengan-diag-1baf47fe.pdf>

Wartolah, T. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan* (5th ed.). Salemba Medika.

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Novia Puspita Sari

NIM : P07220117064

Judul Asuhan : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Yang Di Rawat Di Rumah Sakit

Nama pembimbing : Sri Hazanah, S.ST.,S.K.M,M.PH (Pembimbing 1)

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1.	Sabtu,25 April 2020	Konsultasi kasus yang akan diambil dan cara pembuatan pembahasan	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mengambil kasus sesuai dengan judul kasus yang dimiliki ➤ Pembahasan berisi : intrepertasi askep kasus masing-masing klien tersebut dibahas dan dijelaskan 	
2.	Rabu ,29 April 2020	Konsultasi BAB IV : Hasil dan Pembahasan	<p>(Feedback tgl 30 April 2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tanda-tanda vital klien tolong di cek? ➤ Cantumkan tanggal pemeriksaan fisiknya ? ➤ Data Objektifnya ? 	
3.	Senin, 4 Mei 2020	Konsultasi lanjutan BAB IV : Hasil dan pembahasan	<p>(Feedback tgl 05 Mei 2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pada klien 2 data ttv dicek ➤ Diagnosa utama pada klien 1 mengapa resiko ? (sebenarnya angkat diagnose yang pertama adalah mengancam klien bukan resiko ? ➤ Pada klien 1 dan 2 di cek data pengkajian dan diagnosanya. 	
4.	Rabu, 6 Mei 2020	Konsultasi BAB V : Kesimpulan dan saran	<p>(Feedback tgl 8 Mei 2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bab IV ACC ➤ Lanjut bab V : kesimpulan (menjawab tujuan khusus) dan Saran (tanggapan atas kritik individu klien kepada :pasien, keluarga, masyarakat, petugas kesehatan) 	

5.	Sabtu, 08 Mei 2020	Konsultasi lanjutan BAB V : Kesimpulan dan saran	<ul style="list-style-type: none">➤ Kesimpulan nya diringkas ambil intisari sedangkan saran itu tanggapan penulis (klien, keluarga klien, petugas kesehatan, peneliti selanjutnya.➤ Saran : tambahkan pada pasien, keluarga. ➤ ACC	
----	--------------------	---	--	--

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Novia Puspita Sari

NIM : P07220117064

Judul Asuhan :Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Yang Di Rawat Di Rumah Sakit

Nama pembimbing : Ns. Asnah, S.Kep, M.Pd (Pembimbing II)

NO	HARI/TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1.	Sabtu, 25 April 2020	Konsultasi kasus yang akan diambil dan cara pembuatan pembahasan	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mengambil kasus sesuai dengan judul kasus yang dimiliki ➤ Pembahasan berisi : intrepertasi askep kasus masing-masing klien tersebut dibahas dan dijelaskan 	
2.	Rabu , 29 April 2020	Konsultasi BAB IV : Hasil dan Pembahasan	<p style="text-align: center;">(Feedback tgl 01 Mei 2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diperencanaan sesuai SIKI harus ada 4 domain : Observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. ➤ Mencamtumkan bukti publish KTI diawal kalimat ketika mulai menulis tentang KTI, dan di daftar pustaka ditulis lengkap ➤ Menyarankan untuk tidak mengubah hasil pengkajian sampai evaluasi ➤ Menambahkan kekurangan, kelebihan dan argument terkait dengan teori berdasarkan Bab 2 	
3.	Senin, 4 Mei 2020	Konsultasi lanjutan BAB IV : Hasil dan pembahasan	<p style="text-align: center;">(Feedback tgl 08 Mei 2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Menambahkan asumsi penulis di pembahasan. ➤ Menambahkah alamat URL KTI peneliti Pada awal Bab 4 	

			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Membuat abstrak sesuai dengan buku panduan KTI terbaru. ➤ Lanjut Bab 5 membuat kesimpulan berdasarkan hasil review 	
4.	Rabu, 09 Mei 2020	Konsultasi BAB V : Kesimpulan dan saran	<p>(Feedback tgl 8 Mei 2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lanjut bab V : kesimpulan dan saran untuk membuat berdasarkan kekurangan dan kelebihan yang ada di bab 4 (Berdasarkan hasil review) ➤ Lanjut Untuk persiapan ujian 	

Lampiran 2 (Klien 1)

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang terletak di Jalan Palang Merah Indonesia No. 1 Kelurahan Sidodadi, Kecamatan Samarinda Ulu, Kota Samarinda, Kalimantan Timur. RSUD Abdul Wahab Sjahranie merupakan salah satu dari dua rumah sakit rujukan milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur dan merupakan rumah sakit rujukan tertinggi di Kalimantan Timur yang berada di kota Samarinda. Diresmikan sebagai Rumah Sakit dengan nama RSUD Abdul Wahab Sjahranie pada tanggal 22 Februari 1989, dimana sebelumnya bernama Lanschop Hospital yang dibangun tahun 1933 pada zaman penjajahan Belanda. Fasilitas yang tersedia di RSUD Abdul Wahab Sjahranie ini antara lain Instalasi Rawat Jalan, Instalasi farmasi, ruang rawat inap, fisioterapi, dan IGD 24 jam. Untuk fasilitas rawat jalan terdiri dari Poliklinik, Medical Check Up, dan Resume Medis. Fasilitas pemeriksaan penunjang terdiri dari laboratorium patologi klinik, patologi anatomi, radiologi, hemodialisa, CT-Scan, OKA Central, Laundry, Farmasi, Gizi. Untuk unit rawat inap terdapat beberapa ruangan yaitu Flamboyan, Seruni, Dahlia, Angsoka, Tulip, Melati, Anggrek, Cempaka, Aster, Edelweis, Mawar, Bougenvil, Teratai, ICU, ICCU, HCU, Stroke Centre, dan Sakura.

Penelitian ini dilakukan diruang Angsoka yaitu ruang rawat inap kelas tiga bagi laki-laki maupun perempuan dewasa yang diterima langsung dari IGD maupun

Poliklinik. Kasus yang dirawat di ruang Angsoka meliputi sistem persarafan antara lain stroke hemoragik/non-hemoragik, cedera kepala ringan/ sedang/ berat, IVH, dll. Ruang Angsoka berada di lantai 2 dan berbatasan langsung dengan beberapa ruang rawat inap lainnya seperti, sebelah selatan terdapat ruang Dahlia, dan dibawah ruang Angsoka terdapat ruang Flamboyan. Bangunan pada ruang Angsoka terdiri dari 1 ruang kepla ruangan, 1 ruangan perawat, 2 kamar mandi perawat, 1 ruang mahasiswa, 1 dapur, 1 mushola, 2 ruang tindakan, 1 gudang, 10 kamar tidur dengan kapasitas 50 tempat tidur dengan 2 kamar mandi setiap kamar tidur.

