

**KARYA TULIS ILMIAH**

**“ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA TN. F.T  
YANG MENDERITA HIPERTENSI  
DI RUANGAN KOMODO RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”**



**OLEH:  
KRISMON RAGA  
NIM: PO 530320116310**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**“ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA TN. F.T  
YANG MENDERITA HIPERTENSI  
DI RUANGAN KOMODO RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”**

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk  
Menyelesaikan studi pada program diploma III Keperawatan  
dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)**



**OLEH:  
KRISMON RAGA  
NIM: PO. 530320116310**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
2019**

## **BIODATA PENULIS**

NAMA : KRISMON RAGA

Tempat /Tanggal Lahir : Menia, 19 Mei 1998

Jenis Kelamin : Laki-Laki

Alamat : Jln. Emaus Liliba Kupang

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri Leo ge Tahun 2005-2011
2. SMP Negeri 2 Sabu Barat Tahun 2011-2013
3. SMA Negeri 1 Sabu Barat Tahun 2013-2016
4. Sejak Tahun 2016 Kuliah di Program Studi D III Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

## **Motto**

**Dan Apabila Kamu Berseru  
Dan Datang Untuk Berdoa kepada-Ku  
Maka Aku Akan Mendengarkan kamu**

**Yeremia 29:12**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

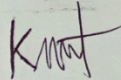
Nama : Krismon Raga  
NIM : PO. 530320116310  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya pakai sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

**Kupang, 12 Juni 2019**

**Pembuat Pernyataan**

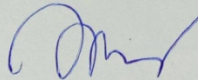


**Krismon Raga**

**PO. 530320116310**

**Mengetahui**

**Pembimbing**



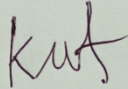
**Maria Agustina Making, S.Kep,Ns, M.Kep**

**NUPN. 0814088802**

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH**

“ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA TN. F.T YANG MENDERITA  
HIPERTENSI DI RUANGAN KOMODO RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES  
KUPANG”

**Disusun Oleh:**



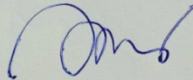
**Krismon Raga**

**PO. 530320116310**

**Telah Disetujui Untuk Diseminarkan**

**Pada tanggal, 12 Juni 2019**

**Pembimbing**



**Maria Agustina Making, S.Kep,Ns, M.Kep**

**NUPN. 0814088802**

## LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Studi Kasus Oleh: KRISMON RAGA, NIM : PO 530320116310. dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA TN. F.T YANG MENDERITA HIPERTENSI DI RUANGAN KOMODO RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG” telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal: 12 Juni 2019.

### Dewan Penguji

Penguji I

Ns. Emilia Erningwati Akoit. S.Kep,M.Kep

NIP. 198106302005012001

Penguji II

Ns. Maria Agustina Making.S.Kep,M.Kep

NUPN. 0814088802

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes

NIP. 196911201993031001

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan

Margaretha Teli., S.Kep.,NS.,MSc-PH

NIP. 197707272000032002

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan bimbingannya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Studi Kasus ini dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA TN. F.T YANG MENDERITA HIPERTENSI DI RUANGAN KOMODO RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”

Penulis menyadari bahwa selama penulisan Studi Kasus ini penulis banyak mendapatkan dukungan dari berbagai pihak sejak awal hingga akhir penyusunan, sangatlah sulit bagi penulis dalam menyelesaikannya karena banyaknya tantangan; baik dari segi kemampuan penulis, bahasa, literature maupun waktu yang tersedia. Akan tetapi berkat petunjuk dan arahan dari pembimbing serta pihak-pihak yang mendukung penulis dalam bentuk materi maupun moril maka studi kasus ini dapat diselesaikan. Oleh karena itu, pada kesempatan ini juga penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Maria Agustina Making. S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing yang selalu meluangkan waktu untuk mendiskusikan dan memberikan bimbingan dalam penyusunan karya Tulis Ilmiah ini.
2. Ibu Emilia Erningwati Akoit. S.Kep,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi menyempurnakan studi kasus ini.
3. Bapak Florentianus Tat.,SKp.,M.Kes selaku ketua jurusan keperawatan kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan studi kasus ini
4. Ibu Margaretha Telly, S.Kep.,Ns.,MSc-PH selaku ketua program studi D-III keperawatan yang meluangkan waktu dan memberikan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan studi kasus ini.
5. Ibu R.H.Kristina.,SKM, M.Kes selaku direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan studi kasus ini.
6. Almamater tercinta Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan.
7. Seluruh dosen pengajar di Jurusan Keperawatan Poltekes Kemenkes Kupang yang telah membagikan ilmunya kepada peneliti dan semua karyawan/i yang banyak membantu selama kuliah.

8. Kedua orang tua Bapak Agustinus Raga dan Mama Lissa Mangngi dan saudara-saudara yang saya cintai, kaka Jeki, adik Ayub, Mardi, Marko, Marlince dan Riko yang telah memberikan dukungan doa maupun materi dalam setiap perjuangan dan perjalanan hidup saya.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Studi Kasus ini masih jauh dari kata sempurna, oleh sebab itu kritik dan saran yang bersifat membangun untuk perbaikan lebih lanjut. Sangat diharapkan semoga tulisan ini menjadi sesuatu yang bermanfaat bagi para pembaca.

Kupang, 12 Juni 2019

Penulis

## ABSTRAK

### **Asuhan Keperawatan Komprehensif Pada Tn. F.T yang Menderita Hipertensi Di Ruang Komodo Rsud. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang**

**Krismon Raga**

Hipertensi merupakan penyakit yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg. Hipertensi yang tidak diobati dapat menimbulkan berbagai komplikasi seperti gangguan jantung, stroke, serangan jantung, penyakit ginjal kronik bahkan kebutaan jika tidak dilakukan penanganan secara dini.

Tujuan penulisan Karya tulis Ilmiah ini untuk mendapatkan gambaran Asuhan Keperawatan pasien hipertensi. Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan desain penelitian studi kasus, dengan pendekatan kualitatif untuk mendeskripsikan gambaran asuhan keperawatan pada pasien hipertensi. Subjek dalam penelitian ini adalah pasien yang menderita hipertensi dengan criteria inklusif yaitu sadar penuh, mampu berbahasa Indonesia, mampu membaca dan menulis, dapat bekerja sama dan bersedia menjadi sampel penelitian studi kasus. Cara pengumpulan data yaitu observasi, wawancara dan studi dokumentasi.

Hasil yang didapat setelah dilakukan pengkajian: Pasien mengeluh dada berdebar, pusing, nyeri kepala, kelelahan, keringat dingin, napas cepat (takipnea), dan sedikit sesak, TTV: TD: 160/100mmhg, nadi: 63x/m, RR: 25x/m, suhu 36°C, riwayat pembengkakan jantung yang tidak terkontrol dan kurang mengetahui tentang penyakit hipertensi.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan sebagai berikut: Penurunan curah jantung b.d perubahan frekuensi jantung, nyeri akut b.d agen cedera fisik dan defisiensi pengetahuan b.d kurang informasi. Intervensi atau perencanaan keperawatan yang dilakukan pada pasien sebagai berikut : observasi TTV, monitor peningkatan kelelahan dan kecemasan, mengatur posisi semi fowler, membantu memberikan obat Amlodipine 1 tablet (10 mg/oral), ajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti napas dalam, melayani obat paracetamol tablet serta berikan pendidikan kesehatan atau konseling. Implementasi keperawatan dilakukan selama 3 hari terhitung dari tanggal 27 Mei 2019- 29 Mei 2019 dengan mengacu pada intervensi yang telah dibuat. Evaluasi yang di dapat setelah dilakukan perawatan selama 3 hari terhitung dari tanggal 27 Mei 2019- 29 Mei 2019 sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan, pasien dan keluarga memberikan respon yang baik sehingga pada evaluasi tindakan masalah pada pasien teratasi dan pasien dapat pulang.

Dalam pemberian asuhan keperawatan digunakan pendekatan proses keperawatan serta adanya partisipasi keluarga karena keluarga merupakan orang terdekat pasien yang tahu akan perkembangan dan kesehatan pasien serta setiap pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi perlu didokumentasi dengan baik.

**Kata Kunci : *Asuhan Keperawatan, Hipertensi***

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul Depan	
Halaman Sampul Dalam dan Persyaratan Gelar .....	i
Biodata Penulis .....	ii
Pernyataan Keaslian Tulisan.....	iii
Lembar Persetujuan .....	iv
Lembar Pengesahan .....	v
Kata Pengantar .....	vi
Abstrak.....	viii
Daftar Isi .....	ix
Daftar Tabel .....	xi
Daftar Lampiran.....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan Studi Kasus .....	3
1.2.1 Tujuan Umum .....	3
1.2.2 Tujuan Khusus .....	3
1.3 Manfaat Penelitian .....	3
1.3.1 Manfaat Teoritis.....	3
1.3.2 Manfaat Praktis .....	3
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Teori Tentang Hipertensi.....	5
2.1.1 Definisi.....	5
2.1.2 Klasifikasi Hipertensi.....	5
2.1.3 Etiologi.....	6
2.1.4 Patofisiologi .....	7
2.1.5 Tanda dan Gejala .....	8
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang .....	8

2.1.7 Penatalaksanaan .....	9
2.1.8 Pencegahan .....	11
2.2 Konsep Teori Asuhan Keperawatan Pasien Hipertensi .....	12
2.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	12
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	14
2.2.3 Intervensi Keperawatan .....	15
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	19
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	19

### **BAB III HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

3.1 Hasil Studi Kasus.....	20
3.1.1 Pengkajian.....	20
3.1.2 Analisa Data.....	23
3.1.3 Rumusan Diagnosa Keperawatan .....	24
3.1.4 Perencanaan Keperawatan .....	24
3.1.5 Implementasi Keperawatan.....	26
3.1.6 Evaluasi Keperawatan.....	29
3.2 Pembahasan kasus.....	30
3.2.1 Pengkajian keperawatan.....	30
3.2.2 Diagnosa keperawatan .....	31
3.2.3 Perencanaan Keperawatan .....	32
3.2.4 Implementasi Keperawatan.....	33
3.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	34
3.3 Keterbatasan Studi Kasus .....	35

### **BAB IV PENUTUP**

4.1 Kesimpulan .....	36
4.2 Saran .....	37

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN**

## DAFTAR HALAMAN TABEL

No	Judul Tabel	Halaman
2.1	Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC-8.....	6
2.2	Klasifikasi Hipertensi menurut ESH-ESC.....	6
3.1	Pemeriksaan Darah.....	22

## DAFTAR LAMPIRAN

	<b>Halaman</b>
Lampiran I : Lembar Konsultasi.....	39

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Hipertensi di kategorikan ringan apabila tekanan sistoliknya antara 95-104 mmHg, hipertensi sedang jika tekanan diastoliknya antara 105 dan 114 mmHg dan hipertensi berat bila tekanan diastoliknya 115 mmHg atau lebih. Pembagian ini berdasarkan peningkatan tekanan diastoliknya karena dianggap lebih serius dari peningkatan sistolik (Padila, 2013). Penyakit hipertensi adalah peningkatan abnormal tekanan darah baik tekanan darah sistolik maupun tekanan darah diastolik, secara umum seseorang dikatakan menderita hipertensi jika tekanan darah sistolik/diastolik > 140/90 mmHg (normalnya 120/80 mmHg) (Herwati, 2014).

