

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Y. N. DENGAN HIPERTENSI
DI PUSKESMAS BAKUNASE KUPANG**



**OLEH
VINSENSIA G. LESU
NIM: PO. 5303201181243**

**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 PADA NY. Y. N. DENGAN HIPERTENSI DI PUSKESMAS BAKUNASE KUPANG

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Studi Pada Program Studi Diploma III Keperawatan
Dan Mendapat Gelar Ahli Madya Keperawatan Melalui
Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)**



**OLEH
VINSENSIA G. LESU
NIM: PO. 5303201181243**

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

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Y. N. DENGAN
HIPERTENSI DI PUSKESMAS BAKUNASE KOTA KUPANG”

Disusun Oleh :



Vinsensia G. Lesu

NIM: PO. 5303201181243

Telah Diuji Pada Tanggal, 22 Juli 2019
DewanPenguji

Penguji I



Yuliana Dafroyati, S.Kep, Ns, M.Sc
NIP. 19720218199703 2 001

Penguji II



Meyeriance Kapitan, S.Kep, Ns, M.Kep
NIP. 19790430200012 2 001

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, S.KP., M.Kes
NIP : 196911281993031005

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teh, S.Kep, Ns., MSc-PH
NIP : 197707272000032002

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Vinsensia G. Lesu NIM: PO.5303201181243 dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y. N. Dengan Hipertensi di Puskesmas Bakunase Kota Kupang"

Telah disetujui oleh pembimbing untuk di seminarkan didepan Dewan Penguji Prodi D-III pada tanggal, 20 Juli 2019.

Disusun oleh :



Vinsensia G. Lesu
NIM: PO. 5303201181243

Pembimbing



Meiveriance Kapitan, S.Kep, Ns, M.Kep
NIP. 19790430200012 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Vinsensia G. Lesu
Nim : PO.5303201181243
Program Studi : D III Keperawatan
Institusi : Jurusan Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Kupang

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

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

Kupang, 22 Juli 2019

Pembuat Pernyataan



VINSENSIA G. LESU
NIM: PO. 5303201181243

Mengetahui:

Pembimbing



Meiveriance Kapitan, S.Kep. Ns, M.Kep
NIP. 19790430200012 2 001

BIODATA PENULIS

Nama : Vinsensia G. Lesu
TempatTanggalLahir : Atambua, 28 Oktober 1966
JenisKelamin : Perempuan
Alamat : Dusun III, RT/RW 09/05, Desa Oenoni,
Kecamatan
Amarasi Kabupaten Kupang
RiwayatPendidikan : 1.Tamat SDK Halilulik Tahun 1981
2.Tamat SMP Negeri Sadi Atambua Tahun 1984
3.Tamat SPK Kupang Kelas Paralel Atambua
Tahun
1987
4.Pada Tahun 2018 Kuliah di Program Studi
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes
Kupang.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkat dan rahmatnya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tugas akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Ny. Y. N. dengan Hipertensi di Puskesmas Bakunase Kota Kupang. Penyusunan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

Penulis menyadari bahwa dalam menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini banyak mendapat dukungan dan bantuan dari beberapa pihak yang dengan caranya masing-masing menolong penulis demi keberhasilan studi penulis. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang takterhingga Kepada :

1. Ibu Meiyeriance Kapitan, S.Kep. Ns, M.Kep, selaku pembimbing sekaligus penguji II yang telah banyak memberi bimbingan, masukan serta memberikan dorongan semangat, sehingga penulis dapat menyelesaikan Ujian Akhir Program.
2. Ibu Yuliana Dafroyati, S.Kep. Ns, M.Sc, selaku penguji I atas segala masukan dan petunjuknya sehingga penulis dapat menyelesaikan Ujian Akhir Program.
3. Patrisia To, SST, M. Kes, selaku Pembimbing Klinik/CI di Puskesmas Bakunase Kota Kupang yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
4. Ibu R. H. Kristina, SKM, M.Kes., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Ujian Akhir Program.
5. Bapak Dr.Florentianus Tat, SKp.,M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Ujian Akhir Program.

6. Ibu Margaretha Telly, S.Kep., Ns., MSc-PH, selaku Ketua Program Studi Diploma III Jurusan Keperawatan, yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
7. Ibu dr. Imelda, selaku Kepala Puskesmas Bakunase Kota Kupang. yang telah menerima dan memberikan ijin kepada penulis untuk melaksanakan Studi Kasus di Puskesmas Bakunase Kota Kupang.
8. Seluruh staf Puskesmas Bakunase Kota Kupang yang telah membantu penulis selama mengikuti Ujian Akhir Program di Puskesmas Bakunase Kota Kupang dan dalam proses penyelesaian Laporan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Para Dosen Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kupang yang telah membimbing penulis selama mengikuti pendidikan baik di kampus maupun di lahan praktek.
10. Bapak Yulianus Resi Tato, suamiku tercinta, dan anak-anakku tersayang Nova, Adi, Bela yang telah mendukung penulis sampai penulis menyelesaikan studi Diploma III keperawatan.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah berjasa terhadap penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu kritik dan saran dari semua pihak untuk penyempurnaan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini sangat diharapkan agar lebih bermanfaat bagi yang berkepentingan.

Kupang, Juli 2019

Penulis

ABSTRAK

**Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Jurusan D-III Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah**

Nama: Vinsensia G. Lesu

NIM : PO. 5303201181171

Latar belakang: Hipertensi adalah dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistolik diatas 140 mmHg, dan tekanan sistolik diatas 90 mmHg. Pada manula, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg Tujuan penulisan ini adalah untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami hipertensi yang meliputi pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Di Puskesmas Bakunase Kota Kupang. Sumber informasi didapatkan dari anamnesis dari pasien dan keluarga, pemeriksaan fisik.

Setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari dari tanggal 15-17 Juli 2019, pasien mengatakan nyeri berkurang dan mengatakan akan mengikuti semua anjuran dan latihan yang sudah diberikan. Skala nyeri 0, tampak pasien tidak cemas dan ekspresi wajah segar. Implementasi yang dilakukan adalah: 1) Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan factor pencetus, 2) Mengobservasi tanda-tanda vital. 3) Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 4) Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri. 5) Menggunakan pendekatan yang menenangkan. 6) Menyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien. 7) Menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi cemas. 8) Memberikan informasi faktual mengenai penyakit yang diderita. 9) Menganjurkan suaminya untuk menghubungi anak-anaknya melalui telpon. 10) Dengarkan dengan penuh perhatian. 11) mengidentifikasi tingkat kecemasan. 12) Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan. 13) Menginstruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi.. Oleh karena itu peran perawat dalam pemberiana suhan keperawatan dan dukungan keluarga sangat menentukan keberhasilan dari setiap prosedur keperawatan yang dilakukan.

Kata Kunci : Hipertensi , Puskesmas Bakunase, Asuhan Keperawatan.

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Pernyataan Keaslian Tulisan	iv
Biodata Penulis.....	v
Kata Pengantar	vi
Abstrak	viii
Daftar Isi	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Studi	4
1.3 Manfaat Studi	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Dasar Penyakit	6
2.1.1 Pengertian Hipertensi	6
2.1.2 Epidemiologi Hipertensi	6
2.1.3 Klasifikasi Hipertensi.....	7
2.1.4 Faktor Risiko Hipertensi	9
2.1.5 Patofisiologi Hipertensi.....	14
2.1.6 Manifestasi Klinis Hipertensi.....	15
2.1.7 Pathway Hipertensi	17
2.1.8 Penatalaksanaan Hipertensi.....	19
2.1.9 Terapi Farmakologis Hipertensi.....	22
2.1.10 Komplikasi Hipertensi	25
2.2 Konsep Dasar Asuhan keperawatan.....	25
2.2.1 Pengkajian	25
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	30
2.2.3 Intervensi dan Implementasi Keperawatan	30
2.2.4 Evaluasi Keperawatan.....	33

BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	34
3.1 Hasil Studi Kasus	34
3.1.1 Pengkajian	34
3.1.2 Analisa Data	37
3.1.3 Diagnosa Keperawatan.....	37
3.1.4 Intervensi Keperawatan.....	37
3.1.5 Implementasi Keperawatan.....	39
3.1.6 Evaluasi Keperawatan.....	41
3.2 Pembahasan.....	42
3.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	43
3.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	44
3.2.3 Intervensi Keperawatan.....	44
3.2.4 Implementasi Keperawatan.....	45
3.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	46
BAB 4 PENUTUP	47
4.1 Kesimpulan	47
4.2 Saran	49
DAFTAR PUSTAKA	50
LAMPIRAN	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan yang baik atau kesejahteraan merupakan suatu kondisi dimana tidak hanya terbebas dari penyakit. Menurut WHO sehat adalah suatu keadaan yang lengkap meliputi kesejahteraan fisik, mental, dan sosial bukan semata-mata bebas dari penyakit atau kelemahan. UU No. 23 (1992) sehat adalah keadaan sejahtera dari badan (jasmani), jiwa (rohani), dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

Hipertensi adalah dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistolik diatas 140 mmHg, dan tekanan sistolik diatas 90 mmHg. Pada manula, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg (Brunner & Suddarth, 2002).

Keluarga adalah unit terkecil dari suatu masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Harmoko, 2012).

Keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan meliputi, keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga, keluarga membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, keluarga memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit, keluarga mempertahankan suasana rumah yang tepat, serta keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat. Kelima tugas kesehatan keluarga ini saling berkaitan dan perlu dilakukan oleh keluarga, perawat perlu mengkaji sejauh mana keluarga mampu melaksanakan tugas tersebut dengan baik dan memberikan bantuan atau pembinaan terhadap keluarga untuk memenuhi tugas kesehatan keluarga, (Harmoko, 2012).

Hipertensi merupakan masalah kesehatan masyarakat di dunia, dan

berkaitan erat dengan pola perilaku hidup masyarakat. Perilaku hidup masyarakat yang lebih senang dengan kehidupan yang instan seperti lebih menyukai makan siap saji yang sangat tinggi kandungan lemak namun tidak rajin berolahraga sehingga lemak tersebut akan menumpuk dalam tubuh dan menyebabkan obesitas. Ditambah lagi kebiasaan buruk lain yaitu alkohol dan merokok. Adapun faktor keturunan serta kebiasaan emosi yang tidak terkontrol juga menambah buruk kesehatan yang dapat menyebabkan hipertensi. Namun mereka tak menyadari perilaku tersebut merupakan penyumbang tertinggi untuk masalah hipertensi pada kesehatan mereka. Sampai saat ini hipertensi masih menjadi masalah karena beberapa hal, antara lain meningkatnya prevalensi hipertensi, masih banyak pasien hipertensi yang belum mendapatkan pengobatan maupun yang sudah diobati tetapi tekanan darahnya belum mencapai target, serta adanya penyakit penyerta dan komplikasi berupa kerusakan organ target, terutama jantung dan pembuluh darah yang memperburuk prognosis pasien hipertensi.

WHO (*World Health Organization*) tahun 2013 menunjukkan penyakit kardiovaskular telah menyebabkan 17 juta kematian tiap tahun akibat komplikasi hipertensi yaitu sekitar 9,4 juta tiap tahun di seluruh dunia (*A Global Brief on Hypertension*, 2013). Prevalensi hipertensi tertinggi di wilayah Afrika yaitu 46% dari orang dewasa berusia 25 tahun ke atas, sedangkan prevalensi terendah yaitu 35% ditemukan di Amerika.

Di Indonesia, angka kejadian hipertensi berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Departemen Kesehatan tahun 2013 mencapai sekitar 25,8%. Kementerian Kesehatan (2013) juga menyatakan bahwa terjadi peningkatan prevalensi hipertensi dari 7,6% tahun 2007 menjadi 9,5% pada tahun 2013. Prevalensi hipertensi di Indonesia berdasarkan hasil pengukuran pada umur ≥ 18 tahun sebesar 25,8%, sedangkan data penderita hipertensi di Jakarta diketahui sebanyak 20,0% (Riskesdas, 2007).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013 Prevalensi hipertensi di NTT sebesar 14,5% dimana Kabupaten Manggarai menjadi peringkat

pertama sebesar 32,4% disusul dengan Kabupaten Ngada sebesar 27,9% dan Kabupaten Sumba Barat sebesar 22,6%. Sementara jumlah penderita hipertensi di Kota Kupang sebesar 5,3%. Hipertensi merupakan salah satu kasus yang sering ditemukan di Puskesmas Pasir Panjang. Pada tahun 2016 penderita hipertensi sebanyak 138 orang, sedangkan pada tahun 2017 mengalami penurunan hanya terdapat 72 penderita hipertensi. Namun sampai pertengahan tahun 2018 mengalami peningkatan penderita hipertensi sebanyak 81 orang.

Perjalanan penyakit hipertensi sangat perlahan dan tidak menunjukkan gejala selama bertahun-tahun. Masa laten ini menyelubungi perkembangan penyakit sampai terjadi kerusakan organ yang bermakna. Bila terdapat gejala biasanya bersifat tidak spesifik, misalnya sakit kepala atau pusing. Gejala lain yang sering ditemukan adalah epistaksis, mudah marah, telinga berdengung, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, dan mata berkunang-kunang. Apabila hipertensi tidak diketahui dan tidak dirawat dapat mengakibatkan kematian karena gagal jantung, infark miokardium, *stroke* atau gagal ginjal. Namun deteksi dini dan perawatan hipertensi dapat menurunkan jumlah morbiditas dan mortalitas.

Pada kasus hipertensi sering dikatakan bahwa gejala yang lazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis. Kebanyakan masyarakat (keluarga) menganggap gejala seperti nyeri ini tidak berpengaruh terhadap kesehatan, sehingga tidak perlu di periksa lebih lanjut. Ada pula yang telah memeriksakan kesehatan pada fasilitas kesehatan dan positif hipertensi sehingga di berikan obat yang harus di konsumsi setiap hari. Namun masih banyak masyarakat yang tidak patuh untuk meminumnya setiap hari. Masalah lain yang juga dilakukan oleh masyarakat penderita hipertensi, mereka tidak patuh untuk rutin memeriksakan tekanan darah pada layanan kesehatan sehingga dapat memantau tekanan darah mereka.

Untuk mengubah pandangan masyarakat tentang pentingnya

memeriksa kesehatan, memantau tekanan darah, serta minum obat secara rutin, maka perawat harus mengkaji keluarga sehingga dapat mengetahui peran kesehatan keluarga secara utuh agar semua anggota keluarga dapat membantu mendukung dalam proses pengobatan.

Data yang diambil dari Puskesmas Bakunase, menggambarkan bahwa jumlah kasus hipertensi selama periode Januari 2018 sampai dengan Juni 2019 sebanyak 112 orang (Register hipertensi Puskesmas Bakunase, 2019).

Berdasarkan pada fenomena diatas maka penulis tertarik untuk mengambil kasus yang dituangkan dalam sebuah karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y. N. Dengan Penyakit Hipertensi di Puskesmas Bakunase”.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, penulis merumuskan masalah dalam penelitian adalah “Bagaimana gambaran hasil keluarga melaksanakan tugas kesehatan dalam merawat penyakit dengan hipertensi mulai pengkajian sampai evaluasi”.

1.2 Tujuan

1.1.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengetahui konsep dasar teori dan asuhan keperawatan serta mengaplikasikannya pada Ny. Y. N. dengan penyakit hipertensi di Puskesmas Bakunase Kota Kupang

1.1.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu mengidentifikasi pengkajian keperawatan pada pada Ny. Y. N. dengan penyakit hipertensi di Puskesmas Bakunase Kota Kupang
2. Mahasiswa mampu mengidentifikasi analisa data pada pada Ny. Y. N. dengan penyakit hipertensi di Puskesmas Bakunase Kota Kupang
3. Mahasiswa mampu mengidentifikasi diagnosa keperawatan pada pada Ny. Y. N. dengan penyakit hipertensi di Puskesmas Bakunase Kota Kupang

4. Mahasiswa mampu mengidentifikasi rencanakan tindakan keperawatan pada pada Ny. Y. N. dengan penyakit hipertensi di Puskesmas Bakunase Kota Kupang
5. Mahasiswa mampu mengidentifikasi pelaksanaan tindakan keperawatan pada pada Ny. Y. N. dengan penyakit hipertensi di Puskesmas Bakunase Kota Kupang
6. Mahasiswa mampu mengidentifikasi evaluasi keperawatan pada pada Ny. Y. N. dengan penyakit hipertensi di Puskesmas Bakunase Kota Kupang

1.3 Manfaat Studi Kasus

1.3.1 Bagi Penulis

Untuk menambah ilmu pengetahuan, wawasan dan pengalaman sebagai bekal pembelajaran saat bekerja terutama dalam asuhan keperawatan keluarga dengan hipertensi.

1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai referensi bagi pendidikan keperawatan tentang perawatan keluarga dengan kasus hipertensi.

1.3.3 Bagi Puskesmas Bakunase

Sebagai masukan yang bisa digunakan dalam upaya peningkatan kesehatan terutama pada perawatan keluarga dan anggota keluarga penderita hipertensi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DASAR PENYAKIT

2.1.1 Pengertian Hipertensi

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik ≥ 140 mm Hg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg (*Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation, and Treatment of High Pressure VII (JNC VII)*, 2003). Pada kelompok usia lanjut, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan diastolik ≥ 90 mmHg (Smeltzer & Bare, 2002).

2.1.2 Epidemiologi Hipertensi

Kejadian hipertensi terus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Data *World Hypertension League Brochure 2009* menyebutkan bahwa hipertensi diderita lebih dari 1,5 miliar jiwa di seluruh dunia. Kejadian hipertensi juga terus mengalami peningkatan di wilayah Indonesia. Hasil Riset Kesehatan Dasar (2007) menyatakan bahwa prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 31,7%. Data Kementerian Kesehatan RI 2009 prevalensi hipertensi sebesar 29,6% dan meningkat menjadi 34,1% pada tahun 2010. Prevalensi ini selanjutnya diestimasi akan meningkat menjadi 37% pada tahun 2015 dan 42 % pada tahun 2025 (*Indonesian Society of Hypertension*, 2012).

Survei penyakit jantung pada usia lanjut yang dilaksanakan Boedhi Darmojo, menemukan prevalensi hipertensi, tanpa atau dengan tanda penyakit jantung hipertensi sebesar 33,3% (81 orang dari 243 orang tua 50 tahun ke atas). Wanita mempunyai prevalensi lebih tinggi dari pada pria ($p=0,05$). Dari kasus-kasus tadi, ternyata 68,4% termasuk hipertensi ringan (diastolik 95–104 mmHg),

28,1% hipertensi sedang (diastolik 105–129 mmHG) dan hanya 3,5% dengan hipertensi berat (diastolik sama atau lebih besar dengan 130 mmHg).