4.1.2 Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Biodata Klien dengan Hipertensi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
Nama	Tn. W	Tn. A
Jenis Kelamin	Laki-laki	Laki-laki
Umur	63 tahun	46 tahun
Suku/Bangsa	Jawa	Dayak kenyah
Agama	Islam	Kristen
Pendidikan	SD	SMP
Status Perkawinan	Duda	Menikah
Pekerjaan	Petani	Petani
Alamat	Jl. Gn. Mulia, Penajam	Malinsu

Diagnosa Medis	IVH+Hipertensi	HCC+Hipertensi
Nomor Register	01.78.91.XX	01.05.85.XX
Tanggal MRS	28 April 2019	6 Mei 2019
Tanggal Pengakajian/Jam	6 Mei 2019 / 09.30 WITA	7 Mei 2019 / 11.00 WITA

Dari table 4.1 data anamnesis didapatkan bahwa kedua klien dalam biodata ditemukan ada persamaan jenis kelamin, pekerjaan, dan diagnose medis sekunder yaitu Hipertensi dan ada pula perbedaan biodata yaitu pendidikan terakhir, status perkawinan, alamat dan tanggal masuk klien.

Tabel 4.2 Hasil Riwayat Biodata Klien dengan Hipertensi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Data Subjektif	Klien 1	Klien 2
Keluhan Utama	Klien mengatakan nyeri kepala	Klien mengatakan nyeri kepala
Riwayat Penyakit Sekarang	Klien masuk rumah sakit pada tanggal 28 April 2019 dengan keluhan nyeri kepala, mual dan muntah. ≈1 minggu SMRS klien terjatuh dari tangga karena merasakan sakit kepala berat, klien mengatakan mual tetapi tidak muntah, badan klien terlihat lemas. Saat dibawa ke RS Penajam Tekanan darah	Klien masuk rumah sakit pada tanggal 6 Mei 2019 dengan keluhan Nyeri kepala dan nyeri perut sebelah kanan. ≈1 bulan SMRS klien mengalami BAB hitam dengan konsistensi padat & klien mengatakan tidak ada nafsu makan. Saat dibawa ke RS Malinau tekanan darah klien

	klien 190/100 mmHg.	200/100 mmHg.
Riwayat Kesehatan Dahulu	Pasien pernah dirawat di rumah sakit 1 tahun yang lalu dengan riwayat amputasi jari kaki karena terjatuh dari sepeda motor. Pasien mempunyai riwayat tekanan darah tinggi.	Pasien mempunyai riwayat tekanan darah tinggi
Riwayat Kesehatan Keluarga	Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit dari keluarga	Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit pada keluarga

Berdasarkan tabel 4.2 ditemukan data dari dua pengkajian riwayat kesehatan pada klien 1 dan klien 2 dalam keluhan utama ditemukan ada persamaan seperti nyeri kepala. Pada riwayat penyakit sekarang memiliki persamaan yaitu nyeri kepala dan tidak nyaman di tengkuk serta memiliki tekanan darah yang tinggi. Pada riwayat kesehatan dahulu klien 1 pernah dirawat di rumah sakit karena amputasi dan memiliki persamaan riwayat hipertensi. Pada riwayat kesehatan keluarga dari klien 1 dan klien 2 tidak ada riwayat penyakit keluarga.

Tabel 4.3 Hasil Pengkajian Klien dengan Hipertensi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Observasi	Klien 1	Klien 2
Keadaan Umum	Posisi klien supine klien terpasang alat medis IVFD	Posisi klien supine klien terpasang alat medis IVFD
Kesadaran	Kesadaran compos mentis & GCS E4M6V5	Kesadaran compos mentis & GCS E4M6V5
Pemeriksaan tanda-tanda vital	TD : 170/90 mmHg RR : 20 x/m	TD : 160/100 mmHg RR : 19 x/m

	<p>N : 65 x/m</p> <p>S : 36 C</p> <p>MAP : 143,3 mmHg</p>	<p>N : 84 x/m</p> <p>S : 36 C</p> <p>MAP : 150 mmHg</p>
<p>Kenyamanan/ Nyeri</p>	<p>Provokatif dan paliatif: Adanya tekanan darah tinggi</p> <p>Quality dan Quantitas: seperti tertusuk dan ditekan</p> <p>Regio : kepala bagian belakang, leher dan tengkuk Severity : 3</p> <p>Time : Hilang timbul</p>	<p>Provokatif dan paliatif: Adanya tekanan darah tinggi</p> <p>Quality dan Quantitas: Seperti tertusuk dan ditekan</p> <p>Regio : kepala bagian belakang, leher dan tengkuk Severity : 4</p> <p>Time : Hilang timbul</p>
<p>Status Fungsional/aktivitas dan mobilitas Bartehel indeks</p>	<p>1. Mengendalikan rangsangan defekasi (BAB) : skor 2 Mandiri</p> <p>2. Mengendalikan rangsang berkemih (BAK) : skor 2 Mandiri</p> <p>3. Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi) : skor 0 Butuh pertolongan orang lain</p> <p>4. Penggunaan jamban masuk dan keluar (melepaskan, memakai, celana, membersihkan, menyiram) : Skor 1 Perlu bantuan</p> <p>5. Makan : Skor 2 Mandiri</p> <p>6. Berubah sikap dari berbaring ke duduk : skor 2 Bantuan 2 orang</p>	<p>1. Mengendalikan rangsangan defekasi (BAB) : skor 2 Mandiri</p> <p>2. Mengendalikan rangsang berkemih (BAK) : skor 2 Mandiri</p> <p>3. Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi) : skor 2</p> <p>4. Penggunaan jamban masuk dan keluar (melepaskan, memakai, celana, membersihkan, menyiram) : Skor 1 Perlu bantuan</p> <p>5. Makan : Skor 2 Mandiri</p> <p>6. Berubah sikap dari berbaring ke duduk : skor 2 Bantuan 2 orang</p> <p>7. berpindah/berjalan: skor</p>

	7. Berpindah/berjalan: skor 2 mandiri	2 mandiri
	8. Memakai Baju : skor 1 sebagian dibantu	8. Memakai Baju : skor 1 sebagian dibantu
	9. Naik turun tangga : skor 2	9. Naik turun tangga : skor 2
	10. Mandi : Skor 0 tergantung orang lain	10. Mandi : Skor 0 tergantung orang lain
	TOTAL : 14	TOTAL : 14
	Ketergantungan Ringan	Ketergantungan Ringan

Berdasarkan tabel 4.3 ditemukan data dari pengkajian observasi kedua klien sama terpasang IVFD, kesadaran compos mentis, GCS E4 V5 M6, kedua klien memiliki nyeri tetapi skala nyeri yang berbeda Tn. W dengan skala nyeri 3 sedangkan Tn. A skala nyeri 4, aktivitas kedua klien ketergantungan ringan. kedua klien memiliki tekanan darah tinggi dan diklasifikasikan sebagai hipertensi derajat 2 menurut WHO (2013).

Tabel 4.4 Hasil Anamnesis: Pemeriksaan Fisik Klien dengan Hipertensi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Pemeriksaan fisik	Klien 1	Klien 2
A. Pemeriksaan kepala dan leher 1) Kepala dan rambut	Finger print ditengah frontal terhidrasi. Kulit kepala bersih, tidak ada ketombe dan tidak ada lesi. Penyebaran rambut merata berwarna hitam dan putih (uban), rambut mudah patah, tidak bercabang, dan tidak ada kelainan	Finger print ditengah frontal terhidrasi. Kulit kepala bersih, tidak ada ketombe dan tidak ada lesi. Penyebaran rambut merata berwarna hitam dan putih (uban), rambut mudah patah, tidak bercabang, dan tidak ada kelainan
2) Mata	Mata lengkap, simetris kanan dan kiri., kornea mata jernih kanan dan kiri.	Mata lengkap, simetris kanan dan kiri., kornea mata jernih kanan dan kiri.