Hipertensi essensial (hipertensi primer) yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya sedangkan hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang disebabkan oleh penyakit lain, Hipertensi primer terdapat pada lebih dari 90 % penderita hipertensi, sedangkan 10 % sisanya disebabkan oleh hipertensi sekunder. Hipertensi primer belum diketahui dengan pasti penyebabnya, data-data penelitian telah menemukan beberapa penelitian beberapa factor yang sering menyebabkan terjadinya hipertensi yakni factor keturunan ciri perorangan, dan kebiasaan hidup (Padila, 2013). Kejadian hipertensi cenderung meningkat seiring dengan penambahan usia. Sebanyak 65% orang amerika berusia 60 tahun atau lebih mengalami hipertensi. Jenis hipertensi yang banyak dijumpai pada kelompok lansia adalah *isolated hypertension*. Hipertensi tidak selalu hadir dengan proses penuaan (Yunita, 2014).

Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medulla di otak, pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut kebawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan di dalam bentuk implus yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis sehingga mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Berbagai factor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah sehingga cenderung menyebabkan hipertensi, seseorang yang menderita hipertensi menyebabkan hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah yang menurunkan kemampuan distensi daya regang pembuluh darah, hal tersebut menyebabkan aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi

volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup) sehingga terjadi penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer. (Hasdianah, 2016).

Tekanan darah yang tinggi sangat berbahaya dapat memperberat organ jantung, selain itu aliran tekanan darah tinggi membahayakan arteri, organ jantung, ginjal dan mata. Penyakit hipertensi tidak memberikan gejala yang khas tetapi bisa meningkatkan kejadian stroke, serangan jantung, penyakit ginjal kronik bahkan kebutaan jika tidak dilakukan penanganan secara dini (Yunita, 2014).

Badan Kesehatan Dunia (WHO, 2018) menyebutkan jumlah penderita hipertensi akan terus meningkat seiring dengan jumlah penduduk yang bertambah pada 2025 mendatang diperkirakan sekitar 29% warga dunia terkena hipertensi. WHO menyebutkan negara ekonomi berkembang memiliki penderita hipertensi sebesar 40% sedangkan negara maju hanya 35%, kawasan Afrika memegang posisi puncak penderita hipertensi, yaitu sebesar 40%. Kawasan Amerika sebesar 35% dan Asia Tenggara 36%. Kawasan Asia penyakit ini telah membunuh 1,5 juta orang setiap tahunnya. Hal ini menandakan satu dari tiga orang menderita hipertensi. Sedangkan di Indonesia cukup tinggi, yakni mencapai 32% dari total jumlah penduduk. Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2018 ) prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui pengukuran pada umur 18 tahun sebesar 25,8%, tertinggi di Bangka Belitung (30,9%), diikuti Kalimantan Selatan (30,8%), Kalimantan Timur (29,6%) dan Jawa Barat (29,4%). Prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui kuesioner terdiagnosis tenaga kesehatan sebesar 9,4%, yang di diagnosis tenaga kesehatan atau sedang minum obat sebesar 9,5%. Jadi, ada 0,1% yang minum obat sendiri. Hal ini menandakan bahwa masih ada kasus hipertensi di masyarakat yang belum terdiagnosis dan terjangkau pelayanan kesehatan.

Menurut hasil penelitian dari Damayantie tahun 2013 terdapat data hipertensi di seluruh Provinsi Nusa Tenggara Timur adalah 7,2 persen dan berada di bawah angka nasional yang mencapai 9,4 persen. Ditambah dengan penderita yang sedang minum obat hipertensi sendiri meskipun belum pernah didiagnosis dokter, prevalensi seluruh hipertensi di provinsi itu adalah 7,4 persen dan berada di bawah prevalensi nasional yang mencapai 9,5 persen. Adapun prevalensi hipertensi hasil pengukuran pada usia 15 - <18 tahun menurut JNC VII 2003 adalah 23,3 persen atau berada di bawah prevalensi nasional (25,8 %). Tiga kabupaten/kota dengan prevalensi tertinggi hipertensi hasil pengukuran adalah Ngada (29,8 %), Flores Timur (28,3 %) dan Manggarai Timur (28,1 %).

Untuk mencegah terjadinya komplikasi dapat dilakukan dengan cara mengatur pola diet, antara lain menerapkan perilaku hidup sehat, mengkonsumsi makan sehat dengan melihat diet bagi penderita hipertensi, lakukan aktivitas fisik seperti berolahraga teratur, mempertahankan berat badan tetap normal, hindari rokok, dan manajemen stress (Yunita, 2014).

Berdasarkan data yang diambil dari Ruang Komodo RSUD. Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang jumlah penderita hipertensi dalam 3 bulan terakhir (Januari-Maret) 20 jiwa. Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk melakukan Studi Kasus Pada Pasien Hipertensi Di Ruang Komodo RSUD. Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang.

## **1.2 Tujuan Studi Kasus**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Untuk Mendeskripsikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Di Ruang Komodo RSUD. Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang.

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

1. Mampu mengidentifikasi pengkajian keperawatan pada pasien hipertensi di Ruang Komodo RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
2. Mampu mengidentifikasi diagnose keperawatan dengan masalah hiperensi di Ruang Komodo RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
3. Mampu mendeskripsikan rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah hipertensi di Ruang Komodo RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
4. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah hipertensi di Ruang Komodo RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
5. Mampu melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah hipertensi di Ruang Komodo RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

## **1.3 Manfaat Penelitian**

### **1.3.1 Manfaat Teoritis**

Hasil Karya Tulis Ilmiah ini untuk membuktikan Teori tentang Asuhan Keperawatan pada pasien yang menderita penyakit Hipertensi.

### **1.3.2 Manfaat Praktis**

- a. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi institusi pendidikan untuk menambah pengetahuan tentang penyakit-penyakit yang

masih sering terjadi di masyarakat khususnya tentang penyakit hipertensi. Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan bacaan dan referensi bagi perpustakaan di institusi pendidikan.

b. Bagi Institusi RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek asuhan keperawatan pada pasien hipertensi

c. Bagi Penulis

Menambah wawasan pengetahuan dan pengalaman bagi peneliti tentang asuhan keperawatan pada pasien hipertensi

d. Bagi pasien

Sebagai masukan dan informasi bagi responden dalam mengetahui tentang penyakit hipertensi.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 KONSEP TEORI TENTANG HIPERTENSI**

##### **2.1.1 Definisi**

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah tinggi persisten di mana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg.

Menurut WHO penyakit hipertensi merupakan peningkatan tekanan sistolik lebih besar atau sama dengan 160 mmHg dan tekanan diastoliknya sama atau lebih besar 95 mmHg.

Hipertensi dikategorikan ringan apabila tekanan diastolik antara 95-104 mmHg, hipertensi sedang jika tekanan diastoliknya antara 105 dan 114 mmHg dan hipertensi berat bila tekanan diastoliknya 115 mmHg atau lebih. Pembagian ini berdasarkan peningkatan tekanan diastoliknya karena dianggap lebih serius dari peningkatan sistolik (Padila, 2013).

##### **2.1.2 Klasifikasi Hipertensi**

###### **a. Klasifikasi Berdasarkan Etiologi**

###### **1. Hipertensi Esensial (primer)**

Sembilan puluh persen penderita hipertensi mengalami hipertensi esensial (primer). Penyebabnya secara pasti belum diketahui. Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi esensial yaitu faktor genetik, stress dan psikologis, faktor lingkungan dan diet (peningkatan penggunaan garam dan berkurangnya asupan kalium atau kalsium).

###### **2. Hipertensi Sekunder**

Hipertensi sekunder lebih mudah di kendalikan dengan penggunaan obat-obatan. Penyebab hipertensi sekunder diantaranya adalah berupa kelainan ginjal; seperti obesitas, retensi insulin, hipertiroidisme, dan pemakaian obat-obatan, seperti kontrasepsi oral dan kortikosteroid.

b. Klasifikasi berdasarkan derajat hipertensi

1. Klasifikasi derajat hipertensi berdasarkan JNC-8

Tabel 2.1 Klasifikasi hipertensi

Derajat	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
Normal	<120	dan <80
Pre-Hipertensi	120-139	atau 80-89
Hipertensi derajat I	140-159	atau 90-99
Hipertensi derajat II	$\geq$ 160	atau $\geq$ 100

(Sumber; Bell, dkk, 2015)

2. Klasifikasi menurut ESH dan ESC

Tabel 2.2 Klasifikasi hipertensi berdasarkan ESH dan ESC

Kategori	Tekanan Sistolik (mmHg)		Tekanan Diastolik (mmHg)
Optimal	<120	Dan	<80
Normal	120-129	Dan/atau	80-84
Normal tinggi	130-139	Dan/atau	85-89
Hipertensi derajat I	140-159	Dan/atau	90-99
Hipertensi derajat II	160-179	Dan/atau	100-109
Hipertensi derajat III	$\geq$ 180	Dan/atau	$\geq$ 110
Hipertensi sistolik terisolasi	$\geq$ 140	Dan	<90

### 2.1.3 Etiologi

Menurut (Padila, 2013). Hipertensi berdasarkan penyebabnya dapat dibedakan menjadi 2 golongan besar yaitu :

- 1) Hipertensi essensial (hipertensi primer) yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya
- 2) Hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang di sebabkan oleh penyakit lain

Hipertensi primer terdapat pada lebih dari 90 % penderita hipertensi, sedangkan 10 % sisanya disebabkan oleh hipertensi sekunder. Meskipun hipertensi primer belum diketahui dengan pasti penyebabnya, data-data penelitian telah menemukan beberapa penelitian beberapa factor yang sering menyebabkan terjadinya hipertensi. Factor tersebut adalah sebagai berikut :

a) Factor keturunan

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

b) Ciri perseorangan

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah umur (jika umur bertambah maka TD meningkat), jenis kelamin (laki-laki lebih tinggi dari perempuan) dan ras (ras kulit hitam lebih banyak dari pada kulit putih)

c) Kebiasaan hidup

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah konsumsi garam yang tinggi (melebihi dari 30 gr), kegemukan atau makan berlebihan, stress dan pengaruh lain misalnya merokok, minum alcohol, obat-obatan (ephedrine, prednisen, epineprin).

#### 2.1.4 Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut kebawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan di dalam bentuk implus yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetikolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, di mana dengan di lepaskannya norepineprin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai factor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepineprin, meskipun tidak di ketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon saraf emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekri kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriktor yang mengakibatkan pelepasan rennin. Rennin merangsang pembedakan angiotensin I yang kemudian di ubah menjadi angiotensin II, sesuatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormone ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intra vaskuler. Semua factor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi.