2.1.3 Klasifikasi Hipertensi

1. Berdasarkan Tekanan Darah

Menurut JNC VII (2003), tekanan darah dibagi dalam tiga klasifikasi yakni normal, pre-hipertensi, hipertensi stage 1, dan hipertensi stage 2. Klasifikasi ini didasarkan pada nilai rata-rata dari dua atau lebih pengukuran tekanan darah, yang pemeriksaannya dilakukan pada posisi duduk dalam setiap kunjungan berobat.

Tabel. 1 Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC-VII 2003

KLASIFI KASI	TDS mmHg	TDD mmHg	MODIFIKA SI GAYA HIDUP	OBAT AWAL	
				Tanpa indikasi	Dengan indikasi
Normal	120	80	Anjuran	Tidak Perlu menggunakan obat antihipertensi	Gunakan obat yang spesifik dengan indikasi (resiko). ‡
Pre hipertensi	120-139	0-89	Ya		
Hipertensi derajat 1	140-159	0-99	Ya	Untuk semua kasus gunakan diuretik jenis thiazide, pertimbangkan ACEi, ARB, BB, CCB, atau kombinasikan	Gunakan obat yang spesifik dengan indikasi (resiko). ‡ Kemudian tambahkan obat antihipertensi (diuretik, ACEi, ARB, BB, CCB) seperti yang dibutuhkan
Hipertensi derajat 2	> 160	> 100	Ya	Gunakan kombinasi 2 obat (biasanya diuretik jenis thiazide dan ACEi/ARB/BB/CC B	

Keterangan:

TDS, Tekanan Darah Sistolik; TDD, Tekanan Darah Diastolik

Kepanjangan Obat: ACEi, Angiotensin Converting Enzim Inhibitor; ARB, Angiotensin Reseptor Bloker; BB, Beta Bloker; CCB, Calcium Chanel Bloker

* Pengobatan berdasarkan pada kategori hipertensi

† Penggunaan obat kombinasi sebagai terapi awal harus digunakan secara hati-hati oleh karena hipotensi ortostatik.

2. Berdasarkan Etiologi

Hipertensi berdasarkan etiologi / penyebabnya dibagi menjadi dua yaitu

1) Hipertensi Primer atau Esensial

Hipertensi esensial adalah tekanan darah tinggi yang penyebab jelasnya tidak diketahui. Sebagian besar (95%) kasus hipertensi merupakan hipertensi esensial. Hipertensi esensial biasanya dimulai pada usia akhir 30-an dan menetap. Secara bertahap akan mengalami peningkatan tekanan darah yang lebih tinggi apabila tidak dideteksi atau ditangani secara dini (Smeltzer & Bare, 2002).

Beberapa teori patogenesis hipertensi primer meliputi :

- a) Aktivitas yang berlebihan dari pusat vasomotor yang mengatur kontriksi dan dilatasi pembuluh darah. Rangsangan pusat vasomotor akan dihantarkan melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. pada titik ini, neuron preganglia akan melepaskan asetilkolin sehingga merangsang pelepasan norepineprin oleh serabut saraf pasca ganglion yang menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah.
- b) Aktivitas yang berlebihan dari sistem RAA (Renin Angiotensin Aldosteron) akibat berkurangnya aliran darah ke ginjal. Retensi Na dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler (Smeltzer & Bare, 2002: 898; Kusmana, 2009).

2) Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder merupakan hipertensi yang diakibatkan oleh penyakit atau obat-obatan tertentu. Kejadiannya kurang dari 10% dari total kasus hipertensi (Direktorat Bina Farmasi Komunitas Dan Klinik Depkes RI, 2006). Kebanyakan kasus hipertensi sekunder disebabkan oleh disfungsi renal akibat penyakit ginjal kronis atau penyakit renovaskular.

c. **Krisis Hipertensi**

Krisis hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah sistolik biasanya > 240 mmHg dan tekanan diastolik > 140 mmHg yang berkaitan dengan kerusakan organ (Morton, 2012: 498). Menurut Andriantoro (2010a) hipertensi emergensi merupakan salah satu jenis hipertensi yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah lebih dari 180/120 mmHg disertai dengan kerusakan organ seperti iskemia koroner, gangguan fungsi otak, serebrovaskuler, edema paru, dan gagal ginjal.

JNC VII (2003) membagi krisis hipertensi ini menjadi dua golongan yaitu: hipertensi emergensi (darurat) dan hipertensi urgensi (mendesak).

2.1.4 Faktor Risiko Hipertensi

Faktor risiko penyakit hipertensi dibedakan menjadi 2 kelompok, yaitu :

1. Faktor risiko yang tidak dapat diubah

Faktor risiko tidak dapat diubah yang antara lain umur, jenis kelamin dan genetik. Pada hipertensi faktor risiko yang paling sering dijumpai adalah :

a. Umur

Umur mempengaruhi terjadinya hipertensi. Dengan bertambahnya umur, risiko terkena hipertensi menjadi lebih besar sehingga prevalensi hipertensi di kalangan usia lanjut cukup tinggi, yaitu sekitar 40%, dengan kematian sekitar di atas 65 tahun. Pada usia lanjut, hipertensi terutama ditemukan hanya berupa kenaikan tekanan darah sistolik. Sedangkan menurut WHO memakai tekanan diastolik sebagai bagian tekanan yang lebih tepat dipakai dalam menentukan ada tidaknya hipertensi. Tingginya hipertensi sejalan dengan bertambahnya umur, disebabkan oleh perubahan struktur pada pembuluh darah besar, sehingga lumen menjadi lebih sempit dan dinding pembuluh darah menjadi lebih kaku, sebagai akibat adalah meningkatnya tekanan darah sistolik. Penelitian yang dilakukan di 6 kota besar seperti Jakarta, Padang, Bandung,

Yogyakarta, Denpasar, dan Makasar terhadap usia lanjut (55-85 tahun), didapatkan prevalensi hipertensi sebesar 52,5% (Kamsu, 2000).

b. Jenis Kelamin

Faktor gender berpengaruh pada terjadinya hipertensi, di mana pria lebih banyak yang menderita hipertensi dibandingkan dengan wanita, dengan rasio sekitar 2,29 untuk peningkatan tekanan darah sistolik. Pria diduga memiliki gaya hidup yang cenderung dapat meningkatkan tekanan darah dibandingkan dengan wanita. Namun, setelah memasuki menopause, prevalensi hipertensi pada wanita meningkat. Bahkan setelah usia 65 tahun, terjadinya hipertensi pada wanita lebih tinggi dibandingkan dengan pria yang diakibatkan oleh faktor hormonal. Penelitian di Indonesia prevalensi yang lebih tinggi terdapat pada wanita.

c. Keturunan (genetik)

Riwayat keluarga dekat yang menderita hipertensi (faktor keturunan) juga mempertinggi risiko terkena hipertensi, terutama pada hipertensi primer (esensial). Tentunya faktor genetik ini juga dipengaruhi faktor-faktor lingkungan lain, yang kemudian menyebabkan seorang menderita hipertensi. Faktor genetik juga berkaitan dengan metabolisme pengaturan garam dan renin membran sel. Menurut Davidson bila kedua orang tuanya menderita hipertensi maka sekitar 45% akan turun ke anak-anaknya dan bila salah satu orang tuanya yang menderita hipertensi maka sekitar 30% akan turun ke anak-anaknya.

2. Faktor Risiko Yang Dapat Diubah

Faktor risiko penyakit jantung koroner yang diakibatkan perilaku tidak sehat dari penderita hipertensi antara lain merokok, diet rendah serat, kurang aktifitas gerak, berat badan berlebih/kegemukan, konsumsi

alkohol, Hiperlipidemia/ hiperkolesterolemia, stress dan konsumsi garam berlebih, sangat erat berhubungan dengan hipertensi.

a. Kegemukan (obesitas)

Kegemukan (obesitas) adalah persentase abnormalitas lemak yang dinyatakan dalam Indeks Masa Tubuh (Body Mass Index) yaitu perbandingan antara berat badan dengan tinggi badan kuadrat dalam meter (Kaplan dan Stamler, 1991). Kaitan erat antara kelebihan berat badan dan kenaikan tekanan darah telah dilaporkan oleh beberapa studi. Berat badan indeks masa tubuh (IMT) berkorelasi langsung dengan tekanan darah, terutama tekanan darah sistolik. Obesitas bukanlah penyebab hipertensi. Akan tetapi prevalensi hipertensi pada obesitas jauh lebih besar. Risiko relatif untuk menderita hipertensi pada orang-orang gemuk 5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan seorang yang badannya normal. Sedangkan, pada penderita hipertensi ditemukan sekitar 20 -33% memiliki berat badan lebih (overweight).

b. Psikososial dan Stress

Stress atau ketegangan jiwa (rasa tertekan, murung, rasa marah, dendam, rasa takut, rasa bersalah) dapat merangsang kelenjar anak ginjal melepaskan hormon adrenalin dan memacu jantung berdenyut lebih cepat serta lebih kuat, sehingga tekanan darah akan meningkat. Jika stress berlangsung lama, tubuh akan berusaha mengadakan penyesuaian sehingga timbul kelainan organ atau perubahan patologis. Gejala yang muncul dapat berupa hipertensi atau penyakit maag. Diperkirakan, prevalensi atau kejadian hipertensi pada orang kulit hitam di Amerika Serikat lebih tinggi dibandingkan dengan orang kulit putih disebabkan stress atau rasa tidak puas orang kulit hitam pada nasib mereka. Stress adalah suatu kondisi yang disebabkan oleh adanya transaksi antara individu dengan lingkungannya yang mendorong seseorang untuk mempersepsikan adanya perbedaan antara tuntutan situasi dan sumber daya (biologis, psikologis, dan sosial) yang ada pada diri

seseorang (Damayanti, 2003). Peningkatan darah akan lebih besar pada individu yang mempunyai kecenderungan stress emosional yang tinggi (Pinzon, 1999).