	Konjuntiva anemis dan sklera tidak ikterik Kelopak mata/palepebra tidak ada pembengkakan. Adanya reflek cahaya pada pupil dan bentuk isokor kanan dan kiri, iris kanan kiri berwarna hitam, tidak ada kelainan	Konjuntiva anemis dan sklera tidak ikterik Kelopak mata/palepebra tidak ada pembengkakan. Adanya reflek cahaya pada pupil dan bentuk isokor kanan dan kiri, iris kanan kiri berwarna hitam, tidak ada kelainan
3) Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasal ditengah, lubang hidung bersih, tidak ada secret, tulang hidung dan septum nasi tidak ada pembengkakan dan tidak ada polip	Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasal ditengah lubang hidung bersih, tidak ada secret, tulang hidung dan septum nasi tidak ada pembengkakan dan tidak ada polip
4) Mulut & Lidah	Keadaan mukosa bibir kering dan pucat. Tonsil ukuran normal uvula letak simetris ditengah .	Keadaan mukosa bibir kering dan pucat. Tonsil ukuran normal uvula letak simetris ditengah .
5) Telinga	Bentuk telinga sedang, simetris kanan dan kiri. Lubang telinga bersih, tidak ada serumen berlebih, pendengaran berfungsi dengan baik	Bentuk telinga sedang, simetris kanan dan kiri. Lubang telinga bersih, tidak ada serumen berlebih, pendengaran berfungsi dengan baik
6) Leher	Kelenjar getah bening teraba, tiroid teraba, posisi trakea letak ditengah tidak ada kelainan	Kelenjar getah bening teraba, tiroid teraba, posisi trakea letak ditengah tidak ada kelainan
B. Pemeriksaan thorak sistem pernafasan a. Inspeksi thorak b. Palpasi c. Perkusi d. Auskultasi	Tidak ada sesak nafas, batuk dan secret. Bentuk dada simetris, irama nafas teratur, pola nafas normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, otot bantu pernafasan, vocal permitus dan ekspansi paru anterior dan posterior dada normal, perkusi sonor, auskultasi suara nafas	Tidak ada sesak nafas, batuk dan secret. Bentuk dada simetris, irama nafas teratur, pola nafas normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, otot bantu pernafasan, vocal permitus dan ekspansi paru anterior dan posterior dada normal, perkusi sonor, auskultasi suara nafas

	vesikuler.	vesikuler.
C. Pemeriksaan jantung a. Inspeksi dan palpasi b. Perkusi batas jantung c. Auskultasi	Pada pemeriksaan inspeksi CRT < 2 detik tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi iktus kordis teraba hangat. Perkusi batas jantung : Basic jantung berada di ICS II dari lateral ke media linea , para sterna sinistra, tidak melebar. Pinggang jantung berada di ICS III dari linea para sterna kiri, tidak melebar. Apeks jantung berada di ICS V dari linea midclavikula sinistra, tidak melebar. Pemeriksaan auskultasi : bunyi jantung I saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung II : saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung tambahan : tidak ada bunyi jantung tambahan, dan tidak ada kelainan.	Pada pemeriksaan inspeksi CRT < 2 detik tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi iktus kordis teraba hangat. Perkusi batas jantung : Basic jantung berada di ICS II dari lateral ke media linea , para sterna sinistra, tidak melebar. Pinggang jantung berada di ICS III dari linea para sterna kiri, tidak melebar. Apeks jantung berada di ICS V dari linea midclavikula sinistra, tidak melebar. Pemeriksaan auskultasi : bunyi jantung I saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung II : saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung tambahan : tidak ada bunyi jantung tambahan, dan tidak ada kelainan.
D. Pemeriksaan abdomen a. Inspeksi b. Auskultasi c. Palpasi d. Perkusi	BB : 60 kg, TB: 160 cm, IMT : 23,4 kg M ² Kategori BB Normal. BAB 1x/hari konsistensi keras, diet lunak, jenis diet : Diet TKTP rendah garam, nafsu makan menurun , porsi makan habis ¼ porsi . Inspeksi : Bentuk abdomen bulat dan datar, benjolan/masa tidak ada pada perut, tidak tampak bayangan pembuluh darah pada abdomen, tidak ada luka operasi . Auskultasi : peristaltic 25x/menit Palpasi : Tegang Tidak ada nyeri tekan, mass, Hepar Lien tidak ada kelainan Ginjal tidak ada nyeri tekan,	BB : 72 kg, TB: 170 cm, IMT : 24,9 kg M ² Kategori BB Normal . BAB 1x/hari konsistensi keras, diet lunak, jenis diet : Diet TKTP rendah garam, nafsu makan menurun , porsi makan tidak habis. Inspeksi : Bentuk abdomen bulat dan datar, benjolan/masa tidak ada pada perut, tidak tampak bayangan pembuluh darah pada abdomen, tidak ada luka operasi . Auskultasi : peristaltic 20x/menit Palpasi : Tegang Tidak ada nyeri tekan, mass, Hepar Lien tidak ada kelainan Ginjal tidak ada nyeri tekan,

	tidak ada asietas.	tidak ada asietas.
E. Pemeriksaan Neurologis a. Inspeksi b. Auskultasi c. Palpasi d. Perkusi	Memory Panjang, perhatian dapat mengulang, bahasa baik, kongnisi baik, orientasi orang, saraf sensori nyeri tusuk. Tingkat kesadaran compos mentis. Tanda rangsangan otak (meningeal sign) : 1. N I (olfaktorius) : penciuman baik, bisa membedakan bau-bauan. 2. N II (optikus) : jarak pandang baik 3. NIII (okulomotorius) : adanya reflek rangsangan pada pupil 4. N IV (troklearis) : bisa menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah 5. N V (trigeminus) : tidak ada kesulitan mengunyah 6. N VI (abduzen) : bisa menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri 7. N VII (facialis) : pengecapan terhadap rasa-rasa baik 8. NVIII(vestibulotroklearis) : : pendengaran baik 9. NIX (glossofarineus): tidak ada nyeri telan 10. N X (vagus) : bisa mengucap "ah" dan menelan saliva 11. N XI (assesorius) : bisa mengangkat bahu dan menoleh dengan adanya tahanan 12. NXII (hipoglosus): bisa menjulurkan,	Memory Panjang, perhatian dapat mengulang, bahasa baik, kongnisi baik, orientasi orang, saraf sensori nyeri tusuk. Tingkat kesadaran compos mentis. Tanda rangsangan otak (meningeal sign) : 1. N I (olfaktorius) : penciuman baik, bisa membedakan bau-bauan. 2. N II (optikus) : jarak pandang baik 3. NIII (okulomotorius) : adanya reflek rangsangan pada pupil 4. N IV (troklearis) : bisa menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah 5. N V (trigeminus) : tidak ada kesulitan mengunyah 6. N VI (abduzen) : bisa menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri 7. N VII (facialis) : pengecapan terhadap rasa-rasa baik 8. NVIII(vestibulotroklearis) : : pendengaran baik 9. NIX (glossofarineus): tidak ada nyeri telan 10. N X (vagus) : bisa mengucap "ah" dan menelan saliva 11. N XI (assesorius) : bisa mengangkat bahu dan menoleh dengan adanya tahanan 12. NXII (hipoglosus): bisa menjulurkan,