Untuk pertimbangan gerontologi. Perubahan structural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas

jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung, mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer (Padila, 2013).

### **2.1.5 Tanda dan gejala**

Menurut (Padila, 2013). Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi dua yaitu :

1) Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan arteri tidak terukur.

2) Gejala yang lazim menurut (Sujono,2011)

- a. Sakit kepala
- b. Perdarahan hidung
- c. Vertigo
- d. Mual muntah.
- e. Perubahan penglihatan
- f. Kesemutan pada kaki dan tangan
- g. Sesak nafas
- h. Kejang atau koma
- i. Nyeri dada
- j. kelelahan

Sering di katakan gejala yang lazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataan ini merupakan gejala yang lazim yang mengenal yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

### **2.1.6 Pemeriksaan penunjang**

1. Riwayat dan pemeriksaan fisik secara menyeluruh
2. Pemeriksaan retina
3. Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kerusakan organ seperti ginjal dan jantung
4. EKG untuk mengetahui hipertropi ventrikel kiri
5. Urinalisa untuk mengetahui protein dalam urin, darah, glukosa

6. Pemeriksaan : regogram, pielogram intravena arteriogram renal, pemeriksaan fungsi ginjal terpisah dan penentuan kadar urin.
7. Foto dada dan CT scan

### **2.1.7 Penalaksanaan**

Pengelolaan hipertensi bertujuan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi kardiovaskuler yang berhubungan dengan pencapaian dan pemeliharaan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg. Prinsip pengelolaan penyakit hipertensi meliputi :

1. Terapi tanpa obat

Terapi tanpa obat digunakan sebagai tindakan untuk hipertensi ringan dan sebagai tindakan suportif pada hipertensi sedang dan berat. Terapi tanpa obat meliputi :

- a. Diet

Diet yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah :

- Restriksi garam secara moderat dari 10 gr/hr menjadi 5 gr/hr
- Diet rendah kolestrol dan rendah asam lemak jenuh
- Penurunan berat badan
- Penurunan asupan kolestrol
- Menghentikan merokok
- Diet tinggi kalium

- b. Latihan fisik

Latihan fisik atau olahraga yang teratur dan terarah yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah olahraga yang mempunyai empat prinsip yaitu :

- Macam olahraga yaitu isotonis dan dinamis seperti lari, jogging, bersepeda, dan berenang.
- Intensitas olahraga yang baik antara 60-80 % dari kapasitas aerobik atau 72-87 % dari denyut nadi maksimal yang disebut zona latihan. Denyut nadi maksimal dapat ditentukan dengan rumus  $220 - \text{umur}$ .
- Lamanya latihan berkisar anatar 20-25 menit berada dalam zona latihan.
- Frekuensi latihan sebaiknya 3 kali perminggu dan paling baik 5 kali perminggu.

c. Edukasi psikologis

Pemberian edukasi psikologis untuk penderita hipertensi meliputi :

- Tehnik biofeedback

Biofeedback adalah suatu tehnik yang dipakai untuk menunjukkan pada subjek tanda-tanda mengenai keadaan tubuh yang secara sadar oleh subjek dianggap tidak normal.

Penerapan biofeedback terutama dipakai untuk mengatasi gangguan somatic seperti nyeri kepala dan migrain, juga untuk gangguan psikologis seperti kecemasan dan ketegangan.

- Tehnik relaksasi

Relaksasi adalah suatu prosedur atau tehnik yang bertujuan untuk mengurangi ketegangan atau kecemasan, dengan cara melatih penderita untuk dapat belajar membuat otot-otot dalam tubuh menjadi rileks.

d. Pendidikan kesehatan (penyuluhan)

Tujuan pendidikan kesehatan yaitu untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang penyakit hipertensi dan pengelolaannya sehingga pasien dapat mempertahankan disupnya dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

2. Terapi dengan obat

Tujuan pengobatan hipertensi tidak hanya menurunkan tekanan darah saja tetapi juga mengurangi dan mencegah komplikasi akibat hipertensi agar penderita dapat bertambah kuat. Pengobatan hipertensi umumnya perlu di lakukan seumur hidup penderita. Pengobatan standar yang dianjurkan oleh komite dokter ahli hipertensi menyimpulkan bahwa obat diuretika, penyekat beta, antagonis kalsium atau menghambat ACE dapat digunakan sebagai obat tunggal pertama dengan memperhatikan keadaan penderita dan penyakit lain yang ada pada penderita.

3. follow Up untuk mempertahankan terapi

Untuk mempertahankan terapi jangka panjang memerlukan interaksi dan komunikasi yang baik antara pasien dan petugas kesehatan dengan cara pemberian pendidikan kesehatan.

## 2.1.8 Pencegahan

### 1. Pencegahan Primer

Factor resiko hipertensi antara lain tekanan darah diatas rata-rata, adanya riwayat hipertensi pada anamnesis keluarga, takikardi, obesitas dan konsumsi garam yang berlebihan dianjurkan untuk:

- a. Mengatur diet agar berat badan tetap ideal juga untuk menjaga agar tidak terjadi hiperkolesterolemia, diabetes militus dan sebagainya.
- b. Dilarang merokok
- c. Merubah kebiasaan makan sehari-hari dengan konsumsi rendah garam

### 2. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder dikerjakan bila penderita telah diketahui menderita hipertensi karena factor tertentu, tindakan yang bisa dilakukan berupa:

- a. Pengelolaan secara menyeluruh bagi penderita baik dengan obat maupun dengan tindakan-tindakan seperti pada pencegahan primer
- b. Harus dijaga supaya tekanan darahnya tetap dapat terkontrol secara normal dan stabil.
- c. Factor-faktor resiko penyakit jantung iskemik yang harus dikontrol
- d. Batasi aktivitas.

## 2.2 KONSEP TEORI ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN HIPERTENSI

### 2.2.1 Pengkajian Keperawatan

#### 1. Biodata Pasien

- Umur: kejadian hipertensi cenderung meningkat seiring dengan penambahan usia. Namun penyakit hipertensi tidak selalu hadir seiring dengan proses penuaan.
- Jenis kelamin: Laki-laki atau perempuan memiliki kemungkinan yang sama untuk mengalami penyakit hipertensi, namun laki-laki lebih beresiko mengalami hipertensi dibandingkan dengan perempuan saat berusia sebelum 45 tahun. Sebaliknya saat usia 65 tahun ke atas, perempuan lebih beresiko mengalami hipertensi dibandingkan laki-laki karena di pengaruhi oleh hormon.

#### 2. Biodata Penanggung Jawab : Nama, Umur, Jenis Kelamin, Pekerjaan, Agama, Status, Alamat.

#### 3. Riwayat Kesehatan

##### ❖ Riwayat Kesehatan Sekarang:

- Keadaan umum
- TTV
- Keluhan-keluhan pasien

##### ❖ Riwayat Kesehatan Dahulu

- Apakah sebelumnya pasien pernah menderita hipertensi
- Apakah sebelumnya pasien pernah masuk RS karena hipertensi/penyakit lain yang berhubungan
- Apakah pasien punya riwayat merokok dan minum minuman beralkohol (gaya hidup).
- Pola istirahat & makan pasien tidak teratur sebelum sakit

##### ❖ Riwayat Kesehatan Keluarga

- Apakah dalam keluarga ada riwayat hipertensi
- Apakah dalam keluarga (rumah) ada yang merokok

#### a. Aktivitas/ Istirahat

- Gejala : Kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton.
- Tanda : Frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea.

- b. Sirkulasi
- Gejala : Riwayat Hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner/katup dan penyakit cerebroaskuler, episode palpitasi.
  - Tanda : Kenaikan TD, Nadi denyutan jelas dari karotis, jugularis,radialis, tikikardi, murmur stenosis valvular, distensi vena jugularis,kulit pucat, sianosis, suhu dingin (vasokonstriksi perifer) pengisiankapiler mungkin lambat/ bertunda.
- c. Integritas Ego
- Gejala : Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, faktor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan).
  - Tanda : Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan continue perhatian, tangisan meledak, otot muka tegang, pernafasan menghela, peningkatan pola bicara.
- d. Eliminasi
- Gejala : Gangguan ginjal saat ini atau (seperti obstruksi atau riwayat penyakit ginjal pada masa yang lalu).
- e. Makanan/Cairan
- Gejala: Makanan yang disukai yang mencakup makanan tinggi garam, lemak serta kolesterol, mual, muntah dan perubahan BB akhir akhir ini (meningkat/turun) Riwayat penggunaan diuretic
  - Tanda: Berat badan normal atau obesitas, adanya edema, glikosuria.
- f. Neurosensori
- Gejala : Keluhan pening/pusing, berdenyu, sakit kepala, subojksipital (terjadi saat bangun dan menghilangkan secara spontan setelah beberapa jam) Gangguan penglihatan (diplobia, penglihatan kabur,epistakis).
  - Tanda : Status mental, perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara, efek, proses pikir, penurunan kekuatan genggam tangan.
- g. Nyeri/ ketidaknyaman
- Gejala : Angina (penyakit arteri koroner/ keterlibatan jantung), sakit kepala.
- h. Pernapasan
- Gejala : Dispnea yang berkaitan dari kativitas/kerja takipnea, ortopnea, dispnea, batuk dengan/tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok.

- Tanda : Distress pernafasan/penggunaan otot aksesori pernafasan bunyi nafas tambahan (krakties/mengi), sianosis.

i. Keamanan

- Gejala: Gangguan koordinasi/cara berjalan, hipotensi postural.
- Tanda : Episode parestesia unilateral transien. Hipotensi postural.

J. Pembelajaran/Penyuluhan

- Gejala : Faktor resiko keluarga: Hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung, DM, penyakit ginjal.