Dalam penelitian Framingham dalam Yusida tahun 2001 bahwa bagi wanita berusia 45-64 tahun, sejumlah faktor psikososial seperti keadaan tegangan, ketidakcocokan perkawinan, tekanan ekonomi, stress harian, mobilitas pekerjaan, gejala ansietas dan kemarahan terpendam didapatkan bahwa hal tersebut berhubungan dengan peningkatan tekanan darah dan manifestasi klinik penyakit kardiovaskuler apapun. Studi eksperimental pada laboratorium animals telah membuktikan bahwa faktor psikologis stress merupakan faktor lingkungan sosial yang penting dalam menyebabkan tekanan darah tinggi, namun stress merupakan faktor risiko yang sulit diukur secara kuantitatif, bersifat spekulatif dan ini tak mengherankan karena pengelolaan stress dalam etiologi hipertensi pada manusia sudah kontroversial (Henry dan Stephens tahun 1997 dalam Kamso, 2000).

c. Merokok

Zat-zat kimia beracun seperti nikotin dan karbon monoksida yang dihisap melalui rokok yang masuk ke dalam aliran darah dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri, dan mengakibatkan proses aterosklerosis, dan tekanan darah tinggi. Pada studi autopsi, dibuktikan kaitan erat antara kebiasaan merokok dengan adanya aterosklerosis pada seluruh pembuluh darah. Merokok juga meningkatkan denyut jantung dan kebutuhan oksigen untuk disuplai ke otot-otot jantung. Merokok pada penderita tekanan darah tinggi semakin meningkatkan risiko kerusakan pada pembuluh darah arteri.

d. Olah Raga

Olah raga yang teratur dapat membantu menurunkan tekanan darah dan bermanfaat bagi penderita hipertensi ringan. Pada orang tertentu dengan melakukan olah raga aerobik yang teratur dapat menurunkan tekanan darah, tanpa perlu sampai berat badan turun.

e. Konsumsi Alkohol Berlebih

Pengaruh alkohol terhadap kenaikan tekanan darah telah dibuktikan. Mekanisme peningkatan tekanan darah akibat alkohol masih belum jelas. Namun, diduga peningkatan kadar kortisol, dan peningkatan volume sel darah merah serta kekentalan darah berperan dalam menaikkan tekanan darah. Beberapa studi menunjukkan hubungan langsung antara tekanan darah dan asupan alkohol, dan diantaranya melaporkan bahwa efek terhadap tekanan darah baru nampak apabila mengkonsumsi alkohol sekitar 2-3 gelas ukuran standar setiap harinya.

Di negara barat seperti Amerika, konsumsi alkohol yang berlebihan berpengaruh terhadap terjadinya hipertensi. Sekitar 10% hipertensi di Amerika disebabkan oleh asupan alkohol yang berlebihan di kalangan pria separuh baya. Akibatnya, kebiasaan meminum alkohol ini menyebabkan hipertensi sekunder di kelompok usia ini.

f. Konsumsi Garam Berlebihan

Garam menyebabkan penumpukan cairan dalam tubuh karena menarik cairan di luar sel agar tidak dikeluarkan, sehingga akan meningkatkan volume dan tekanan darah. Pada sekitar 60% kasus hipertensi primer (esensial) terjadi respons penurunan tekanan darah dengan mengurangi asupan garam. Pada masyarakat yang mengkonsumsi garam 3 gram atau kurang, ditemukan tekanan darah rata-rata rendah, sedangkan pada masyarakat asupan garam sekitar 7-8 gram tekanan darah rata-rata lebih tinggi.

g. Hiperlipidemia/Hiperkolesterolemia

Kelainan metabolisme lipid (lemak) yang ditandai dengan peningkatan kadar kolesterol total, trigliserida, kolesterol LDL

dan/atau penurunan kadar kolesterol HDL dalam darah. Kolesterol merupakan faktor penting dalam terjadinya aterosklerosis yang mengakibatkan peninggian tahanan perifer pembuluh darah sehingga tekanan darah meningkat. Untuk jelasnya dapat dilihat tabel di bawah ini.

2.1.5 Patofisiologi Hipertensi

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

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan rennin. Rennin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus

ginjal, menyebabkan peningkatan volume intra vaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi.

Sebagai pertimbangan gerontology. Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggungjawab 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 (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer (Brunner & Suddarth, 2002)

2.1.6 Manifestasi Klinis atau Tanda dan Gejala Hipertensi

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi : (Edward K Chung, 2005)

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

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan klien yang mencari pertolongan medis.

Manifestasi klinis pada klien dengan hipertensi adalah :

1. Peningkatan tekanan darah > 140/90 mmHg
2. Sakit kepala
3. Epistaksis
4. Pusing / migrain
5. Rasa berat ditengkuk

6. Sukar tidur
7. Mata berkunang kunang
8. Lemah dan lelah
9. Muka pucat
10. Suhu tubuh rendah

2.1.7 Pathway Hipertensi

2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik Hipertensi

Pemeriksaan diagnostik yang bisa dilakukan pada klien dengan hipertensi menurut M. Doengoes, 2000 meliputi :

1. *BUN / Kreatinin*

Memberikan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal.

2. *Glukosa*

Hiperglikemia (Diabetes Mellitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh peningkatan kadar katekolamin (meningkatkan hipertensi).

3. *Hemoglobin / Hematokrit*

Bukan diagnostik tetapi mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor-faktor risiko seperti hiperkoagulabilitas, anemia.

4. *Kalium serum*

Hipokalemia dapat mengindikasikan adanya aldosteron utama (penyebab) atau menjadi efek samping terapi diuretik.

5. *Kalsium serum*

Peningkatan kadar kalsium serum dapat meningkatkan hipertensi.

6. *Kolesterol dan trigeliserida serum*

Peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus untuk / adanya pembentukan plak ateromatosa (efek kardiovaskuler).

7. *Pemeriksaan tiroid*

Hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi.

8. *Kadar aldosteron urin / serum*

Untuk mengkaji aldosteronisme primer (penyebab).

9. *Urinalisa*

Darah, protein, glukosa mengisyaratkan disfungsi ginjal dan/atau adanya diabetes.

10. *Asam urat*

Hiperurisemia telah menjadi implikasi sebagai faktor risiko terjadinya hipertensi.

11. *Steroid urin*

Kenaikan dapat mengindikasikan hiperadrenalisme, feokromositoma atau disfungsi pituitari, sindrom cushing's, kadar renin dapat juga meningkat.

12. *IVP*

Dapat mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti penyakit parenkim ginjal, batu ginjal / ureter.

13. *VMA Urine (metabolit katekolamin)*

Kenaikan dapat mengindikasikan adanya feokromositoma (penyebab); VMA urine 24 jam dapat dilakukan untuk pengkajian feokromositoma bila hipertensi hilang timbul.

14. *Foto dada*

Dapat menunjukkan obstruksi kalsifikasi pada area katup; deposit pada dan/atau takik aorta; perbesaran jantung.

15. *CT scan*

Mengkaji tumor cerebral, CSV, ensefalofati atau feokromositoma.

16. *EKG*

Dapat menunjukkan perbesaran jantung, pola regangan, gangguan konduksi. *Catatan* : Luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.

2.1.9 Penatalaksanaan Hipertensi

Pengelolaan hipertensi bertujuan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi kardiovaskuler yang berhubungan dengan pencapaian dan pemeliharaan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg. Penanggulangan hipertensi secara garis besar dapat ditempuh dengan cara sebagai berikut.]

a. Pengendalian Faktor Risiko

Pengendalian faktor risiko penyakit jantung koroner yang dapat saling berpengaruh terhadap terjadinya hipertensi, hanya terbatas pada faktor risiko yang dapat diubah, dengan usaha-usaha sebagai berikut :

1. Mengatasi obesitas/menurunkan kelebihan berat badan.
Obesitas bukanlah penyebab hipertensi. Akan tetapi prevalensi hipertensi pada obesitas jauh lebih besar. Risiko relatif untuk menderita hipertensi pada orang-orang gemuk 5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan seorang yang badannya normal. Sedangkan, pada penderita hipertensi ditemukan sekitar 20-33% memiliki berat badan lebih (overweight). Dengan demikian obesitas harus dikendalikan dengan menurunkan berat badan.
2. Mengurangi asupan garam didalam tubuh.
Nasehat pengurangan garam, harus memperhatikan kebiasaan makan penderita. Pengurangan asupan garam secara drastis akan sulit dilaksanakan. Batasi sampai dengan kurang dari 5 gram (1 sendok teh) per hari pada saat memasak.
3. Ciptakan keadaan rileks
Berbagai cara relaksasi seperti meditasi, yoga atau hipnosis dapat mengontrol sistem saraf yang akhirnya dapat menurunkan tekanan darah.
4. Melakukan olah raga teratur
Berolahraga seperti senam aerobik atau jalan cepat selama 30-45 menit sebanyak 34 kali dalam seminggu, diharapkan dapat menambah

kebugaran dan memperbaiki metabolisme tubuh yang ujungnya dapat mengontrol tekanan darah.