	<p>menggerakkan lidah ke kanan dan ke kiri</p> <p>Fungsi motorik klien normal, bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah, nilai motorik 6 (mengikuti perintah), Fungsi sensorik normal, tidak ada masalah pada fungsi sensorik, reflek fisiologis : patella (-), reflek patofisiologis : babinski (-)</p>	<p>menggerakkan lidah ke kanan dan ke kiri</p> <p>Fungsi motorik klien normal, bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah, nilai motorik 6 (mengikuti perintah), Fungsi sensorik normal, tidak ada masalah pada fungsi sensorik, reflek fisiologis : patella (-), reflek patofisiologis : babinski (-)</p>
F. Pemeriksaan Sistem perkemihan	<p>Kebersihan genitalia bersih, tidak ada keluhan kencing, kemampuan berkemih spontan, produksi urin 1300 ml/hari warna kuning pekat, tidak ada nyeri tekan.</p>	<p>Kebersihan genitalia bersih, tidak ada keluhan kencing, kemampuan berkemih spontan, produksi urin 1500ml/hari warna kuning pekat, tidak ada nyeri tekan.</p>
G. Pemeriksaan muskuloskeletal (ekstremitas) dan Integumen	<p>Pergerakan sendi bebas, ada kelainan ekstermitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak fraktur, tidak menggunakan traksi, tidak kompartement syndrome, kulit kemerahan, turgor kulit kurang.</p> <p>Kekuatan otot :</p> $\frac{55}{55}$	<p>Pergerakan sendi bebas, ada kelainan ekstermitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak fraktur, tidak menggunakan traksi, tidak kompartement syndrome, kulit kemerahan, turgor kulit kurang.</p> <p>Kekuatan otot :</p> $\frac{55}{55}$
H. Sistem Endokrin	<p>Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening</p>	<p>Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening</p>

Berdasarkan tabel 4.4 ditemukan data dari pemeriksaan fisik pada klien 1 dan klien 2 ditemukan masalah pada pemeriksaan mata terdapat konjungtiva anemis, pada pemeriksaan abdomen dilakukan pemeriksaan IMT keduanya memiliki kategori BB normal, klien 1 menghabiskan 1/4 porsi makan sedangkan klien 2

tidak habis pada pemeriksaan perkemihan klien 1 1300ml/hari klien 2
1500ml/hari.

Tabel 4.5 Hasil Anamnesis Pemeriksaan Penunjang dengan
Hipertensi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Tindakan	Klien 1	Klien 2	
Pengkajian spiritual Sebelum Sakit	Sering	Kadang-kadang	
Pengkajian spiritual selama sakit	Sering	Kadang-kadang	
Pemeriksaan penunjang	Jenis pemeriksaan Laboratorium tanggal 28/4/2019	Jenis pemeriksaan Laboratorium tanggal 6/5/2019	Nilai Normal
	1. Leukosit 11,52 103/ul	1. Leukosit 21,19 103/ul	Leukosit (4.8-10.8)
	2. Eritrosit 4,53 10 ⁶ /ul	2. Eritrosit 3,18 10 ⁶ /ul	Eritrosit (4.7-6.10)
	3. Hb 13.0 g/dl	3. Hb 12.5 g/dl	Hb (14.0-18.0)
	4. Hematokrit 38,6 %	4. Hematokrit 24,9 %	Hematokrit (37.0-54.0)

Tabel 4.6 Penatalaksanaan terapi klien dengan Hipertensi
di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Penatalaksanaan Terapi	
Pasien 1	Pasien 2
1. Amlodipine (Oral) 1 x 10 mg	1. Ranitidin (IV) 2 x 50 mg
2. Candesartan (Oral) 1 x 8 mg	2. Santagesik (IV) 3 x 1 g
3. RL (IVFD) 20 tpm	3. RL (IVFD) 20 tpm
	4. Amlodipine (Oral) 1 x 10 mg

Pada klien 1 dan klien 2 terdapat perbedaan terapi medikasi, klien 1 tidak mendapatkan obat anti nyeri dan tidak mendapatkan obat lambung.

4.1.3 Data Fokus

Tabel 4.7 Data Fokus klien dengan Hipertensi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

	Klien 1	Klien 2
Data Subjektif	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada kepala dan tidak nyaman pada tengkuk - Klien mengatakan Sebelumnya tidak pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi - Klien mengatakan kurang begitu paham tentang tekanan darah yang sering tinggi yang dideritanya 	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada kepala dan tidak nyaman pada tengkuk - Klien mengatakan Sebelumnya tidak pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi - Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah memeriksakan kesehatannya termasuk tekanan darahnya
Data Objektif	<ul style="list-style-type: none"> - TD : 170/90 mmHg - RR : 20 x/m - N : 65 x/m - S : 36 C - Klien memiliki riwayat tekanan darah tinggi - P : Adanya tekanan darah tinggi - Q : Seperti ditusuk dan ditekan - R : kepala bagian belakang, leher, dan tengkuk - S : 3 - T : Hilang timbul - Klien tampak lemas dan hanya berbaring di tempat tidur - klien terlihat tegang - Klien hanya diam saat ditanya tentang tekanan darah tinggi yang dideritanya 	<ul style="list-style-type: none"> - TD : 160/100 mmHg - RR : 20 x/m - N : 84 x/m - S : 36 C - Klien memiliki riwayat tekanan darah tinggi - Klien tampak meringis - Klien hanya berbaring di tempat tidur - P : Adanya tekanan darah tinggi - Q : Seperti ditusuk dan ditekan - R : kepala bagian belakang, leher dan tengkuk - S : 4 - T : Hilang timbul - klien terlihat tegang - Klien hanya diam saat ditanya tentang tekanan darah tinggi yang dideritanya

4.1.4 Analisa Data

Tabel 4.8 Analisa Data klien 1 (Tn.W) dengan Hipertensi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	Kondisi terkait -TD 170/90 mmHg	Faktor Risiko (Hipertensi)	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri pada kepala dan tidak nyaman pada tengkuk <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> P : Adanya tekanan darah tinggi Q : Seperti ditusuk dan ditekan R : kepala bagian belakang, leher, dan tengkuk S : 3 T : Hilang timbul TD: 170/90 mmHg N : 65x/menit RR:20x/menit T :36 C <p>Klien tampak lemas dan hanya berbaring di tempat tidur</p>	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut (D.0077)
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan Sebelumnya tidak pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi Klien mengatakan kurang begitu paham tentang tekanan darah yang sering tinggi yang dideritanya 	kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan mengenai penyakit yang diderita (D.0111)

	DO: <ul style="list-style-type: none"> • klien terlihat tegang • Klien hanya diam saat ditanya tentang tekanan darah tinggi yang dideritanya 		
--	--	--	--