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

- a) Penurunan curah jantung b.d perubahan *afteload*, perubahan frekuensi jantung, perubahan irama jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan *preload*, perubahan volume sekncup yang ditandai dengan perubahan frekuensi irama jantung (bradikardi, palpitasi jantung, perubahan elektrokardiogram misalnya: aritmia, abnormalitas konduksi, iskemia, takikardi), perubahan *preload* (distensi vena jugularis, edema, keletihan, mur-mur jantung, peningkatan berat badan, peningkatan dan penurunan *central venous pressure*, peningkatan dan penurunan *pulmonary artery wadge pressure* ), perubahan *afteload* (dispnea, kulit lembab, oliguria, pengisian kapiler memanjang, penurunan nadi perifer, peningkatan dan penurunan *pulmonary vascular resistance*, peningkatan dan penurunan *systemic vascular resistance*, perubahan tekanan darah, perubahan warna kulit misalnya: pucat, abu-abu, sianosi), perubahan frekuensi jantung (batuk, bunyi napas tambahan, bunyi S3 dan S4, dispnea proksimal nocturnal, ortopnea, penurunan fraksi ejeksi, penurunan indeks jantung, penurunan *left ventricular stroke work index*, penurunan *strok volume index*), perilaku emosi (ansietas dan gelisah).
- b) Nyeri akut b.d agens cedera fisik, agens cedera biologis, agens cedera kimiawi yang ditandai dengan diaphoresis, dilatasi pupil, ekspresi wajah nyeri, focus menyempit, focus pada diri sendiri, keluhan tentang intensitas menggunakan skala nyeri, keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standard instrument nyeri, laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas, mengekspresikan perilaku (missal, gelisah, merengek, menangis, waspada), perilaku distraksi, perubahan pada parameter fisiologis

(misal, TD, frekuensi jantung, frekuensi pernapasan, saturasi oksigen), perubahan posisi untuk menghindari nyeri, perubahan selera makan, putus asa, sikap melindungi area nyeri, sikap tubuh melindungi

- c) Defisiensi pengetahuan b.d kurang informasi, kurang minat, gangguan memori, gangguan fungsi kognitif, kurang sumber pengetahuan, salah pengertian terhadap orang lain yang ditandai dengan ketidakakuratan melakukan tes, ketidakakuratan mengikuti perintah, kurang pengetahuan, perilaku tidak tepat ( hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis).
- d) Intoleransi aktivitas b.d gaya hidup kurang gerak, imobilitas, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring yang ditandai dengan dispnea setelah beraktivitas, keletihan, ketidaknyamanan setelah beraktivitas, perubahan elektrokardiogram (mis, aritmia, abnormalitas, konduksi, iskemia), respon frekuensi jantung abnormal terhadap aktivitas, respon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas.

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC	NIC
<p>Penurunan curah jantung b.d perubahan <i>afteload</i>, perubahan frekuensi jantung, perubahan irama jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan <i>preload</i>, perubahan volume sekncup yang ditandai dengan perubahan frekuensi irama jantung (bradikardi, palpitasi jantung, perubahan elektrokardiogram misalnya: aritmia, abnormalitas konduksi, iskemia, takikardi), perubahan <i>preload</i> (distensi vena jugularis, edema, keletihan, mur-mur jantung, peningkatan berat badan, peningkatan dan penurunan <i>central venous pressure</i>, peningkatan dan penurunan <i>pulmonary artery wadge pressure</i> ), perubahan <i>afteload</i> (dispnea, kulit lembab, oliguria, pengisian</p>	<p>GOAL : pasien akan meningkatkan curah jantung yang normal selama dalam perawatan</p> <p>OBJEKTIF: tidak terjadi perubahan frekuensi jantung selama dalam perawatan</p> <p>OUTCOME: selama dalam perawatan pasien akan menunjukkan:</p> <p>NOC LABEL: Status Sirkulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tekanan darah sistol dan diastole (5)</li> <li>- tekanan nadi (5)</li> <li>- saturasi oksigen (5)</li> <li>- CRT (5)</li> </ul> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) .deviasi berat dari kisaran normal</li> <li>2) deviasi cukup besar dari kisaran normal</li> <li>3) deviasi sedang dari kisaran normal</li> <li>4) deviasi ringan dari kisaran normal</li> <li>5) tidak ada deviasi dari kisaran</li> </ol>	<p>NIC LABEL: Monitor Pernapasan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernapas</li> <li>- catat pergerakan dada, kesimetrisan, penggunaan otot bantu napas</li> <li>- monitor suara napas tambahan</li> <li>- monitor pola napas</li> <li>- monitor peningkatan kelelahan, kecemasan dan kekurangan udara pada pasien</li> <li>- posiskan pasien semi fowler untuk membantu dalam bernapas normal</li> <li>- catat perubahan saturasi O2, volume tidal akhir CO2 dan perubahan nilai analisa gas darah dengan tepat</li> <li>- monitor keluhan sesak</li> </ul>

<p>kapiler memanjang, penurunan nadi perifer, peningkatan dan penurunan <i>pulmonary vascular resistance</i>, peningkatan dan penurunan <i>systemic vascular resistance</i>, perubahan tekanan darah, perubahan warna kulit misalnya: pucat, abu-abu, sianosi), perubahan frekuensi jantung (batuk, bunyi napas tambahan, bunyi S3 dan S4, dispnea proksimal nocturnal, ortopnea, penurunan fraksi ejeksi, penurunan indeks jantung, penurunan <i>left ventricular stroke work index</i>, penurunan <i>stroke volume index</i>), perilaku emosi (ansietas dan gelisah).</p>	<p>normal</p>	<p>napas, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak napas tersebut</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor hasil foto toraks</li> </ul>
<p>Nyeri akut b.d agens cedera fisik, agens cedera biologis, agens cedera kimiawi yang ditandai dengan diaphoresis, dilatasi pupil, ekspresi wajah nyeri, focus menyempit, focus pada diri sendiri, keluhan tentang intensitas menggunakan skala nyeri, keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standard instrument nyeri, laporan tentang perilaku nyeri/ perubahan aktivitas, mengekspresikan perilaku (missal, gelisah, merengek, menangis, waspada), perilaku distraksi, perubahan pada parameter fisiologis (misal, TD, frekuensi jantung, frekuensi pernapasan, saturasi oksigen), perubahan posisi untuk menghindari nyeri, perubahan selera makan, putus asa, sikap melindungi area nyeri, sikap tubuh melindungi</p>	<p>GOAL: Nyeri pasien berkurang selama dalam perawatan  OBJEKTIF: tidak terjadi agen cedera fisik selama dalam perawatan  OUTCOME: selama dalam perawatan pasien akan menunjukkan:  NOC LABEL: Tingkat Nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri yang dilaporkan (5)</li> <li>- Panjang episode nyeri (5)</li> <li>- Ekspresi nyeri wajah (5)</li> <li>- Focus menyempit (5)</li> <li>- Mengosok area yang terkena dampak (5)</li> </ul> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. berat</li> <li>2. cukup berat</li> <li>3. sedang</li> <li>4. ringan</li> <li>5. tidak ada</li> </ol>	<p>NIC LABEL: MANAJEMEN NYERI</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi: lokasi, karakteristik, duasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan berat</li> <li>2. gali bersama pasien factor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri</li> <li>3. kendalikan factor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan</li> <li>4. ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri</li> <li>5. ajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti napas dalam, terapi music, kompres dingin/hangat, pijatan untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>6. dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>7. kolaborasi dalam pemberian analgesic (obat peredah nyeri)</li> </ol>

<p>Defisiensi pengetahuan b.d kurang informasi, kurang minat, gangguan memori, gangguan fungsi kognitif, kurang sumber pengetahuan, salah pengertian terhadap orang lain yang ditandai dengan ketidakakuratan melakukan tes, ketidakakuratan mengikuti perintah, kurang pengetahuan, perilaku tidak tepat ( hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis).</p>	<p>GOAL: tidak terjadi defisiensi pengetahuan selama dalam perawatan  OBJEKTIF: pasien akan lebih banyak mendapatkan informasi tentang penyakitnya selama dalam perawatan  OUTCOME: selama dalam perawatan pasien akan menunjukkan  NOC LABEL: Pengetahuan : Manajemen Hipertensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kisaran normal untuk TD sistolik dan diastolic (5)</li> <li>- Target TD(5)</li> <li>- Komplikasi potensial HT (5)</li> <li>- Penggunaan yang benar dari obat yang diresepkan (5)</li> <li>- Penting mematuhi pengobatan (5)</li> <li>- Diet yang dianjurkan (5)</li> <li>- Manfaat olaraga teratur (5)</li> <li>- Sumber informasi hipertensi terpercaya (5)</li> </ul> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. tidak ada pengetahuan</li> <li>2. pengetahuan terbatas</li> <li>3. pengetahuan sedang</li> <li>4. pengetahuan banyak</li> <li>5. pengetahuan sangat banyak</li> </ol>	<p>NIC LABEL 1: Pendidikan kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. identifikasi factor internal dan eksternal yang dapat meningkatkan atau mengurangi motivasi untuk berperilaku sehat</li> <li>2. tentukan pengetahuan kesehatan dan gaya hidup perilaku saat ini baik individu maupun keluarga</li> <li>3. bantu individu maupun keluarga untuk memperjelas keyakinan dan nilai-nilai kesehatan</li> <li>4. libatkan individu dan keluarga dalam perencanaan gaya hidup sehat atau modifikasi perilaku kesehatan</li> <li>5. tekankan pentingnya pola makan yang sehat, tidur, berolahraga bagi individu maupun keluarga.</li> </ol> <p>NIC LABEL 2: Peningkatan kesadaran kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pertimbangkan status kesadaran kesehatan pasien dari awal kontak melalui pengkajian informal/ formal.</li> <li>2. berikan informasi secara tertulis maupun lisan kepada pasien dengan menggunakan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami</li> <li>3. berikan pendidikan kesehatan atau konseling jika memungkinkan</li> </ol>
<p>Intoleransi aktivitas b.d gaya hidup kurang gerak, imobilitas, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring yang ditandai dengan dispnea setelah beraktivitas, kelelahan, ketidaknyamanan setelah beraktivitas,</p>	<p>GOAL: tidak terjadi intoleransi aktivitas selama dalam perawatan  OBJEKTIF: kebutuhan oksigen terpenuhi  OUTCOME: selama dalam perawatan pasien akan menunjukkan  NOC LABEL: toleransi terhadap aktivitas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saturasi oksigen ketika</li> </ul>	<p>NIC LABEL: Terapi Aktivitas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pertimbangkan kemampuan klien dalam berpartisipasi melalui aktivitas spesifik</li> <li>2. berkolaborasi dengan ahli terapi fisik okupasi dan terapi rekreasional dalam perencanaan dan pememntauan program aktivitas jika memang</li> </ol>

<p>perubahan elektrokardiogram (mis, aritmia, abnormalitas, konduksi, iskemia), respon frekuensi jantung abnormal terhadap aktivitas, respon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas</p>	<p>beraktivitas (5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi nadi ketika beraktivitas (5)</li> <li>- Frekuensi pernapasan ketika beraktivitas (5)</li> <li>- Tekanan darah sistolik dan diastolic ketika beraktivitas(5)</li> <li>- Hasil EKG (5)</li> <li>- Warna kulit (5)</li> <li>- Kecepatan berjalan(5)</li> <li>- Toleransi dalam menaiki tangga (5)</li> <li>- Kekuatan tubuh bagian atas dan bawah (5)</li> <li>- Kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian (5)</li> <li>- Kemampuan untuk berbicara ketika melakukan aktivitas fisik (5)</li> </ul> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. sangat terganggu</li> <li>2. banyak terganggu</li> <li>3. cukup terganggu</li> <li>4. sedikit terganggu</li> <li>5. tidak terganggu</li> </ol>	<p>diperlukan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. pertimbangkan komitmen klien untuk meningkatkan frekuensi dan jarak aktivitas</li> <li>4. bantu klien memilih aktivitas dan pencapaian tujuan melalui aktivitas yang konsisten dengan kemampuan fisik, fisiologis dan social</li> <li>5. bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang bermakan dan diinginkan</li> <li>6. bantu klien dan keluarga untuk mengidentifikasi kelemahan dalam level aktivitas tertentu</li> <li>7. identifikasi strategi untuk meningkatkan partisipasi terkait dengan aktivitas yang diinginkan</li> </ol> <p>NIC LABEL: Terapi oksigenasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pertahankan kepatenan jalan napas</li> <li>2. siapkan peralatan oksigen dan berikan melalui system humidifier</li> <li>3. berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan Monitor aliran oksigen</li> <li>4. periksa peralatan pemberian oksigen secara berkala untuk memastikan bahwa konsentrasi yang telah ditentukan telah diberikan</li> <li>5. pantau adanya tanda-tanda keracunan oksigen dan kejadian etalektasis</li> <li>6. monitor kecemasan pasien yabg berkaitan dengan kebutuhan mendapatkan terpi oksigen</li> <li>7. konsultasi dengan tenaga kesehatan lain mengenai penggunaan oksigen tambahan selama kegiatan atau tidur.</li> </ol>
--	--	---

#### **2.2.4 Implementasi Keperawatan**

Untuk implementasi, disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan sesuai diagnosa.

#### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan dilakukan untuk mengetahui apakah masalah keperawatan teratasi, teratasi sebagian atau tidak teratasi dengan mengacu pada criteria evaluasi.

## **BAB III**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1 Hasil Studi Kasus**

##### **3.1.1 Pengkajian**

Pengkajian dan pengumpulan data tentang status sehat sakit pada tanggal 27 Mei 2019 jam 09:00 wita proses pengumpulan data tentang status sehat sakit pasien dengan menggunakan pendekatan wawancara, pemeriksaan fisik, dan data pendukung seperti hasil laboratorium. Data tentang status sehat sakit pasien dapat dikategorikan menjadi data subjektif dan data objektif. Data subjektif diperoleh dengan cara pendekatan wawancara. Berdasarkan sumber data, data dibedakan menjadi data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang diperoleh dari sumber asli (pasien) sedangkan data sekunder merupakan data yang diperoleh secara tidak langsung melalui orang ketiga (keluarga).

##### **a. Wawancara**

Hal-hal yang dikaji dengan cara wawancara adalah keluhan utama saat ini, riwayat kesehatan saat ini, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga dan pola-pola kesehatan.

##### **1) Identitas Pasien**

Nama pasien adalah Tn. F.T masuk rumah sakit tanggal 27 Mei 2019 dirawat diruangan Komodo RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang dengan diagnosa medic hipertensi grade II, umur 37 tahun, jenis kelamin laki-laki, suku rote, menganut agama Kristen protestan, pekerjaan PNS, pendidikan terakhir serjana dan bertempat tinggal di Batupelat.

##### **2) Keluhan Utama**

Pasien mengatakandada berdebar.

##### **3) Riwayat Penyakit Sekarang**

Pada tanggal 27 Mei 2019 pasien masuk rumah sakit dengan keluhan dada berdebar, napas cepat dan sedikit sesak, pusing, nyeri kepala menjalar ke tengkuk, keringat dingin pada jam 02: 00 wita sehingga keluarga mengantarkan pasien ke UGD RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Di UGD pasien mendapat tindakan keperawatan pemasangan infuse dan pemasangan nebulizer dangan obat combiven 1 ampul, serta mendapat terapi cairan Nacl 0,9% 20 tetes/menit, obat

ketorolac 10mg/IV dan injeksi ranitidine 20mg/IV. Keluhan semakin bertambah saat pasien melakukan aktivitas dan berkurang saat pasien beristirahat.

Pada saat dikaji pada tanggal 27 mei 2019 jam 09:00 wita di ruang komodo pasien mengatakan dada berdebar, napas cepat (takipnea) dan sedikit sesak, pusing, kelelahan, nyeri kepala menjalar ke tengkuk, keringat dingin, TTV: TD: 160/100mmhg, Nadi: 63x/m, RR: 25x/m, suhu 36°C, menggunakan Oksigen nasal kanul 3 liter/menit.

Pasien juga mengatakan mata bengkak saat mendapat injeksi obat dexametazone 10mg/IV di UGD.

#### **4) Riwayat Penyakit Sebelumnya**

Pasien mengatakan pada tahun 2010 pernah dirawat di RSUD Prof.Dr.W.Z.Johannes Kupang dengan penyakit hipertensi namun pasien tidak melakukan pengobatan secara rutin, kurang berolahraga dan menjaga pola makan dengan baik sehingga penyakit HT kambuh lagi. Dan pada tahun 2016 dirawat dengan penyakit HT dan pembengkakan jantung.

#### **5) Riwayat Penyakit Keluarga**

Pasien mengatakan ayahnya juga menderita penyakit hipertensi

#### **6) Pola-pola Kesehatan**

##### **a) Nutrisi**

Kebiasaan sebelum sakit pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya makan 3x sehari makanan yang dimakan bervariasi terdiri dari nasi, sayur, ikan, tahu, daging. Banyaknya minum sekitar 700cc, BB:56kg, tinggi: 160cm. Perubahan selama sakit, pasien mengatakan pasien makan seperti biasanya dan diselingi dengan roti dan buah.

##### **b) Eliminasi**

BAK : 4-5 kali sehari, warna kekuningan, bau khas urine, jumlah 600cc/hari. Tidak ada perubahan selama sakit. BAB : 1-2 kali sehari, warna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, tidak ada perubahan selama sakit.

### **7) Aktivitas**

Sebelum sakit aktivitas yang dilakukan pasien adalah bekerja di kantor. Saat sakit pasien tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya, pasien hanya berbaring dan menonton.

### **8) Istirahat dan Tidur**

Tidur malam jam 21:30-05:00, tidur siang 14:00-16:00, pasien mudah terbangun jika ada suara bising atau rebut dan cara yang dilakukan agar tidur nyaman adalah mendengar lagu.

### **9) Kegiatan Keagamaan/ Spiritual**

Pasien mengatakan rajin beribadah dan mengikuti kegiatan gereja setiap minggunya

### **10) Keadaan Psikologi Selama Sakit**

- 1) Presepsi klien terhadap penyakit yang diderit: pasien mengatakan sadar bahwa penyakit yang dideritanya adalah kesalahannya karena gaya hidup yang kurang baik.
- 2) Presepsi klien terhadap penyakitnya: pasien mengatakan bahwa penyakit yang dideritanya bisa sembuh dengan perawatan yang diperoleh dari tenaga medis yang sudah dititipkan Tuhan

### **b. Pemeriksaan Fisik**

Keadaan umum lemah, kesadaran Composmentis, GCS total :15 (E: 4, V:5, M: 6), pupil isokor, tanda-tanda vital: TD: 160/100mmHg, Nadi: 63x/menit, pernapasan: 25x/menit, Suhu: 36°C, bentuk kepala simetris, tidak ada lesi, masa, pusing dan nyeri kepala, observasi simetris, penglihatan normal, konjungtiva merah mudah, sclera putih, dada berdebar, kelelahan, keringat dingin, riwayat pembengkakan jantung, pernapasan cepat dangkal (takipnea) dan terasa sesak, RR: 25x/menit, menggunakan Oksigen nasal kanul 3 liter/menit, warna kulit sawo matang, kelembaban normal, dan tidak terdapat edema pada kedua tungkai, keadaan bibir lembab, keadaan gusi normal, bising usus 7x/menit, BAB normal: 1-2 kali/hari, tidak ada gangguan miksi, tidak menggunakan alat bantu kateter, tidak ada pembesaran kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, intake cairan 600cc/hari, kekuatan otot bebas, reflek sendi normal, tidak ada pembesaran kelenjar, tidak ada pembesaran prostat.

### c. Hasil Laboratorium

tabel 3.1 pemeriksaan darah

NO	Tanggal pemeriksaan	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1.	27/05/19	Asam urat	12,1 mg/dL	1.9-7.9
2.	27/05/19	Kimia Darah	104 mmol/L	96-111
3.	27/05/19	Kalium Ion	1.390 mmol/L	1.120-1.320
4.	27/05/19	Kalsium Darah	2,8 mmol/L	2.2-2.55

### d. Terapi

1. Amlodipine 1x10 mg/oral, indikasi obat untuk mengurangi tekanan darah tinggi, dan penyakit jantung. Kontraindikasi obat gagal jantung akut dan pasien hipotensi
2. Paracetamol 1x500mg/oral. Indikasi sebagai pereda nyeri, menurunkan demam. Kontraindikasi tidak dianjurkan untuk penderita yang hipersensitif.
3. Nacl 0,9 % 20 tetes/menit, pemberian melalui IV (intravena). Indikasi digunakan sebagai pengganti cairan tubuh. Kontraindikasi tidak dianjurkan untuk penderita yang hipersensitif

### 3.1.2 Analisa Data

Dalam analisa data ditemukan data-data, masalah dan penyebab sebagai berikut:

- a) Penurunan curah jantung b.d perubahan frekuensi jantung  
Data Subjektif : Pasien mengeluh dada berdebar, pusing, keringat dingin, napas cepat, dan sedikit sesak  
Data Objektif : Perubahan tekanan darah, TTV: TD: 160/100mmhg, Nadi: 63x/m, RR: 25x/m, suhu 36°C, Napas cepat dan dangkal (takipnea), Riwayat pembengkakan jantung dan tidak terkontrol, Akral dingin, menggunakan Oksigen nasal kanul 3 liter/menit.
- b) Nyeri akut b.d agens cedera biologis  
Data subjektif : Pasien mengeluh nyeri kepala.  
Data Objektif: Skala nyeri 4 (nyeri sedang) dari rentang 0-10, rasa seperti tertikam, Tampak ekspresi wajah nyeri, Focus pada diri sendiri
- c) Defisiensi pengetahuan b.d kurang informasi  
Data subjektif : Pasien mengatakan tidak mengetahui apa yang menyebabkannya menderita hipertensi, pasien juga tidak mengetahui tanda dan gejala serta factor-faktor penyebab hipertensi

Data Objektif: Pasien tidak rutin melakukan pemeriksaan tekanan darah dan tidak rutin minum obat penurun TD, Pasien sering melangar (tidak patuh) makanan yang tidak dibolehkan untuk dikonsumsi penderita hipertensi, Kurang mengetahui tentang penyakit hipertensi.

### **3.1.3 Rumusan Diagnosa Keperawatan**

- a. Penurunan curah jantung b.d perubahan frekuensi jantung yang ditandai dengan Pasien mengeluh dada berdebar, pusing, keringat dingin, napas cepat, dan sedikit sesak, perubahan tekanan darah, TTV: TD: 160/100mmhg, Nadi: 63x/m, RR: 25x/m, suhu 36°C, Napas cepat dan dangkal (takipnea), Riwayat pembengkakan jantung dan tidak terkontrol, Akral dingin, menggunakan Oksigen nasal kanul 3 liter/menit.
- b. Nyeri akut b.d agens cedera biologis yang ditandai dengan Pasien mengeluh nyeri kepala, skala nyeri 4 (nyeri sedang), rasa seperti tertikam, Tampak ekspresi wajah nyeri, Focus pada diri sendiri
- c. Defisiensi pengetahuan b.d kurang informasi yang ditandai dengan Pasien mengatakan tidak mengetahui apa yang menyebabkannya menderita hipertensi, pasien juga tidak mengetahui tanda dan gejala serta factor-faktor penyebab hipertensi, pasien tidak rutin melakukan pemeriksaan tekanan darah dan tidak rutin minum obat penurun TD, Pasien sering melangar (tidak patuh) makanan yang tidak dibolehkan untuk dikonsumsi penderita hipertensi, Kurang mengetahui tentang penyakit hipertensi.