5. Berhenti merokok

Merokok dapat menambah kekakuan pembuluh darah sehingga dapat memperburuk hipertensi. Zat-zat kimia beracun seperti nikotin dan karbon monoksida yang dihisap melalui rokok yang masuk ke dalam aliran darah dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri, dan mengakibatkan proses artereosklerosis, dan tekanan darah tinggi. Pada studi autopsi, dibuktikan kaitan erat antara kebiasaan merokok dengan adanya artereosklerosis pada seluruh pembuluh darah. Merokok juga meningkatkan denyut jantung dan kebutuhan oksigen untuk disuplai ke otot-otot jantung. Merokok pada penderita tekanan darah tinggi semakin meningkatkan risiko kerusakan pada pembuluh darah arteri. Tidak ada cara yang benar-benar efektif untuk memberhentikan kebiasaan merokok.

Beberapa metode yang secara umum dicoba adalah sebagai berikut:

a) Inisiatif Sendiri

Banyak perokok menghentikan kebiasannya atas inisiatif sendiri, tidak memakai pertolongan pihak luar. Inisiatif sendiri banyak menarik para perokok karena hal-hal berikut :

- Dapat dilakukan secara diam-diam.
- Program diselesaikan dengan tingkat dan jadwal sesuai kemauan.
- Tidak perlu menghadiri rapat-rapat penyuluhan.
- Tidak memakai ongkos.

b) Menggunakan Permen yang mengandung Nikotin

Kecanduan nikotin membuat perokok sulit meninggalkan merokok. Permen nikotin mengandung cukup nikotin untuk mengurangi penggunaan rokok. Di negara-negara tertentu permen ini diperoleh dengan resep dokter. Ada jangka waktu tertentu untuk menggunakan permen ini. Selama menggunakan permen ini penderita dilarang

merokok. Dengan demikian, diharapkan perokok sudah berhenti merokok secara total sesuai jangka waktu yang ditentukan.

c) **Kelompok Program**

Beberapa orang mendapatkan manfaat dari dukungan kelompok untuk dapat berhenti merokok. Para anggota kelompok dapat saling memberi nasihat dan dukungan. Program yang demikian banyak yang berhasil, tetapi biaya dan waktu yang diperlukan untuk menghadiri rapat-rapat seringkali menyebabkan enggan bergabung.

6. Mengurangi konsumsi alkohol.

Hindari konsumsi alkohol berlebihan.

Laki-laki : Tidak lebih dari 2 gelas per hari.

Wanita : Tidak lebih dari 1 gelas per hari.

2.1.10 Terapi Farmakologis

Penatalaksanaan penyakit hipertensi bertujuan untuk mengendalikan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit hipertensi dengan cara seminimal mungkin menurunkan gangguan terhadap kualitas hidup penderita. Pengobatan hipertensi dimulai dengan obat tunggal, masa kerja yang panjang sekali sehari dan dosis dititrasi. Obat berikutnya mungkin dapat ditambahkan selama beberapa bulan pertama perjalanan terapi. Pemilihan obat atau kombinasi yang cocok bergantung pada keparahan penyakit dan respon penderita terhadap obat anti hipertensi. Beberapa prinsip pemberian obat anti hipertensi sebagai berikut :

1. Pengobatan hipertensi sekunder adalah menghilangkan penyebab hipertensi.
2. Pengobatan hipertensi esensial ditujukan untuk menurunkan tekanan darah dengan harapan memperpanjang umur dan mengurangi timbulnya komplikasi.
3. Upaya menurunkan tekanan darah dicapai dengan menggunakan obat anti hipertensi.
4. Pengobatan hipertensi adalah pengobatan jangka panjang, bahkan pengobatan seumur hidup.

Jenis-jenis obat antihipertensi :

1. Diuretik

Obat-obatan jenis diuretik bekerja dengan mengeluarkan cairan tubuh (lewat kencing), sehingga volume cairan tubuh berkurang mengakibatkan daya pompa jantung menjadi ringan dan berefek turunya tekanan darah. Digunakan sebagai obat pilihan pertama pada hipertensi tanpa adanya penyakit lainnya.

2. Penghambat Simpatis

Golongan obat ini bekerja dengan menghambat aktifitas syaraf simpatis (syaraf yang bekerja pada saat kita beraktifitas). Contoh obat yang termasuk dalam golongan penghambat simpatetik adalah : metildopa, klonodin dan reserpin. Efek samping yang dijumpai adalah: anemia hemolitik (kekurangan sel darah merah kerana pecahnya sel darah merah), gangguan fungsi hati dan kadang-kadang dapat menyebabkan penyakit hati kronis. Saat ini golongan ini jarang digunakan.

3. Betabloker

Mekanisme kerja obat antihipertensi ini adalah melalui penurunan daya pompa jantung. Jenis obat ini tidak dianjurkan pada penderita yang telah diketahui mengidap gangguan pernafasan seperti asma bronkhial. Contoh obat golongan betabloker adalah metoprolol, propranolol, atenolol dan bisoprolol. Pemakaian pada penderita diabetes harus hati-hati, karena dapat menutupi gejala hipoglikemia (dimana kadar gula darah turun menjadi sangat rendah sehingga dapat membahayakan penderitanya). Pada orang dengan penderita bronkospasme (penyempitan saluran pernapasan) sehingga pemberian obat harus hati-hati.

4. Vasodilatator

Obat ini bekerja langsung pada pembuluh darah dengan relaksasi otot polos (otot pembuluh darah). Yang termasuk dalam golongan ini adalah prazosin dan hidralazin. Efek samping yang sering terjadi pada pemberian obat ini adalah pusing dan sakit kepala.

5. Penghambat enzim konversi angiotensin

Kerja obat golongan ini adalah menghambat pembentukan zat angiotensin II (zat yang dapat meningkatkan tekanan darah). Contoh obat yang termasuk golongan ini adalah kaptopril. Efek samping yang sering timbul adalah batuk kering, pusing, sakit kepala dan lemas.

6. Antagonis kalsium

Golongan obat ini bekerja menurunkan daya pompa jantung dengan menghambat kontraksi otot jantung (kontraktilitas). Yang termasuk golongan obat ini adalah : nifedipin, diltizem dan verapamil. Efek samping yang mungkin timbul adalah : sembelit, pusing, sakit kepala dan muntah.

7. Penghambat reseptor angiotensin II

Kerja obat ini adalah dengan menghalangi penempelan zat angiotensin II pada reseptornya yang mengakibatkan ringannya daya pompa jantung. Obat-obatan yang termasuk .golongan ini adalah valsartan. Efek samping yang mungkin timbul adalah sakit kepala, pusing, lemas dan mual.

Tatalaksana hipertensi dengan obat anti hipertensi yang dianjurkan:

Diuretik: hidroclorotiazid dengan dosis 12,5 -50 mg/hari

Penghambat ACE/penghambat reseptor angiotensin II : Captopril 25 -100 mmHg

Penghambat kalsium yang bekerja panjang : nifedipin 30 -60 mg/hari

Penghambat reseptor beta: propranolol 40 -160 mg/hari

Agonis reseptor alpha central (penghambat simpatis): reserpin 0,05 -0,25 mg/hari

Alur pengobatan hipertensi :

1. Pada saat seseorang ditegakkan diagnosisnya menderita hipertensi maka yang pertama dilakukan adalah mencari faktor risiko apa yang ada, maka dilakukanlah usaha untuk menurunkan faktor risiko yang ada dengan modifikasi gaya hidup, sehingga dapat dicapai tekanan darah yang diharapkan. Bila dalam jangka waktu 1 bulan tidak tercapai tekanan darah normal, maka terapi obat pilihan diperlukan.

2. Terapi obat yang diperlukan sesuai dengan derajat hipertensi dan ada tidaknya indikasi khusus, seperti diabetes mellitus, kehamilan, asma bronchial, kelainan hati dan kelainan darah.
3. Terapi pertama obat pilihan adalah pertama golongan tiazid, kedua golongan penghambat enzim konversi angiotensin, kemudian diikuti golongan antagonis kalsium.
4. Bila terapi tunggal tidak berhasil maka terapi dapat dikombinasikan.
5. Bila tekanan darah tidak dapat dicapai baik melalui modifikasi gaya hidup dan terapi kombinasi maka dilakukanlah sistem rujukan spesialistik

2.1.11 Komplikasi Hipertensi

Hipertensi yang tidak diobati dengan baik akhirnya menyebabkan komplikasi pada target organ yaitu jantung, mata, ginjal dan otak (cerebrovascular). Komplikasi-komplikasi tersebut antara lain pada mata berupa perdarahan retina bahkan gangguan penglihatan sampai kebutaan, pada ginjal berupa gagal ginjal, pada jantung bisa terjadi gagal jantung, angina pectoris, infark jantung, bahkan kematian mendadak, dan komplikasi hipertensi pada otak dapat bersifat akut atau kronik. Komplikasi hipertensi pada otak yang sifatnya akut biasanya karena kenaikan tekanan darah yang cepat dan mendadak seperti pada ensefalopati hipertensi. Sedangkan komplikasi yang bersifat kronik berupa kelainan-kelainan pembuluh darah otak berupa Nodular atherosclerosis (atheroma), Charcot-Bouchard aneurysm, dan Fibrinoid necrosis.