Tabel 4.9 Analisa Data klien 2 (Tn. A) dengan Hipertensi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	Kondisi terkait -TD 160/100 mmHg	Faktor Risiko (Hipertensi)	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)
2	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri pada kepala dan tidak nyaman pada tengkuk DO: <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak meringis • Klien hanya berbaring di tempat tidur • P : Adanya tekanan darah tinggi • Q : Seperti ditusuk dan ditekan • R : kepala bagian belakang, leher dan tengkuk • S : 4 • T : Hilang timbul • TD: 160/100 mmHg • N : 84x/ menit • RR : 20 x/ menit • T : 36 C° 	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut (D.0077)
3	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan Sebelumnya tidak pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi • Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah 	kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan mengenai penyakit yang diderita (D.0111)

	<p>memeriksa kesehatan termasuk tekanan darahnya</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien terlihat tegang • Klien hanya diam saat ditanya tentang tekanan darah tinggi yang dideritanya 		
--	--	--	--

4.1.5 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.10 Daftar Diagnosa Keperawatan Klien dengan Hipertensi
di RSUD Abdul Wahab Sjastranie

No	Klien 1		Klien 2	
	Tanggal ditemukan	Diagnosa Kep	Tanggal ditemukan	Diagnosa Kep
1	6/5/2019	<p>Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif d.d Faktor Risiko(D.0017)</p> <p>Kondisi terkait -TD 170/90 mmHg (Hipertensi)</p>	7/5/2019	<p>Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif d.d Faktor Risiko(D.0017)</p> <p>Kondisi terkait -TD 160/100 mmHg (Hipertensi)</p>
2	6/5/2019	<p>Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (D.0077)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri pada kepala dan tidak nyaman pada tengkuk <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> • P : Adanya tekanan darah tinggi • Q : Seperti ditusuk dan ditekan • R : kepala bagian belakang, leher, dan tengkuk • S : 3 • T : Hilang timbul 	7/5/2019	<p>Nyeri b/d agen pencedera fisiologis (D.0077)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri pada kepala dan tidak nyaman pada tengkuk <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak meringis • Klien hanya berbaring di tempat tidur • P :Adanya tekanan darah tinggi • Q :Seperti ditusuk dan ditekan • R : kepala bagian belakang, leher dan

		<ul style="list-style-type: none"> • TD: 170/90 mmHg • N : 65x/menit • RR:20x/menit • T :36 C • Klien tampak lemas dan hanya berbaring di tempat tidur 		<p>tengkuk</p> <ul style="list-style-type: none"> • S : 4 • T :Hilang timbul • TD: 160/100 mmHg • N : 84x/ menit • RR : 20 x/ menit • T : 36 C°
3	6/5/2019	<p>Defisit pengetahuan mengenai penyakit yang diderita b/d kurang terpapar informasi (D.0111)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan Sebelumnya tidak pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi • Klien mengatakan kurang begitu paham tentang tekanan darah yang sering tinggi yang dideritanya <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien terlihat tegang • Klien hanya diam saat ditanya tentang tekanan darah tinggi yang dideritanya 	7/5/2019	<p>Defisit pengetahuan mengenai penyakit yang diderita b/d kurang terpapar informasi (D.0111)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan Sebelumnya tidak pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi • Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah memeriksakan kesehatannya termasuk tekanan darahnya <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien terlihat tegang • Klien hanya diam saat ditanya tentang tekanan darah tinggi yang dideritanya

Berdasarkan tabel 4.10 ditemukan data dari pengkajian pada klien 1 dan klien 2 ditemukan masalah keperawatan pada klien 1 dan klien 2 terdiri dari 3 diagnosa keperawatan diantaranya terdapat diagnosa keperawatan yang sama yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut, dan defisit pengetahuan.

4.1.6 Perencanaan Asuhan Keperawatan

Tabel 4.11 Perencanaan Asuhan Keperawatan Klien dengan Hipertensi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie


DX KEP	TANGGAL DITEMUKAN	DIAGNOSA KEP	TUJUAN DAN HASIL	INTERVENSI KEP (SIKI)
I	6/5/2019	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif d.d Faktor Risiko (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan risiko perfusi serebral tidak terjadi dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah dalam rentang normal (110/80-140/80) 2. Tidak ada ortostatik hipertensi 3. Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial 4. Klien melaporkan atau menunjukkan tidak ada tanda dispnea, angina dan disritmia 	Pemantauan Tanda-tanda vital dan Tekanan Intrakranial <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, dan suhu tubuh 1.2 Monitor peningkatan TD 1.3 Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) 1.4 Monitor penurunan frekuensi jantung 1.5 Monitor adanya keluhan sakit kepala 1.6 Periksa riwayat penyakit pasien secara rinci untuk melihat faktor risiko 1.7 Monitor sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, dan adanya rasa sakit pada ekstremitas) 1.8 Monitor adanya tanda/gejala peningkatan TIK 1.9 Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial
2	6/5/2019	Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri berkurang 	Manajemen Nyeri <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Kaji secara komprehensif terhadap nyeri termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.2 Mengajarkan cara melakukan teknik relaksasi nafas dalam 2.3 Kaji tipe dan sumber nyeri


			2. Klien mengenal lamanya nyeri 3. Klien dapat menggunakan teknik non farmakologi 4. Klien tidak gelisah	2.4 Kolaborasi pemberian Analgetik 2.5 Tingkatkan istirahat 2.6 Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri
3	6/5/2019	Defisit pengetahuan mengenai penyakit yang diderita b/d kurang terpapar informasi (D.0111)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan Defisit pengetahuan klien teratasi dengan kriteria hasil : 1. Klien mengungkapkan pemahaman tentang penyakitnya	Edukasi Kesehatan 3.1 Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien mengenai proses penyakit 3.2 Jelaskan Patofisiologi penyakit dengan cara yang tepat 3.3 Gambarkan tanda gejala yang muncul pada penyakit dengan cara yang tepat 3.4 Melakukan pendidikan kesehatan

Berdasarkan tabel 4.11 setelah dilakukan penegakan diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2, dibuat perencanaan tindakan keperawatan sesuai dengan masing-masing diagnosa yang ditemukan pada klien tersebut.