### **3.1.4 Perencanaan Keperawatan**

- a. penurunan curah jantung b.d perubahan frekuensi jantung

GOAL : pasien akan meningkatkan curah jantung yang normal selama dalam perawatan, OBJEKTIF: tidak terjadi perubahan frekuensi jantung selama dalam perawatan, OUTCOME: dalam waktu 1x24 jam perawatan pasien akan menunjukkan: NOC LABEL: Status Sirkulasi: tekanan darah sistol dan diastole (5), TTV (5), tekanan nadi (5), saturasi oksigen (5), CRT (5). NIC LABEL: Monitor Pernapasan: monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernapas, catat pergerakan dada, kesimetrisan, penggunaan otot bantu napas, monitor suara napas tambahan, monitor pola napas, monitor peningkatan kelelahan, kecemasan dan kekurangan udara pada pasien, posisikan pasien semi fowler untuk membantu dalam bernapas normal, catat perubahan saturasi O<sub>2</sub>, volume tidal akhir CO<sub>2</sub> dan perubahan nilai analisa gas darah dengan

tepat, monitor keluhan sesak napas, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak napas tersebut dan monitor hasil foto toraks.

b. Nyeri akut b.d agens cedera fisik

GOAL: Nyeri pasien berkurang selama dalam perawatan, OBJEKTIF: tidak terjadi agen cedera fisik selama dalam perawatan, OUTCOME: dalam waktu 1x24 jam perawatan pasien akan menunjukkan: NOC LABEL: Tingkat Nyeri: Nyeri yang dilaporkan (5), Panjang episode nyeri (5), Ekspresi nyeri wajah (5), Focus menyempit (5), Mengosok area yang terkena dampak (5). NIC LABEL: Manajemen Nyeri: lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi: lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan berat, gali bersama pasien factor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri, kendalikan factor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan, ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri, ajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti napas dalam, terapi music, kompres dingin/hangat, pijatan untuk mengurangi rasa nyeri, dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk mengurangi rasa nyeri dan kolaborasi dalam pemberian analgesic (obat pereda nyeri).

c. Defisiensi pengetahuan b.d kurang informasi

GOAL: tidak terjadi defisiensi pengetahuan selama dalam perawatan, OBJEKTIF: pasien akan lebih banyak mendapatkan informasi tentang penyakitnya selama dalam perawatan, OUTCOME: dalam waktu 3x24 jam perawatan pasien akan menunjukkan: NOC LABEL: Pengetahuan : Manajemen Hipertensi: Kisaran normal untuk TD sistolik dan diastolic (5), Target TD(5), Komplikasi potensial HT (5), Penggunaan yang benar dari obat yang diresepkan (5), Penting mematuhi pengobatan (5), Diet yang dianjurkan (5), Manfaat olahraga teratur (5), Sumber informasi hipertensi terpercaya (5). NIC LABEL 1: Pendidikan kesehatan: identifikasi factor internal dan eksternal yang dapat meningkatkan atau mengurangi motivasi untuk berperilaku sehat, tentukan pengetahuan kesehatan dan gaya hidup perilaku saat ini baik individu maupun keluarga, bantu individu maupun keluarga untuk memperjelas keyakinan dan nilai-nilai kesehatan, libatkan individu dan keluarga dalam perencanaan gaya hidup sehat atau modifikasi perilaku kesehatan, tekankan pentingnya pola makan yang sehat, tidur, berolahraga bagi individu maupun keluarga. NIC LABEL 2: Peningkatan kesadaran kesehatan :pertimbangkan

status kesadaran kesehatan pasien dari awal kontak melalui pengkajian informal/ formal, berikan informasi secara tertulis maupun lisan kepada pasien dengan menggunakan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami, berikan pendidikan kesehatan atau konseling jika memungkinkan.

### 3.1.5 Implementasi Keperawatan

**Hari pertama** dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 yaitu: **Diagnosa keperawatan pertama** : Penurunan curah jantung b.d perubahan frekuensi jantung.**Implementasi** :Jam 09: 45, Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernapas, catat pergerakan dada, kesimetrisan,monitor suara napas tambahan: vesikuler pada seluruh lapang paru, monitor pola napas: pola napas tidak teratur, monitor peningkatan kelelahan dan kecemasan pada pasien, mengatur posisi semi fowler dengan menggunakan bantal sebagai penyangga. Jam 10:30 membantu memberikan obat Amlodipine 1 tablet (10 mg/oral dengan melihat 6 benar dalam pemberian obat (Benar obat, dosis, pasien, waktu, rute, dokumentasi).Jam 11:00 mengukur tanda-tanda vital : TD: 160/100mmHg, nadi: 63x/menit, RR:25x/menit dan suhu: 36 " c.**Diagnosa keperawatan kedua** : Nyeri akut b.d agens cedera fisik. **Implementasi** :Jam 09:00, Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi: lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan berat, gali bersama pasien factor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri, kendalikan factor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan, ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri, ajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti napas dalam.Jam 13:00 dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk mengurangi rasa nyeri. Jam 12:00 kolaborasi dalam pemberian analgesic (obat peredah nyeri) paracetamol tablet dengan melihat 6 benar dalam pemberian obat (Benar obat, dosis, pasien, waktu, rute, dokumentasi).**Diagnosa keperawatan tiga** :Defisiensi pengetahuan b.d kurang informasi. **Implementasi** :Jam 10:00. identifikasi factor internal dan eksternal yang dapat meningkatkan atau mengurangi motivasi untuk berperilaku sehat, tentukan pengetahuan kesehatan dan gaya hidup perilaku saat ini baik individu maupun keluarga, bantu individu maupun keluarga untuk memperjelas keyakinan dan nilai-nilai kesehatan, libatkan individu dan keluarga dalam perencanaan gaya hidup sehat atau modifikasi perilaku kesehatan, tekankan pentingnya pola makan yang sehat, tidur, berolahraga

bagi individu maupun keluarga, pertimbangkan status kesadaran kesehatan pasien dari awal kontak melalui pengkajian informal/ formal, berikan informasi secara tertulis maupun lisan kepada pasien dengan menggunakan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami, berikan pendidikan kesehatan atau konseling jika memungkinkan. **Hari kedua** dilakukan pada tanggal 28 Mei 2019 yaitu: **Diagnosa keperawatan pertama:** Penurunan curah jantung b.d perubahan frekuensi jantung. **Implementasi :** Jam 08: 45, monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernapas, catat pergerakan dada, kesimetrisan, penggunaan otot bantu napas, monitor suara napas tambahan: vesikuler pada seluruh lapang paru, monitor pola napas: pola napas tidak teratur, monitor peningkatan kelelahan, kecemasan dan kekurangan udara pada pasien, mengatur posisi semi fowler dengan mengatur posisi kepala tempat tidur di tinggikan. Jam 10:30 membantu memberikan obat Amlodipine 1 tablet/oral dengan melihat 6 benar dalam pemberian obat (Benar obat, dosis, pasien, waktu, rute, dokumentasi). Jam 11:00 mengukur tanda-tanda vital: TD: 130/90mmHg, nadi:70x/menit, RR: 23x/menit, suhu: 36,5°C. **Diagnosa keperawatan kedua:** Nyeri akut b.d agens cedera fisik. **Implementasi:** Jam 09:00, Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi: lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan berat, gali bersama pasien factor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri, kendalikan factor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan, ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri, ajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti napas dalam dengan menarik napas melalui hidung kemudian hembuskan perlahan melalui mulut. Jam 13:00 dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk mengurangi rasa nyeri. Jam 12:00 kolaborasi dalam pemberian analgesic (obat pereda nyeri) paracetamol tablet dengan melihat 6 benar dalam pemberian obat (Benar obat, dosis, pasien, waktu, rute, dokumentasi). **Diagnosa keperawatan ketiga:** Defisiensi pengetahuan b.d kurang informasi. **Implementasi:** Jam 10:00. identifikasi factor internal dan eksternal yang dapat meningkatkan atau mengurangi motivasi untuk berperilaku sehat, tentukan pengetahuan kesehatan dan gaya hidup perilaku saat ini baik individu maupun keluarga, bantu individu maupun keluarga untuk memperjelas keyakinan dan nilai-nilai kesehatan, libatkan individu dan keluarga dalam perencanaan gaya hidup sehat atau modifikasi

perilaku kesehatan, tekankan pentingnya pola makan yang sehat, tidur, berolahraga bagi individu maupun keluarga, pertimbangkan status kesadaran kesehatan pasien dari awal kontak melalui pengkajian informal/ formal, berikan informasi secara tertulis maupun lisan kepada pasien dengan menggunakan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami, berikan pendidikan kesehatan atau konseling jika memungkinkan. **Hari ketiga** dilakukan pada tanggal 29 Mei 2019 yaitu: **Diagnosa keperawatan pertama:** Penurunan curah jantung b.d perubahan frekuensi jantung. **Implementasi :** Jam 08: 45, monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernapas, catat pergerakan dada, kesimetrisan, penggunaan otot bantu napas, monitor suara napas tambahan: vesikuler pada seluruh lapang paru, monitor pola napas: pola napas teratur, monitor peningkatan kelelahan, kecemasan dan kekurangan udara pada pasien, mengatur posisi semi fowler dengan mengatur posisi kepala tempat tidur di tinggikan. Jam 10:30 membantu memberikan obat Amlodipine 1 tablet/oral dengan melihat 6 benar dalam pemberian obat (Benar obat, dosis, pasien, waktu, rute, dokumentasi). Jam 11:00 mengukur tanda-tanda vital: TD: 130/90mmHg, nadi: 82x/menit, RR: 20x/menit, suhu: 36,5°C. **Diagnosa keperawatan kedua:** Nyeri akut b.d agens cedera fisik. **Implementasi :** Jam 09:00, Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi: lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan berat, gali bersama pasien factor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri, kendalikan factor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidak nyamanan, ajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti napas dalam dengan menarik napas melalui hidung kemudian hembuskan perlahan melalui mulut. Jam 13:00 dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk mengurangi rasa nyeri. Jam 12:00 kolaborasi dalam pemberian analgesic (obat pereda nyeri) paracetamol tablet dengan melihat 6 benar dalam pemberian obat (Benar obat, dosis, pasien, waktu, rute, dokumentasi). **Diagnosa keperawatan ketiga:** Defisiensi pengetahuan b.d kurang informasi. **Implementasi:** Jam 10:00, identifikasi factor internal dan eksternal yang dapat meningkatkan atau mengurangi motivasi untuk berperilaku sehat, tentukan pengetahuan kesehatan dan gaya hidup perilaku saat ini baik individu maupun keluarga, bantu individu maupun keluarga untuk memperjelas keyakinan dan nilai-nilai kesehatan, libatkan

individu dan keluarga dalam perencanaan gaya hidup sehat atau modifikasi perilaku kesehatan, tekankan pentingnya pola makan yang sehat, tidur, berolahraga bagi individu maupun keluarga, pertimbangkan status kesadaran kesehatan pasien dari awal kontak melalui pengkajian informal/ formal, berikan informasi secara tertulis maupun lisan kepada pasien dengan menggunakan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami, berikan pendidikan kesehatan atau konseling jika memungkinkan.