2.1.12 Prognosis Hipertensi

Penyakit hipertensi merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan tetapi dapat dikendalikan dengan tujuan agar tekanan darah tetap dalam kondisi normal. Penderita tidak hanya berisiko tinggi menderita penyakit jantung tetapi juga menderita penyakit lain seperti saraf, ginjal dan pembuluh darah. Makin tinggi pembuluh darah makin tinggi risikonya. Bahkan hipertensi

dapat menyebabkan terjadinya kematian apabila faktor-faktor yang dapat memperburuk hipertensi tidak dikontrol.

2.2 KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN

2.2.1 Pengkajian

Pada pengkajian dilakukan wawancara dan pemeriksaan laboratorium untuk memperoleh informasi dan data yang nantinya akan digunakan sebagai dasar untuk membuat rencana asuhan keperawatan klien. Dari wawancara akan diperoleh informasi tentang biodata, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan atau penyakit di masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, pola aktifitas sehari-hari, dan riwayat psikososial.

1. Identitas

Merupakan identitas klien meliputi : nama, umur, jenis kelamin, agama, suku bangsa, alamat, tanggal masuk rumah sakit, nomor register, tanggal pengkajian dan diagnosa medis. Identitas ini digunakan untuk membedakan klien satu dengan yang lain. Jenis kelamin, umur dan alamat dan lingkungan kotor dapat mempercepat atau memperberat keadaan penyakit.

2. Keluhan Utama

Merupakan kebutuhan yang mendorong penderita untuk masuk rumah sakit. Data yang dapat ditemukan:

- a) Nyeri pada Kepala
- b) Sesak napas
- c) Lelah
- d) Tidak nyaman
- e) Mual
- f) Pusing
- g) Pandangan mata kabur

h) Dada berdebar

3. Riwayat Kesehatan Saat Ini:

Meliputi perjalanan penyakit yang dialami pasien saat ini, berapa lama onset penyakit sudah dialami, gejala yang dialami selama menderita penyakit saat ini dan perawatan yang sudah dijalani untuk mengobati penyakit saat ini. Disamping itu apakah saat ini pasien memiliki pola hidup yang tidak sehat seperti minum kopi, merokok, alkohol, sering makan daging, dan keseharian dengan beban psikis.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi status kesehatan anggota keluarga yang lain, apakah ada keluarga yang mengalami sakit serupa yaitu hipertensi dengan pasien saat ini, atau penyakit keturunan lainnya.

5. Riwayat Lingkungan Hidup

Pengkajian ini merupakan bentuk pengkajian yang bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh lingkungan terhadap kesehatan pasien, faktor lingkungan yang ada keterkaitannya dengan sakit yang dialami pasien saat ini dan kemungkinan masalah yang dapat terjadi akibat pengaruh lingkungan. Data pengkajian dapat meliputi kebersihan dan kerapian ruangan, penerangan, sirkulasi udara, keadaan kamar mandi dan WC, pembuangan air kotor, sumber air minum, pembuangan sampah, sumber pencemaran, penataan halaman, privasi, resiko injury.

6. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pengkajian ini bertujuan untuk mengidentifikasi perjalanan penyakit yang sebelumnya pernah dialami oleh pasien, sehingga dapat dijadikan acuan dalam analisis sakit yang saat ini pasien alami dan dalam penentuan pengobatan selanjutnya. Data yang dapat dikaji berupa penyakit yang pernah diderita, riwayat alergi, riwayat kecelakaan, riwayat dirawat di RS, riwayat pemakaian obat. Apakah sewaktu sehat pasien memiliki kebiasaan yang buruk misalnya merokok, minum kopi, alkohol, sering makan daging atau makanan dengan kolesterol tinggi.

7. Tinjauan Sistem

Biasanya individu yang menderita hipertensi kadang tidak menampilkan gejala sampai bertahun-tahun. Gejala bila ada menunjukkan adanya kerusakan vaskuler, dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan. (Yogiantoro,2006; Smeltzer, Bore, 2002; Crowin,2000; Effendy, 1996).

a. Keadaan umum

Meliputi kondisi seperti tingkat ketegangan/kelelahan, tingkat kesadaran kualitatif atau GCS dan respon verbal klien (Pasien harus waspada dan sadar akan waktu, tempat dan orang. Disorientasi terjadi pada gangguan otak (misalnya delirium, demensia), stroke, dan trauma fisik. Pasien letargi umumnya mengantuk dan mudah tertidur, terlihat mengantuk, dan merespon pertanyaan dengan sangat lambat. Pasien stupor hanya merespon jika digoncang dengan keras dan terus menerus dan hanya dapat member jawaban yang terdengar seperti menggerutu tidak jelas. Pasien yang sama sekali tidak sadar (pasien koma) tidak merespon stimulus dari luar ataupun nyeri. Disamping itu pengkajian tanda-tanda vital seperti peningkatan tekanan darah $> 140/90$ mmHg dapat ditemukan, Takikardia : $> 100x/mnt$, peningkatan respirasi *rate* > 20 x per menit, ireguler dan dangkal juga dapat ditemukan pada pasien dengan hipertensi.

b. Sistem Integumen

Tujuan pengkajian disini adalah untuk mengetahui kondisi kulit, rambut, dan kuku. Data yang dapat dikaji meliputi keluhan (misalnya gatal-gatal, atau benjolan kulit). inspeksi warna kulit, jaringan parut, lesi, kondisi vaskularisasi superficial. Palpasi suhu kulit, tekstur (halus/kasar) mobilitas/turgor. Inspeksi dan Palpasi warna kuku, bentuk, rambut (jumlah, distribusi, dan tekstur), warna pucat pada kulit.

c. Kepala

Data yang dapat ditemukan : pasien dapat mengeluhkan sakit kepala, vertigo. Data obyektif dapat dilakukan dengan mengkaji: kesimetrisan wajah, tengkorak. Wajah normalnya simetris antara kanan

dan kiri, ketidak simetrisan wajah dapat menjadi suatu petunjuk adanya kelumpuhan/paresis saraf ketujuh.

d. Mata

Data yang dapat ditemukan : pasien dapat mengeluhkan mata berkunang-kunang/ kabur akibat kerusakan retina. Data obyektif dapat dilakukan dengan mengkaji : perdarahan pada mata, sekudat, edema papil, eksoftalmus/penonjolan bola mata.

e. Telinga

Data yang dapat ditemukan : pasien dapat mengeluhkan telinga berdengung

f. Leher

Data yang dapat ditemukan : pasien dapat mengeluhkan rasa berat ditengok. Data obyektif dapat dilakukan dengan mengkaji: pembesaran kelenjar tiroid, distensi vena jugularis.

g. Sistem Respirasi

Data yang dapat ditemukan : pasien dapat mengeluhkan sesak

h. Sistem Kardiovaskuler

Data yang dapat ditemukan : pasien dapat mengeluhkan dada berdebar (palpitasi), nyeri dada. Data obyektif dapat dilakukan dengan mengkaji: adanya takikardia, pembesaran jantung, murmur, gangguan irama jantung (aritmia) adanya bunyi jantung ke 3 atau ke 4.

i. Gastrointestinal/Abdomen

Data yang dapat ditemukan : pasien dapat mengeluhkan mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intracranial.

Data obyektif dapat dilakukan dengan mengkaji: adanya pembesaran ginjal, pulsasi aorta abdominalis.

j. Sistem Urinari

Data yang dapat ditemukan : pasien dapat mengeluhkan rasa haus, banyak kencing (poliuria), sering kencing di malam hari (nokturia)

karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus bahkan sampai hematuria.

k. Sistem Muskuloskeletal

Data yang dapat ditemukan : pasien dapat mengeluhkan bengkak pada kaki peningkatan tekanan kapiler, ekstremitas dingin akibat peningkatan tekanan kapiler

Data obyektif dapat dilakukan dengan mengkaji: pulsasi arteri perifer yang melemah/menghilang, edema.

l. Sistem Saraf Pusat

Data yang dapat ditemukan : pasien dapat mengeluhkan ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada klien dengan Hipertensi dapat ditentukan diagnosa sebagai berikut:

- a. PK. Hipertensi
- b. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan konsentrasi atau suplay oksigen ke otak.
- c. Nyeri akut berhubungan dengan suplai O₂ ke serebral menurun ditandai dengan keluhan verbal nyeri kepala, nyeri skala 6 dari 0-10, tampak meringis
- d. Risiko jatuh berhubungan dengan faktor dewasa (usia lebih dari 65 tahun).