4.1.7 Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

Tabel 4.12 Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Klien 1 dengan Hipertensi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

No	Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
1	6/5/2019 10.00	2.1 Mengkaji nyeri	P : Adanya tekanan darah tinggi Q : Seperti ditusuk dan ditekan R : kepala bagian belakang, leher, dan tengkuk S : 3 T : Hilang timbul	
2		2.2 mengajarkan teknik		


3	10.10 10.15	relaksasi nafas dalam 3.1 menanyakan kepada pasien sejauh mana pemahaman pasien tentang penyakitnya	Klien mengikuti apa yang diajarkan perawat Pasien hanya diam saja ketika ditanya tentang penyakit hipertensi yang dideritanya	
4	10.20	1.1 Mengukur tekanan darah dan suhu pasien, menghitung nadi dan pernafasan	TD : 170/90 mmHg N : 65x/menit RR : 20x/menit T : 36,5 C ^o	
5	10.25	1.3 Menanyakan kepada pasien apakah ada keluhan sakit kepala yang dirasakan	Pasien mengatakan saat ini merasa sakit kepala, terasa berat di tengkuk dan tidak nyaman	
6	10.30	1.4 Menanyakan kepada pasien apakah ada riwayat tekanan darah tinggi sebelumnya	Pasien mengatakan darah tinggi baru saja diketahuinya ketika masuk rumah sakit ±2 tahun yang lalu karena kecelakaan, dan sebelumnya pasien mengatakan tidak pernah memeriksakan kesehatannya ke fasilitas kesehatan	
1	7/5/2019 08.00	2.4 Membantu pasien minum obat per oral	Klien mendapatkan terapi obat oral candesartan 1 tablet pagi hari	


2	08.30	2.1 mengkaji nyeri	<p>Klien mengatakan rasa berat di tengkuk dan kepala sudah berkurang dan semalam sudah dapat tidur dengan nyenyak</p> <p>P : Adanya tekanan darah tinggi Q : Seperti ditusuk dan ditekan R : kepala bagian belakang, leher, dan tengkuk S : 2 T : Hilang timbul</p>
3			
4		2.2 menganjurkan klien melakukan teknik relaksasi nafas dalam	Pasién dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam
5	08.35	3.3 menjelaskan proses penyakit hipertensi	Klien dan keluarga tampak memerhatikan penjelasan dari perawat
6	08.40	1.1 Mengukur tekanan darah	<p>TD : 150/90 mmHg N : 60x/ menit RR : 19x/menit T : 36,4 °C</p>
7	09.00	2.5 Menganjurkan pada pasien agar meningkatkan waktu istirahatnya	Klien mengatakan akan meningkatkan jam istirahatnya
8	09.10	1.5 Monitor sirkulasi perifer	Nadi perifer teraba kuat dan lambat,

			frekuensi 60x/menit, tidak ada edema pada ekstremitas pasien, suhu tubuh pasien dalam rentang normal (36,4 °C), CRT <2 detik	
1	8/11/18 07.30	2.1 Mengkaji nyeri	Klien mengatakan rasa berat di tengkuk dan kepala sudah hilang dan semalam sudah dapat tidur dengan nyenyak	
2	08.40	3.4 Melakukan pendidikan kesehatan	Pasien dapat menjawab beberapa pertanyaan yang diajukan perawat sesuai informasi yang telah disampaikan	
3	09.00	1.1 Mengukur tekanan darah dan suhu pasien, menghitung nadi & nafas	TD : 150/80 mmHg N : 68x/ menit RR : 17 x/menit T : 36 C ^o	

Tabel 4.13 Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Klien 2 dengan Hipertensi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

No	Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
1	7/3/2019 11.00	2.1 Mengkaji nyeri	P : Adanya tekanan darah tinggi Q : Seperti ditusuk dan ditusuk R : kepala bagian belakang, leher, dan tengkuk S : 4 T : Hilang timbul	
2	11.10	2.2 mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	Klien mengikuti apa yang diajarkan perawat	
3	11.15	3.1 menanyakan kepada pasien sejauh mana	Pasien hanya diam saja ketika ditanya tentang penyakit hipertensi yang dideritanya	

		pemahaman pasien tentang penyakitnya		
4	11.20	1.1 Mengukur tekanan darah dan suhu pasien, menghitung nadi dan pernafasan	TD : 160/100 mmHg N : 84x/menit RR : 20x/menit T : 36C ^o	
5	11.25	1.3 Menanyakan kepada pasien apakah ada keluhan sakit kepala yang dirasakan	Pasien mengatakan saat ini merasa sakit kepala, terasa berat di tengkuk dan tidak nyaman	
6	11.30	1.4 Menanyakan kepada pasien apakah ada riwayat penyakit sebelumnya	Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah memeriksakan kesehatannya termasuk tekanan darahnya dan memiliki riwayat penyakit magh	
1	8/5/2019 09.30	2.1 mengkaji nyeri	Klien mengatakan rasa berat di tengkuk dan kepala sudah berkurang P : Adanya tekanan darah tinggi Q : Seperti tertimpa beban berat R : kepala bagian belakang, leher, dan tengkuk S : 2 T : Hilang timbul	
2		2.2 menganjurkan klien	Pasien dapat melakukan teknik relaksasi	


3	09.35	<p>melakukan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>3.3 menjelaskan proses penyakit hipertensi</p>	<p>napas dalam</p> <p>Klien dan keluarga tampak memerhatikan penjelasan dari perawat</p>	
4	09.40	1.1 Mengukur tekanan darah	<p>TD : 140/90 mmHg</p> <p>N : 78x/ menit</p> <p>RR : 19x/menit</p> <p>T : 36,2 °C</p>	
5	10.00	2.5 Mengajukan pada pasien agar meningkatkan waktu istirahatnya	Klien mengatakan akan meningkatkan jam istirahatnya	
6	10.10	1.6 Monitor sirkulasi perifer	Nadi perifer teraba kuat, frekuensi 78x/menit, tidak ada edema pada ekstremitas pasien, suhu tubuh pasien dalam rentang normal (36,2 °C), CRT <2 detik	
1	9/11/18 07.30	2.1 Mengkaji nyeri	Klien mengatakan rasa berat di tengkuk dan kepala sudah hilang dan semalam sudah dapat tidur dengan nyenyak	
2	08.40	3.4 Melakukan pendidikan kesehatan	Pasien dapat menjawab beberapa pertanyaan yang diajukan perawat sesuai informasi yang telah disampaikan	
3				

	09.00	1.1 Mengukur tekanan darah dan suhu pasien, menghitung nadi & nafas	TD : 150/90 mmHg N : 88x/ menit RR : 19 x/menit T : 36 C ^o	
--	-------	---	--	--



Berdasarkan tabel 4.12 dan 4.13 diatas bahwa intervensi yang dilakukan berdasarkan dari rencana atau intervensi yang telah dibuat, tujuan melakukan tindakan keperawatan sesuai intervensi keperawatan agar kriteria hasil dapat tercapai. Implementasi pada klien 1 dilakukan selama 3 hari dirumah sakit pada tanggal 6-8 Mei 2019, dan pasien ke 2 dilakukan selama 3 hari dirumah sakit dari tanggal 7-9 Mei 2019.