### **3.1.6 Evaluasi Keperawatan**

#### **Hari Senin, 27 Mei 2019**

Diagnosa penurunan curah jantung didapatkan evaluasi sebagai berikut, pasien mengeluh dada berdebar berkurang, pusing berkurang, tidak keringat dingin, napas cepat, dan masih sedikit sesak, perubahan tekanan darah, TTV: TD: 160/100mmhg, Nadi: 63x/m, RR: 25x/m, suhu 36°C, Napas cepat dan dangkal (takipnea), Riwayat pembengkakan jantung dan tidak terkontrol, Akral dingin, menggunakan Oksigen 2 liter/menit. Masalah keperawatan teratasi sebagian, intervensi keperawatan dilanjutkan. Pada diagnosa nyeri akut didapatkan evaluasi sebagai berikut pasien mengatakan nyeri kepala berkurang, skala nyeri 3 (nyeri sedang), rasa seperti tertikam, masih ada ekspresi wajah nyeri, Focus pada diri sendiri Masalah keperawatan teratasi sebagian, intervensi keperawatan dilanjutkan.

Diagnosa defisiensi pengetahuan didapatkan evaluasi sebagai berikut : pasien mengatakan sedikit paham mengenai apa yang menyebabkannya menderita hipertensi dan mengetahui tanda dan gejala serta factor-faktor penyebab hipertensi setelah mendapat informasi dari perawat dan media sosial, pasien sudah rutine melakukan pemeriksaan tekanan darah dan rutin minum obat penurun TD, Pasien masih melanggar (tidak patuh) makanan yang tidak dibolehkan untuk dikonsumsi penderita hipertensi. Masalah keperawatan teratasi sebagian, intervensi keperawatan dilanjutkan.

#### **Hari Selasa, 28 Mei 2019**

Pada diagnosa penurunan curah jantung didapatkan evaluasi sebagai berikut, pasien mengeluh dada berdebar berkurang, pusing berkurang, tidak keringat dingin, napas cepat, dan masih sedikit sesak, perubahan tekanan darah, TTV: TD: 130/90mmhg, Nadi: 70x/m, RR: 23x/m, suhu 36,5°C, tidak

ada napas cepat dan dangkal (takipnea), tidak menggunakan Oksigen. Masalah keperawatan teratasi sebagian, intervensi keperawatan dilanjutkan.

Diagnosa nyeri akut didapatkan evaluasi sebagai berikut pasien mengatakan nyeri kepala berkurang, skala nyeri 1 (nyeri sedang), tidak ada ekspresi wajah nyeri. Masalah keperawatan teratasi sebagian, intervensi keperawatan dilanjutkan.

Pada diagnosa defisiensi pengetahuan didapatkan evaluasi sebagai berikut :pasien mengatakan sedikit paham mengenai apa yang menyebabkannya menderita hipertensi dan mengetahui tanda dan gejala serta factor-faktor penyebab hipertensi setelah mendapat informasi dari perawat dan media sosial, pasien sudah rutine melakukan pemeriksaan tekanan darah dan rutin minum obat penurun TD. Masalah keperawatan teratasi sebagian, intervensi keperawatan dilanjutkan.

### **Hari Rabu, 29 Mei 2019**

Pada diagnosa penurunan curah jantung didapatkan evaluasi sebagai berikut, pasien mengatakan dada tidak debar lagi, tidak pusing, tidak keringat dingin, pernapasan normal, tidak sesak, perubahan tekanan darah, TTV: TD: 130/90mmhg, Nadi: 82x/m, RR: 20x/m, suhu 36,5°C, tidak ada napas cepat dan dangkal (takipnea), tidak menggunakan Oksigen. Masalah keperawatan teratasi, intervensi keperawatan dihentikan. Pada diagnosa nyeri akut didapatkan evaluasi sebagai berikut pasien mengatakan nyeri kepala hilang, tidak ada ekspresi wajah nyeri. Masalah keperawatan teratasi, intervensi keperawatan dihentikan.

Pada diagnosa defisiensi pengetahuan didapatkan evaluasi sebagai berikut :pasien mengatakan sedikit paham mengenai apa yang menyebabkannya menderita hipertensi dan mengetahui tanda dan gejala serta factor-faktor penyebab hipertensi setelah mendapat informasi dari perawat dan media sosial, pasien sudah rutine melakukan pemeriksaan tekanan darah dan rutin minum obat penurun TD. Masalah keperawatan teratasi, intervensi keperawatan dihentikan.

## **3.2 Pembahasan Kasus**

### **3.2.1 Pengkajian Keperawatan**

Pasien mengatakan dada berdebar, napas cepat (takipnea) dan sedikit sesak, pusing, kelelahan, nyeri kepala menjalar ke tengkuk, keringat dingin,

TTV: TD: 160/100mmhg, Nadi: 63x/m, RR: 25x/m, suhu 36 °C, menggunakan Oksigen nasal kanul 3 liter/menit. Menurut (Sujono, 2011) keluhan atau tanda-tanda lazim yang akan muncul pada penderita hipertensi adalah sakit kepala (nyeri kepala), nyeri dada, kelelahan, sesak nafas, perdarahan hidung, vertigo, mual muntah, perubahan penglihatan, kesemutan pada kaki dan tangan dan kejang atau koma. Beberapa keluhan yang muncul pada pasien saat di kaji sama dengan keluhan atau tanda-tanda lazim yang terdapat dalam teori, namun pada pengkajian juga ditemukan adanya tanda dan gejala yang tidak sesuai dengan teori seperti: pusing, kelelahan, dada berdebar dan keringat dingin. Pasien mengatakan pada tahun 2010 pernah dirawat di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang dengan penyakit hipertensi namun pasien tidak melakukan pengobatan secara rutin, kurang berolahraga dan menjaga pola makan dengan baik sehingga penyakit hipertensi kambuh lagi. Pasien juga mengatakan ayahnya juga menderita penyakit hipertensi. Pasien saat ini mengalami sakit hipertensi.

Menurut (Padila, 2013) penyakit hipertensi disebabkan karena faktor keturunan, bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi. Selain faktor keturunan, kebiasaan hidup atau pola hidup yang kurang baik juga menyebabkan timbulnya hipertensi seperti konsumsi garam yang tinggi (melebihi dari 30 gr), kegemukan atau makan berlebihan, stress dan pengaruh lain misalnya merokok, minum alkohol, obat-obatan.

Berdasarkan pengkajian dan data yang ditemukan yaitu pasien mengatakan dada berdebar, napas cepat (takipnea) dan sedikit sesak, pusing, kelelahan, nyeri kepala menjalar ke tengkuk, keringat dingin, TD: 160/100mmhg, adanya riwayat penyakit hipertensi namun pasien tidak melakukan pengobatan secara rutin, kurang berolahraga dan menjaga pola makan dengan baik serta riwayat keluarga yang menderita hipertensi, oleh karena itu peneliti berasumsi bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta.

### **3.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Menurut (Padila, 2013) diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pasien hipertensi meliputi: penurunan curah jantung, intoleransi aktivitas,

gangguan rasa nyaman (nyeri), ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral, ginjal dan jantung, defisiensi (kurang) pengetahuan.

Pada kasus Tn. F.T tidak semua diagnosa di ambil dalam penegakan diagnosa karena pada proses pengkajian hanya ditemukan beberapa masalah (diagnosa) keperawatan pada Tn. F.T yaitu penurunan curah jantung, nyeri akut, dan defisiensi pengetahuan yang sesuai dengan teori, sedangkan diagnosa intoleransi aktivitas yang muncul pada teori tidak di ambil karena pasien mampu melakukan aktivitas tanpa bantuan orang lain. Saat elakukan aktivitas tidak ada keluhan capek, lemah dan sesak dari pasien.

### **3.2.3 Perencanaan Keperawatan**

Sesuai diagnosa keperawatan yang telah di tetapkan, maka menurut (Taylor, 2010), penetapan criteria hasil ditetapkan secara umum tanpa membedakan khusus untuk setiap diagnosa keperawatan. Pada perencanaan keperawatan, kriteria hasil dibedakan dengan adanya tujuan umum (GOAL), tujuan Khusus (SUBJEKTIF), berorientasi pada penyebabnya sehingga evaluasi terarah.

Pada kasus Tn. F.T, intervensi keperawatan yang dilakukan pada diagnosa penurunan curah jantung adalah: intervensi keperawatan seperti: monitor kecepatan dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui status cardio pulmonal pasien, pasien juga perlu dilakukan observasi tanda-tanda vital dengan tujuan mengetahui status kardiovaskuler pasien, irama, kedalaman dan kesulitan bernapas, catat pergerakan dada, kesimetrisan, penggunaan otot bantu napas, monitor suara napas tambahan, monitor pola napas, monitor peningkatan kelelahan, kecemasan dan kekurangan udara pada pasien, mengatur posisi semi fowler, mengobservasi tanda- tanda vital. Semua intervensi ini dilakukan sesuai teori.

Diagnosa nyeri akut intervensi yang di tetapkan adalah lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi: lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan berat, gali bersama pasien factor yan dapat menurunkan atau memperberat nyeri, kendalikan factor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidak nyamanan, ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri, ajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk mengurangi rasa nyeri dan kolaborasi dalam pemberian analgesic (obat

peredah nyeri) paracetamol tablet. Semua intervensi yang dibuat kepada Tn.F.T sesuai dengan teori yang di ambil dari (Taylor, 2013).

Diagnosa defisiensi pengetahuan intervensi yang ditetapkan adalah identifikasi factor internal dan eksternal yang dapat meningkatkan atau mengurangi motivasi untuk berperilaku sehat, tentukan pengetahuan kesehatan dan gaya hidup perilaku saat ini baik individu maupun keluarga, bantu individu maupun keluarga untuk memperjelas keyakinan dan nilai-nilai kesehatan, libatkan individu dan keluarga dalam perencanaan gaya hidup sehat atau modifikasi perilaku kesehatan, tekankan pentingnya pola makan yang sehat, tidur, berolahraga bagi individu maupun keluarga, pertimbangkan status kesadaran kesehatan pasien dari awal kontak melalui pengkajian informal/formal, berikan informasi secara tertulis maupun lisan kepada pasien dengan menggunakan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami, dan berikan pendidikan kesehatan atau konseling jika memungkinkan.