3. Perencanaan Keperawatan

Diagnosa	Tujuan	Intervensi
PK. Hipertensi	setelah diberikan asuhan keperawatan selama ... x ...jam diharapkan dapat meminimalisir komplikasi akibat hipertensi dengan kriteria hasil: 1. Tekanan darah stabil	1. Ukur tekanan darah Rasional: Untuk mengetahui perubahan tekanan darah yang terjadi 2. Pantau berat badan setiap hari Rasional: Karena berat badan yang berlebihan bisa memperburuk hipertensi 3. Pantau edema

	<p>(<160/90 mmHg)</p> <p>2. Tidak terdapat pusing</p> <p>3. Tidak terdapat edema</p>	<p>Rasional: Menandakan adanya retensi natrium, bisa meningkatkan tekanan darah</p> <p>4. Pantau hasil laboratorium terhadap proteinuria Rasional: apabila hasil proteinuria diatas normal maka akan dapat memperburuk hipertensi</p> <p>5. Kaji dan ajarkan untuk melaporkan adanya: edema, gangguan penglihatan, sakit kepala, pandangan kabur Rasional: edema, gangguan penglihatan, sakit kepala, pandangan kabur menunjukkan komplikasi dari hipertensi</p> <p>6. Jamin klien untuk mendapatkan istirahat Rasional: dengan beristirahat diharapkan tekanan darah dapat stabil.</p> <p>7. Kolaborasi pemberian antihipertensi Rasional: untuk menurunkan tekanan darah</p>
<p>Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan konsentrasi atau suplay oksigen ke otak.</p>	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Circulation status 2. Tissue Prefusion : cerebral <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan : <ol style="list-style-type: none"> 1) Tekanan systole dandiastole dalam rentang yang diharapkan 2) Tidak ada ortostatikhipertensi 3) Tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg) b. Mendemonstrasikan kemampuan kognitif 	<p>NIC :</p> <p>Peripheral Sensation Management (Manajemen sensasi perifer)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul 2. Monitor adanya parestese 3. Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lisi atau laserasi 4. Gunakan sarung tangan untuk proteksi 5. Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung 6. Monitor kemampuan BAB 7. Kolaborasi pemberian analgetik 8. Monitor adanya tromboplebitis 9. Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi

	<p>yang ditandai dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan 2) Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi 3) Memproses informasi 4) Membuat keputusan dengan benar <p>c. Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh : tingkat kesadaran mambaik, tidak ada gerakan gerakan involunter</p>	
<p>Nyeri akut berhubungan agen cedera biologis (hipertensi) ditandai dengan keluhan verbal nyeri kepala, nyeri skala 6 dari 0-10, tampak meringis</p>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri terkontrol dengan kriteria hasil :</p> <p>NOC Label : Pain Control</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengenal gejala yang berhubungan dengan nyeri 2. Melaporkan nyeri terkontrol 3. Mengenal lamanya (onset) nyeri 4. Menggunakan tindakan non analgesic 5. Menggunakan analgesic sebagai rekomendasi <p>NOC Label: Pain Level</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tidak meringis 	<p>NIC Label: Pain Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji intervensi nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, onset, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. 2. Observasi ketidaknyamanan secara non verbal 3. Diskusikan dengan klien faktor-faktor yang dapat mengurangi nyeri klien. 4. Berikan informasi tentang nyeri termasuk penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan hilang, antisipasi terhadap ketidaknyamanan dari prosedur 5. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi respon ketidaknyamanan klien (suhu ruangan, cahaya dan suara) 6. Ajarkan cara penggunaan terapi non farmakologi (distraksi, guide imagery,relaksasi) 7. Kolaboratif pemberian analgetik <p>NIC Label: Progressive Muscle Relaxation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Setting tempat yang nyaman

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Ekspresi wajah tampak rileks 3. Tidak Gelisah 4. Skala nyeri berkurang menjadi 2 dari 0-10 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Bantu klien mencari posisi yang nyaman 3. Ajarkan gerakan relaksasi otot progresif 4. Evaluasi respon relaksasi klien setelah diberikan terapi <p>NIC Label: Medication Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan obat yang dibutuhkan dan pengaturan resep 2. Monitoring efek terapeutik terhadap pengobatan 3. Monitoring tanda dan gejala keracunan obat 4. Monitoring efek samping dari obat 5. Tentukan pengetahuan klien terhadap pengobatan 6. Tentukan pengaruh pengobatan yang diberikan dengan lifestyle 7. Berikan obat sesuai dengan 10 benar
<p>Risiko jatuh berhubungan dengan faktor dewasa (usia lebih dari 65 tahun)</p>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 4 x 24 jam diharapkan risiko jatuh dapat dikontrol, dengan kriteria hasil:</p> <p><i>Fall prevention behaviour</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tidak mengalami jatuh 2. Klien dapat memanfaatkan benda-benda kokoh disekitarnya sebagai alat penopang tubuh saat berjalan (tembok, pegangan tangga, pegangan kayu, dll). 3. Pencahayaan disekitar klien mencukupi. 4. Lantai tidak licin dan tidak ada benda-benda berserakan di lantai yang dapat meningkatkan risiko 	<p><i>Vital sign monitoring</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, khususnya tekanan darah. <p><i>Fall prevention</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi adanya kejadian jatuh yang pernah dialami klien, serta perilaku dan faktor yang mengakibatkan terjadinya jatuh. 2) Berikan HE mengenai risiko jatuh, cara mencegah, dan dampaknya kepada klien. 3) Anjurkan klien untuk memanfaatkan bantuan orang-orang disekitarnya untuk mencegah jatuh dan memanfaatkan benda-benda kokoh disekitarnya sebagai alat penopang tubuh saat berjalan (tembok, pegangan tangga, pegangan kayu, dll). <p><i>Excercise Promotion : Strengt training</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan HE kepada pasien terkait pentingnya melatih kekuatan otot kaki untuk menurunkan risiko jatuh. 2) Ajarkan klien cara melakukan peregarangan ringan untuk melatih otot kaki dan anjurkan untuk melakukannya secara rutin. <p><i>Enviromental management : safety</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh.

	<p>jatuh. <i>Konowledge : Fall prevention</i></p> <p>5. Klien memperoleh HE mengenai risiko jatuh.</p> <p>6. Klien dapat memanfaatkan bantuan orang-orang disekitarnya untuk mencegah jatuh.</p> <p>7. Klien melakukan latihan rentang gerak untuk meningkatkan kekuatan otot.</p> <p>8. Tekanan darah dalam rentang normal untuk menghindari jatuh (110/70-130/90 mmHg).</p>	<p>2) Pastikan lingkungan disekitar klien aman untuk menghindari terjadinya jatuh, seperti : lantai tidak licin dan berstruktur rata, pencaayaan memadai, tempat tidur, kursi, maupun toilet dalam ukuran tinggi yang dapat dijangkau pasien, tidak ada benda-benda berserakan di lantai yang dapat meningkatkan risiko jatuh.</p>
--	--	--

4. Evaluasi

Diagnosa	Evaluasi
PK. Hipertensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah stabil (<160/90 mmHg) 2. Tidak terdapat pusing 3. Tidak terdapat edema
Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (hiprtensi) ditandai dengan keluhan verbal nyeri pada kepala, nyeri skala 6 dari 0-10, tampak meringis	<p>NOC Label : Pain Control</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengenal gejala yang berhubungan dengan nyeri 2. Melaporkan nyeri terkontrol 3. Mengenal lamanya (onset) nyeri 4. Menggunakan tindakan non analgesic 5. Menggunakan analgesic sebagai rekomendasi <p>NOC Label: Pain Level</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tidak meringis 2. Ekspresi wajah tampak rileks 3. Tidak Gelisah 4. Skala nyeri berkurang menjadi 2 dari 0-10
Risiko jatuh berhubungan dengan faktor dewasa (usia lebih dari 65	<p>NOC Label : Fall Prevention Behaviour</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tidak mengalami jatuh

tahun)	<ol style="list-style-type: none">2. Klien dapat memanfaatkan benda-benda kokoh disekitarnya sebagai alat penopang tubuh saat berjalan (tembok, pegangan tangga, pegangan kayu, dll).3. Pencahayaan disekitar klien mencukupi.4. Lantai tidak licin dan tidak ada benda-benda berserakan di lantai yang dapat meningkatkan risiko jatuh. <p>NOC Label : Knowledge : Fall Prevention</p> <ol style="list-style-type: none">1. Klien memperoleh HE mengenai risiko jatuh.2. Klien dapat memanfaatkan bantuan orang-orang disekitarnya untuk mencegah jatuh.3. Klien melakukan latihan rentang gerak untuk meningkatkan kekuatan otot.4. Tekanan darah dalam rentang normal untuk menghindari jatuh (110/70-130/90 mmHg).
--------	--

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 di Puskesmas Bakunase Kota Kupang dengan data-data sebagai berikut:

Pengumpulan Data:

1. Identitas Pasien

Nama : Ny. Y. N., Tanggal lahir: 10 Juli 1974, umur : 45 tahun, jenis kelamin : perempuan, diagnosa medis : hipertensi, pendidikan terakhir : SD, Alamat : Airnona RT 01 RW 01, tanggal Kunjungan: 15 Juli 2019, pekerjaan : Ibu rumah tangga.

2. Identitas Penanggungjawab

Nama : Tn. A.N., Jenis kelamin : laki-laki, alamat : Airnona RT 01 RW 01, pekerjaan : Swasta, hubungan dengan klien : Suami.

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Nyeri dan pusing

b. Riwayat kesehatan sebelum sakit

Pasien mengatakan mulai merasa sakit ini karena stress dan sering marah-marah.

c. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan mulai mengalami sakit ini sejak 10 tahun yang lalu, dan mulai kambuh sejak 3 hari yang lalu dan oleh keluarga diantar ke puskesmas.

Keluhan saat dikaji: Pasien mengatakan pusing, sakit kepala, leher tenggang, merasa mual-mual.