4.1.8 Evaluasi


Tabel 4.14 Evaluasi Asuhan Keperawatan Klien 1 dengan Hipertensi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Hari/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
Hari ke-1 11.30	Dx I Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	Faktor Risiko : Hipertensi Kondisi Terkait : -TD 170/90 mmHg A : Masalah risiko perfusi serebral tidak terjadi P : Lanjutkan Intervensi 1.5 Monitor sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, dan adanya rasa sakit pada ekstremitas) 1.6 Monitor adanya tanda/gejala peningkatan TIK	



12.00	Dx II Nyeri Akut	<p>S : - Klien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang, dan rasa tidak nyaman di leher dan tengkuk</p> <p>O : - Klien terlihat meringis</p> <p>- Klien terlihat tegang</p> <p>P : Adanya tekanan darah tinggi</p> <p>Q : Seperti ditusuk dan ditekan</p> <p>R : kepala bagian belakang, leher, dan tengkuk</p> <p>S : 3</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>TD:170/90 mmHg</p> <p>N :65 x/menit</p> <p>RR:20x/menit</p> <p>T :36,5 C</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Kaji nyeri</p> <p>2.2 Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>2.5 Tingkatkan istirahat</p>	
12.00	Dx III Defisit Pengetahuan	<p>DX III</p> <p>S : - Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi</p> <p>- Klien bertanya tentang kondisi penyakitnya</p> <p>- Klien mengatakan kurang begitu paham tentang penyakit yang dideritanya</p> <p>O:- Klien terlihat tidak tenang</p>	



		<p>- Klien hanya diam saat ditanya tentang penyakit yang dideritanya</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.3 Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat</p>	
Hari ke-2 10.00	Dx I	<p>Faktor Risiko : Hipertensi</p> <p>Kondisi Terkait :</p> <p>TD : 150/90 mmHg</p> <p>A : Masalah risiko perfusi serebral tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.7 Monitor adanya tanda/gejala peningkatan TIK</p> <p>1.8 Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial</p>	
12.30	Dx II	<p>DX II</p> <p>S : Klien mengatakan rasa berat di tengkuk dan kepala sudah hilang dan semalam sudah dapat tidur dengan nyenyak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P : Adanya tekanan darah tinggi Q : Seperti ditasuk dan tertimpa beban berat R : kepala bagian belakang, leher, dan tengkuk S : 2 T : Hilang timbul - TTV TD : 150/90 mmHg N : 60x/ menit RR : 19x/menit T : 36,4 °C <p>A : Masalah nyeri teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Kaji nyeri</p> <p>2.4 Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>2.5 Tingkatkan istirahat</p>	



12.00	Dx III	<p>DX III</p> <p>S : Klien mengatakan mulai memahami tentang proses penyakit hipertensi yang dideritanya</p> <p>O: Klien dapat menjawab beberapa pertanyaan yang diajukan perawat sesuai informasi yang telah disampaikan</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.4 Melakukan pendidikan kesehatan</p>	
Hari ke 3 10.10	Dx I	<p>DX I</p> <p>Faktor Risiko : Hipertensi</p> <p>Kondisi Terkait :</p> <p>TD : 140/80 mmHg</p> <p>A : Masalah Risiko perfusi serebral tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
12.00	Dx II	<p>DX II</p> <p>S : Klien mengatakan rasa berat di tengkuk dan kepala sudah hilang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sudah dapat duduk dan terlihat lebih segar - ITV <p>TD : 140/80 mmHg N : 68x/ menit RR : 17 x/menit T : 36 C^o</p> <p>A : Masalah nyeri sudah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	




13.30	Dx III	<p>DX III</p> <p>S : Klien mengatakan sudah mulai paham mengenai penyakit hipertensi yang dideritanya</p> <p>O : Klien dapat mengulang beberapa informasi tentang penyakit hipertensi yang telah disampaikan perawat</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p>	
-------	--------	---	---

Tabel 4.15 Evaluasi Asuhan Keperawatan Klien 2 dengan Hipertensi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Hari/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
Hari ke-1 11.30	Dx I Risiko Perfusi Serebral	<p>Faktor Risiko : Hipertensi</p> <p>Kondisi Terkait :</p> <p>TD : 160/100 mmHg</p> <p>A : Masalah risiko perfusi jaringan tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>1.9 Monitor sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, dan adanya rasa sakit pada ekstremitas)</p> <p>1.10 Monitor adanya tanda/gejala peningkatan TIK</p>	
12.00	Dx II Nyeri	<p>S : - Klien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang, dan rasa tidak nyaman di leher dan tengkuk</p> <p>O : - Klien terlihat meringis</p> <p>- Klien terlihat tegang</p> <p>P : Adanya tekanan darah tinggi</p> <p>Q : Seperti ditusuk dan ditekan</p> <p>R : kepala bagian belakang, leher, dan tengkuk</p> <p>S : 4</p> <p>T : Hilang timbul</p>	

		<p>TD:170/90 mmHg</p> <p>N :65 x/menit</p> <p>RR:20x/menit</p> <p>T :36,5 C</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Kaji nyeri</p> <p>2.2 Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>2.5 Tingkatkan istirahat</p>	
12.00	Dx III Kurang Pengetahuan	<p>DX III</p> <p>S : - Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi</p> <p>- Klien bertanya tentang kondisi penyakitnya</p> <p>- Klien mengatakan kurang begitu paham tentang penyakit yang dideritanya</p> <p>O:- Klien terlihat tidak tenang</p> <p>- Klien hanya diam saat ditanya tentang penyakit yang dideritanya</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.3 Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat</p>	
Hari ke-2 10.00	Dx I	<p>Faktor Risiko : Hipertensi</p> <p>Kondisi Terkait :</p> <p>TD : 140/90 mmHg</p> <p>A : Masalah risiko perfusi serebral tidak terjadi</p>	

		<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.11 Monitor adanya tanda/gejala peningkatan TIK 1.12 Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial</p>	
12.30	Dx II	<p>DX II</p> <p>S : Klien mengatakan rasa berat di tengkuk dan kepala sudah berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P : Adanya tekanan darah tinggi Q : Seperti ditusuk dan ditekan R : kepala bagian belakang, leher, dan tengkuk S : 2 T : Hilang timbul - TTV TD : 140/90 mmHg N : 78x/ menit RR : 19x/menit T : 36,4 °C <p>A : Masalah nyeri teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Kaji nyeri 2.4 Kolaborasi pemberian analgetik 2.5 Tingkatkan istirahat</p>	
12.00	Dx III	<p>DX III</p> <p>S : Klien mengatakan mulai memahami tentang proses penyakit hipertensi yang dideritanya</p> <p>O : Klien dapat menjawab beberapa pertanyaan yang diajukan perawat sesuai informasi yang telah disampaikan</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.4 Melakukan pendidikan kesehatan</p>	

<p>Hari ke 3 10.10</p>	<p>Dx I</p>	<p>DX I</p> <p>Faktor Risiko : Hipertensi</p> <p>Kondisi Terkait :</p> <p>TD : 150/90 mmHg</p> <p>A : Masalah Risiko perfusi serebral tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
<p>12.00</p>	<p>Dx II</p>	<p>DX II</p> <p>S : Klien mengatakan rasa berat di tengkuk dan kepala sudah hilang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sudah dapat duduk dan terlihat lebih segar - P : Adanya tekanan darah tinggi Q : Seperti ditasuk dan ditekan R : kepala bagian belakang, leher, dan tengkuk S : 0 T : Hilang timbul - TTV TD : 150/90 mmHg N : 88x/ menit RR : 17 x/menit T : 36 C⁰ <p>A : Masalah nyeri teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
<p>13.30</p>	<p>Dx III</p>	<p>DX III</p> <p>S : Klien mengatakan sudah mulai paham mengenai penyakit hipertensi yang dideritanya</p> <p>O: Klien dapat mengulang beberapa informasi tentang penyakit hipertensi yang telah disampaikan perawat</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p>	

Lampiran 2 (Klien 2)