#### **3.2.4 Implementasi Keperawatan**

Menurut (Taylor, 2010) pelaksanaan keperawatan harus sesuai dengan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan. Pada kasus TN.F.T tindakan keperawatan yang dilakukan pada diagnosa penurunan curah jantung adalah: monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernapas, catat pergerakan dada, kesimetrisan, penggunaan otot bantu napas, monitor suara napas tambahan, monitor pola napas, monitor peningkatan kelelahan, kecemasan dan kekurangan udara pada pasien, mengatur posisi semi fowler, mengobservasi tanda- tanda vital.

Diagnosa nyeri akut intervensi yang di tetapkan adalah lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi: lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan berat, gali bersama pasien factor yan dapat menurunkan atau memperberat nyeri, kendalikan factor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidak nyamanan, ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri, ajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti napas dalam, terapi music, kompres dingin/hangat, pijatan utuk mengurangi rasa nyeri, dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk mengurangi rasa nyeri dan kolaborasi dalam pemberian analgesic (obat peredah nyeri) paracetamol tablet.

Diagnosa defisiensi pengetahuan intervensi yang ditetapkan adalah identifikasi factor internal dan eksternal yang dapat meningkatkan atau mengurangi motivasi untuk berperilaku sehat, tentukan pengetahuan kesehatan dan gaya hidup perilaku saat ini baik individu maupun keluarga, bantu individu maupun keluarga untuk memperjelas keyakinan dan nilai-nilai kesehatan, libatkan individu dan keluarga dalam perencanaan gaya hidup sehat atau modifikasi perilaku kesehatan, tekankan pentingnya pola makan yang sehat, tidur, berolahraga bagi individu maupun keluarga, pertimbangkan status kesadaran kesehatan pasien dari awal kontak melalui pengkajian informal/formal, berikan informasi secara tertulis maupun lisan kepada pasien dengan menggunakan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami, dan berikan pendidikan kesehatan atau konseling jika memungkinkan. Berdasarkan tindakan keperawatan yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

### **3.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Pada tahap evaluasi merupakan tahap dimana mahasiswa atau peneliti menilai apakah masalah keperawatan teratasi, teratasi sebagian atau tidak teratasi dengan mengacu pada criteria evaluasi dan pada kasus TN.F.T evaluasi yang diperoleh adalah pada diagnosa penurunan curah jantung didapatkan evaluasi sebagai berikut, pasien mengatakan dada tidak berdebar lagi, tidak pusing, tidak keringat dingin, pernapasan normal, tidak sesak, perubahan tekanan darah, TTV: TD: 130/90mmhg, Nadi: 82x/m, RR: 20x/m, suhu 36,5 °c, tidak ada napas cepat dan dangkal (takipnea), tidak menggunakan Oksigen. Masalah keperawatan teratasi, intervensi keperawatan dihentikan.

Pada diagnosa nyeri akut didapatkan evaluasi sebagai berikut pasien mengatakan nyeri kepala hilang, tidak ada ekspresi wajah nyeri. Masalah keperawatan teratasi, intervensi keperawatan dihentikan

Pada diagnosa defisiensi pengetahuan didapatkan evaluasi sebagai berikut :pasien mengatakan sedikit paham mengenai apa yang menyebabkannya menderita hipertensi dan mengetahui tanda dan gejala serta factor-faktor penyebab hipertensi setelah mendapat informasi dari perawat dan media sosial, pasien sudah rutine melakukan pemeriksaan tekanan darah dan rutin minum obat penurun TD. Masalah keperawatan teratasi, intervensi keperawatan dihentikan.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan oleh perawat diruangan sudah sesuai dengan teori yaitu menggunakan SOAP. Dari hasil evaluasi yang dilakukan masalah keperawatan pada pasien sudah teratasi sehingga semua tindakan keperawatan dihentikan karena pasien sudah dianjurkan oleh dokter untuk pulang.

### **3.3 Keterbatasan Studi Kasus**

Dalam melakukan penelitian studi kasus pada pasien hipertensi terdapat keterbatasan yaitu pada orang (responden), dalam hal ini pasien, dimana peneliti hanya berfokus pada satu pasien saja membuat peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin didapatkan dari pasien lainnya.

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **4.1 Kesimpulan**

Pengkajian didapatkan : Pasien mengeluh dada berdebar, pusing, nyeri kepala, skala nyeri 4 (nyeri sedang), rasa seperti tertikam, tampak ekspresi wajah nyeri, focus pada diri sendiri, kelelahan, keringat dingin, napas cepat, dan sedikit sesak, perubahan tekanan darah, TTV: TD: 160/100mmhg, nadi: 63x/m, RR: 25x/m, suhu 36°C, napas cepat dan dangkal (takipnea), riwayat pembengkakan jantung dan tidak terkontrol, akral dingin, menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter/menit, pasien mengatakan tidak mengetahui apa yang menyebabkannya menderita hipertensi, pasien juga tidak mengetahui tanda dan gejala serta factor-faktor penyebab hipertensi, pasien tidak rutin melakukan pemeriksaan tekanan darah dan tidak rutin minum obat penurun tekanan darah, pasien sering melangar (tidak patuh) makanan yang tidak dibolehkan untuk dikonsumsi penderita hipertensi, kurang mengetahui tentang penyakit hipertensi.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan sebagai berikut: Penurunan curah jantung b.d perubahan frekuensi jantung, nyeri akut b.d agen cedera fisik dan defisiensi pengetahuan b.d kurang informasi.

Intervensi atau perencanaan keperawatan yang dilakukan pada pasien sebagai berikut : observasi TTV, monitor peningkatan kelelahan dan kecemasan, mengatur posisi semi fowler, membantu memberikan obat Amlodipine 1 tablet (10 mg/oral), lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, ajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti napas dalam, dukung istirahat/tidur yang adekuat, melayani obat paracetamol tablet serta berikan pendidikan kesehatan atau konseling.

Implementasi keperawatan dilakukan selama 3 hari terhitung dari tanggal 27 Mei 2019- 29 Mei 2019 dengan mengacu pada intervensi atau perencanaan yang telah dibuat. Evaluasi yang di dapat setelah dilakukan perawatan selama 3 hari terhitung dari tanggal 27 Mei 2019- 29 Mei 2019 sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan, pasien dan keluarga memberikan respon yang baik sehingga pada evaluasi tindakan masalah pada pasien teratasi dan pasien dapat pulang.

## 4.2 Saran

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada TN.F.T di Ruang Komodo RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang serta kesimpulan yang telah disusun diatas, maka peneliti memberikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Dalam pemberian asuhan keperawatan dapat digunakan pendekatan proses keperawatan serta perlu adanya partisipasi keluarga karena keluarga merupakan orang terdekat pasien yang tahu akan perkembangan dan kesehatan pasien.
2. Dalam memberikan tindakan keperawatan tidak harus sesuai dengan apa yang ada pada teori, akan tetapi harus sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien serta menyesuaikan dengan kebijakan dari rumah sakit.
3. Dalam memberikan asuhan keperawatan setiap pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi perlu didokumentasi dengan baik
4. Dalam melakukan penyuluhan kesehatan media yang digunakan perlu didokumentasikan dengan baik sehingga jika mendapatkan kasus yang sama dapat digunakan media tersebut.

## DAFTAR PUSTAKA

- Damayantie. 2013. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Penatalaksanaan Hipertensi Oleh Penderita Di Wilayah Kerja Puskesmas Sekernan Ilir Kabupaten Muaro Jambi Tahun 2018. Jurnal Ners Dan Kebidanan [Http://jnk.phb.ac.id/index.php/jnk](http://jnk.phb.ac.id/index.php/jnk)
- Hasdianah. 2018. Patologi & Patofisiologi Penyakit. Yogyakarta: Penerbit: Nuha Medika
- Header & Kamitsuru. 2017. Diagnosa Keperawatan defenisi dan Klasifikasi. Edisi 10. Penerbit : Buku Kedokteran
- Herwati. 2013. Jurnal Kesehatan Masyarakat: Terkontrolnya Tekanan Darah Berdasarkan pola diet Dan kebiasaan olahraga Dipadang tahun 2011. Jurnal Kesehatan Masyarakat, September 2013 - Maret 2014, Vol. 8, No. 1
- Nurjannah Dkk. 2013. Nursing Interventions Clasification (NIC). Edisi 6. Penerbit : Elsevier
- Nurjannah Dkk. 2013. Nursing Outcomes Clasification (NOC). Edisi 6. Penerbit : Elsevier
- Padila. 2013. Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam. Yogyakarta: Penerbit: Nuha Medika
- RIKESDA. 2018. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Pusat Data Informasi.Pdf
- Sujono. 2011. Keperawatan Medikal Bedah. Penerbit: Pustaka Pelajar.
- Tylor. Cintya. 2010. Buku Diagnosa Keprawatan dengan Rencana asuhan Keperawatan. Edisi 10. Jakarta: EGC
- WHO. 2018. Pengaruh Pengetahuan, Sikap Dan Dukungan Keluarga Terhadap Diet Hipertensi Di Desa Hulu Kecamatan Pancur Batu Tahun 2016. Jurnal kesehatan vol 11 no 1 tahun 2018. P-ISSN : 2086-2555; E-ISSN : 2622-7363
- Yunita. 2014. Hipertensi Bukan Untuk Ditakuti. Jakarta Selatan. Penerbit: FMedika.



LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIA

NAMA MAHASISWA : KRISMON RAGA  
NIM : PO. 530320116310  
NAMA PEMBIMBING : MARIA AGUSTINA MAKING. S.Kep.,Ns.,M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	30-05-2019	Konsultasi BAB I dan BAB II	
2	31-05-2019	Konsultasi revisi BAB I pendahuluan dan BAB II tinjauan teori	
3	04-06-2019	Konsultasi - kata pengantar - BAB III: hasil studi kasus dan pembahasan - BAB IV: Penutup dan saran pustaka.	
4	07-06-2019	Konsultasi revisi BAB III dan BAB IV	
5	10-06-2019	Konsultasi revisi BAB III, BAB IV dan Abstrak	
6	11-06-2019	Konsultasi revisi - kata pengantar - Abstrak - BAB I - BAB II - BAB III - BAB IV - Daftar pustaka - Lampiran	
7	12-06-2019	Ujian sidang studi kasus	



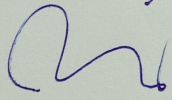
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES REPUBLIK INDONESIA  
PRODI KEPERAWATAN KUPANG

Jl. Piet A. Tallo Liliba Kupang- Telp./Fax : (0380)881045



LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIA

NAMA MAHASISWA : KRISMON RAGA  
NIM : PO. 530320116310  
NAMA PEMBIMBING : MARIA AGUSTINA MAKING. S.Kep.,Ns.,M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	13-06-2019	Revisi abstrak dan BAB III: pembahasan	
2	14-06-2019	- Revisi abstrak - BAB III: pembahasan - ACC	