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 : 00354XXXX

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 Keperawatan Sebelum Nya

3.2.2.1 Hipertensi.

3.2.2.2 Riwayat Kesehatan Yanga Lalu :

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

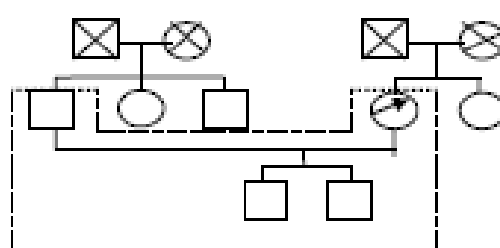
3.2.4 Status cairan dan nutrisi

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 mengkonsumsi 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 Kperawatan : 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 PQRST 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 =2-3 jam, malam = 7-8 jam, dirumah sakit = 1 jam/hari, malam : = 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 kelainan : Normal, libido normal, alat kelamin bersih, Frekuensi Berkemih = 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 fekes, 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	g/dl
Hematokrit (HCT)	L14.93	%
MCV	82.42	μm^3
MCH	30.54	pg
MCHC	H37.05	g/dl
RDW	L11.15	%
PLT	293	$10^9/\mu\text{L}$
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.	<p>Ds : pasien mengatakan pusing kepala</p> <p>Do: KU : lemah</p> <p>Ttv : 180/100</p> <p>klien mengatakan pusing, nyeri cekot-cekot pada tengkuk seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul dengan skal nyeri 6 terjadi secara mendadak.</p> <p>Ekspresi klien tampak menyeringai.</p>	<p>Peningkatan tekanan intrakranialis.</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan resistensi pembuluh darah otak.</p>
2.	<p>Ds :</p> <p>Pasien mengatakan susah tidur karena tidak terbiasa dengan lingkungan rumah sakit.</p>		<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan perubahan lingkungan</p>

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

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 Intervinsi 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.	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan nyeri pada klien berkurang atau hilang dengan.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengetahui penyebab nyerinya. - Pasien mengatakan Nyeri hilang. - Pasien mampu mendemonstrasikan ulang teknik relaksasi dan distraksi . - Pasien rileks - Skala nyeri berkurang 1-3 	<ol style="list-style-type: none"> 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 . 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teknik relaksasi dapat menurunkan rasa nyeri 2. Skala nyeri dapat menunjukkan kualitas nyeri yang dapat di rasakan klien. 3. Klien mungkin tidak secara verbal melaporkan nyeri dan ketidaknyamanan

2.	<p>- Tanda-tanda vital dalam batas normal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD:Sistole: 100 – 140 mmhg. Diastole : 60 – 90 mmhg - N : 60-100x/menit - S:36,5 – 37°5 - RR: 20-24 x/menit <p>Setelah dilakuakn tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan gangguan istirahat tidur tidak terjadi dengan,</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak rileks dan segar 2. TTV dalam batas normal 3. Pasien dapat tidue 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Kaji tanda-tanda vital (tekanan darah, respirasi, Nadi, Suhu. 5. Kolaborasi pemberian analgesik sesuai dengan advice dokter . <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan ruangan yang nyaman. 2. Ajarkan pasien 	<p>secara langsung.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pada klien dengan gangguan nyeri menyebabkan gelisah serta tekanan darah dan nadi meningkat. 5. Pemberian analgesik dapat mengurangi nyeri. <ol style="list-style-type: none"> 1. Dengan ruangan yang nyaman dan tenang pasien dapat beristirahat dengan tenang. 2. Dapat
----	---	--	---

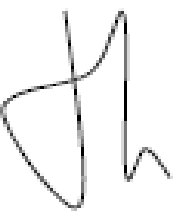
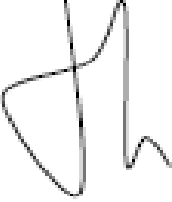
3.	<p>selama 6-8 jam setiap malam.</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien dapat meningkatkan partisipasi dalam aktivitas dengan,</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat melakuakn aktivitas secara mandiri. 2. Mampu melaksanakan aktivitas sehari – hari. 3. Keseimbangan aktivitas dan istirahat. 	<p>distraksi dan relaksasi.</p> <p>3. Anjurkan pasien mandi/ seka air hangat untuk persiapan tidur.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas normal, catat laporan kelemahan, keletihan. 2. TTV dalam batas normal. 	<p>mengurangi ketidaknyamanan.</p> <p>3. Pasien dapat merasa segar sehingga dapat beristirahat dengan nyaman.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempengaruhi pilihan intervensi. 2. Manifestasi kardiopulmonal dari upaya jantung dan paru untuk membawa jumlah oksigen ke seluruh
----	---	--	--

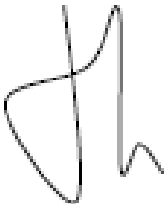
		<p>3. Berikan lingkungan yang tenang.</p> <p>4. Ubah posisi pasien dengan perlahan dan pantau adanya pusing</p>	<p>tubuh.</p> <p>3. Hipertensi postural/ hipoksin serebral menyebabkan pusing, berdenyut dan peningkatan resiko cedera.</p>
--	--	---	---

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.

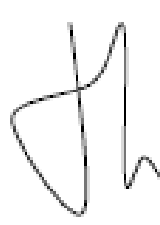
No.Dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/TTD
1.	04- januari- 2019	08.30 08.35	<ul style="list-style-type: none"> - Membina hubungan saling percaya dengan pasien. - Mengkaji nyeri secara komprehensif. P: nyeri kepala Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk. R: Di kepala(tengkuk). S: Skala 5 T: Saat beraktifitas berat. - Menganjurkan mengurangi aktivitas sebelum tidur. - Menganjurkan klien untuk tidur lebih awal. - Anjurkan keluarga untuk memberikan tempat yang nyaman bagi pasien. 	
	05- januari-	19.00	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi TTV: TD: 180/100 mmhg. 	

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

3.8 Catatan perkembangan.

Tanggal : 05 Januari 2019 Nama Klien : Ny.S Umur : 55th No.RM :

Tabel 3.5 Catatan perkembangan pada Ny.S dengan diagnosa Hipertensi

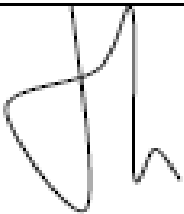
Tanggal	Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
05 januari 2019	Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan intra kranial. Gangguan pola tidur.	S: Pasien mengatakan nyeri. O: P: nyeri kepala Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk. R: Di kepala(tengkuk). S: Skala 5 T: Saat beraktifitas berat. - 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. S : Pasien mengatakan masih sering terbangun pada malam hari dan	

		<p>juga pasien tidak dengan lingkungan setempat.</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none">1. k/u baik2. konjungtiva anemis3. klien setiap satu jam sekali bangun apabila tidur malam4. klien tampak lelah, klien menguap. <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan.</p>	
--	--	---	--

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.	
	Gangguan pola tidur	S :	

		<p>Pasien mengatakan sudah tidak terbangun ketika istirahat malam hari.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none">1. k/u baik2. TD : 140/80 mmHg3. konjungtiva tidak anemis4. pasien tampak rileks5. pasien tampak lebih segar <p>A :</p> <p>Masalah teratasi.</p> <p>P :</p> <p>intervensi dihentikan pasien KRS.</p>	
--	--	---	--

Lampiran 4

➤ Dokumentasi Seminar Hasil Karya Tulis Ilmiah