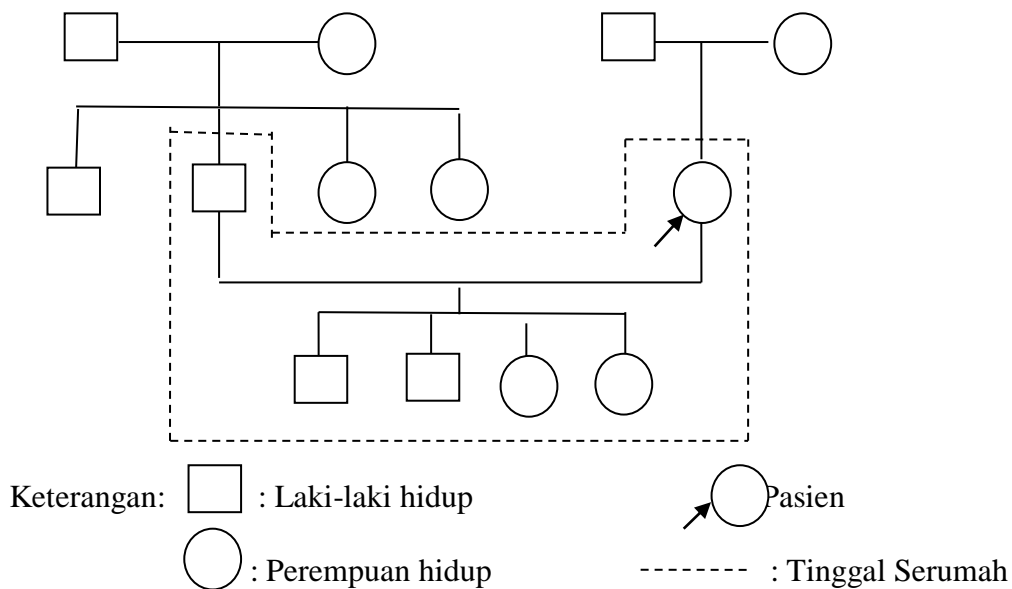
d. Riwayat penyakit sebelumnya

Pasien tidak mempunyai riwayat operasi dan riwayat alergi.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit ini, maupun penyakit yang lainnya.

Genogram Keluarga:



4. Pemeriksaan Fisik

- a. Tanda-tanda Vital TD: 160/90 mmHg, N: 92 kali/menit, RR: 18 kali/menit dan S: 36,7 °C. Berat badan 50 kg, tinggi badan 155 cm, IMT : 20,8 dan status gizi baik.
- b. Kepala dan leher: bentuk kepala simetris , ada sakit kepala dan pusing, tidak ada lesi dan massa, observasi wajah: simetris. Mata: konjungtiva, merah, sklera putih, tidak pakai kaca mata, penglihatan tidak kabur, tidak ada nyeri, tidak ada peradangan, dan tidak pernah operasi. Telinga: tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada nyeri pada telinga, Hidung: tidak ada alergi rhinitis, tidak ada riwayat polip, sinusitis dan epistaksis. Tenggorokan dan mulut : keadaan gigi bersih, tidak ada caries, tidak emakai gigi palsu, tidak ada gangguan bicara, tidak ada gangguan menelan, dan tidak ada pembesaran kelenjar leher .

- c. Sistem Kardiovaskuler: nyeri dada tidak ada. Inspeksi: bentuk dada simetris, bibir basah, kuku normal, capillary refill time (CRT) normal (< 3 detik), tidak ada edema pada tangan, kaki, sendi, *apical pulse* teraba, vena jugularis teraba, palpasi tidak ada pembesaran jantung, auskultasi BJ I: normal (lub), BJ II: normal (dup), tidak ada murmur (suara jantung tambahan), clubbing finger normal dan tidak terjadi pendarahan spontan.
- d. Sistem Respirasi: tidak ada keluhan sesak napas. Inspeksi: tidak adanya batuk, dispnea, takipnea, sputum, dan pergerakan dada simetris. Auskultasi: Tidak adanya suara napas tambahan wheezing atau ronchi.
- e. Sistem Pencernaan: Inspeksi: Pasien mengalami mual dan tidak muntah, elastisitas turgor kulit baik, mukosa bibir basah, tidak ada luka/perdarahan, tidak ada tanda-tanda radang, keadaan gusi normal, keadaan abdomen: warna kulit sawo matang, dinding perut lembek, tidak ada nyeri tekan pada abdomen. Auskultasi: terdengar bising usus normal 25 x/menit. Perkusi: perut tidak kembung.
- f. Sistem Persyarafan: tingkat kesadaran compos mentis, GCS (E/M/V): 4/5/6 = 15, pupil isokor, tidak ada kejang, tidak ada jenis kelumpuhan, tidak ada parasthesia, koordinasi gerak normal dan reflexes normal.
- g. Sistem Musculoskeletal: tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada nyeri sendi dan nyeri otot, refleksi sendi normal, skala kekuatan normal (5).
- h. Sistem Integument: tidak adanya lesi dan gatal-gatal pada permukaan kulit., kuku pendek dan bersih.
- i. Sistem Perkemihan: Inspeksi: tidak ada hematuria (kondisi di mana urin mengandung darah atau sel-sel darah merah. Urin warna kuning jernih. Palpasi: tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, produksi urine baik, intake cairan (oral) : 1000-1500 cc/hari, parenteral : 1000 ml/24 jam
- j. Sistem Endokrin: tidak ada pembesaran kelenjar.

5. Terapi

Amlodipin 1 x 5 mg/oral, dan captopril 2x 25 mg/oral

3.1.2 Diagnosa Keperawatan (Berdasarkan NANDA 2015)

1. Analisa Data

- a. Data subyektif : Pasien mengatakan merasa pusing dan tegang pada leher. Data obyektif : Tekanan darah: 160/90 mmHg, N: 92 kali/menit, RR: 18 kali/menit dan S: 36,7 °C. Etiologi : penurunan konsentrasi atau suplay oksigen ke otak. Masalah keperawatan : ketidakefektifan perfusi jaringan serebral.
- b. Data subyektif : Pasien mengatakan sakit pada kepala, pusing dan leher tegang. Data obyektif : Tampak wajah pasien meringis kesakitan, PQRST: P: Penyebab nyeri karena adanya stres, Q: Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk, R: Lokasi nyeri di kepala dan leher, S: Skala nyeri 2, T: Nyeri dirasakan sewaktu-waktu. Tampak pasien sering memegang daerah yang sakit yaitu kepala. Etiologi : agens cedera biologis (iskemia). Masalah keperawatan: Nyeri akut.
- c. Data subyektif : Pasien mengatakan stress memikirkan anak-anaknya yang tinggalnya jauh. Data obyektif : Tampak pasien lebih banyak diam kalau tidak diajak bicara, Tampak pasien tidak tenang saat menunggu antrian di puskesmas. Etiologi : Krisis situasi. Masalah keperawatan : Ansietas.

2. Prioritas Diagnosa Keperawatan Terpilih

- a. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan konsentrasi atau suplay oksigen ke otak
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia)
- c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasi

3.1.3 Intervensi Keperawatan (Berdasarkan NOC & NIC, 2013, Edisi Kelima).

Diagnosa keperawatan 1 : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi dan suplay oksigen ke otak.
Goal : Pasien akan mempertahankan perfusi jaringan serebral yang efektif selama dalam perawatan. **Obyektif** : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral pasien efektif. **NOC** :

Circulation status (status sirkulasi) & *Tissue Prefusion : cerebral* (perfusi jaringan : serebral). Outcome/kriteria Hasil : 1) mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan : a) tekanan systole dandiastole dalam rentang yang diharapkan, b) tidak ada ortostatikhipertensi, c) tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg). 2) mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan : a) berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan, b) menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi, c) memproses informasi, d) membuat keputusan dengan benar, e) menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh : tingkat kesadaran mambaik, tidak ada gerakan involunter. **NIC : Peripheral Sensation Management** (Manajemen sensasi perifer) : 1) Monitor tanda-tanda vital 2) Monitor adanya parestese. (adanya kesemutan pada kaki dan tangan tanpa nyeri). 3) Batasi gerakan pada kepala dan leher. 4) Anjurkan pasien untuk berobat secara teratur. 5) Anjurkan pasien untuk minum obat secara dengan baik dan benar sesuai dengan indikasi medis.

Diagnosa 2 : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia). **Goal** : Pasien akan mempertahankan rasa nyaman nyeri selama dalam perawatan. **Obyektif** : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri terkontrol. **NOC** : *Pain control* (kontrol nyeri), *Pain level* (level nyeri), *Comfort level* (level kenyamanan). **Indikator/Outcome** : mengenali kapan nyeri terjadi, menggambarkan faktor penyebab, menggunakan tindakan penanganan nyeri tanpa analgesik, menggunakan analgesik yang telah direkomendasikan, melaporkan nyeri yang terkontrol, melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri kepada professional kesehatan **NIC: Pain management** (Manajemen nyeri): 1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan factor pencetus, 2) Observasi tanda-tanda vital. 3) Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 4) Berikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 5) Ajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri.

Diagnosa 3: Ansietas berhubungan dengan krisis situasi. **Tujuan :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami cemas. **NOC : Domain 3 :** Kesehatan psikologis. **Kelas O:** Kontrol diri, Kontrol Kecemasan diri, yaitu tindakan individu untuk mengurangi perasaan takut, tegang, atau gelisah dari sumber-sumber yang tidak dapat diidentifikasi, meningkat dari 2 (jarang dilakukan) menjadi 4 (sering dilakukan). **Outcome/Indikator:** Memantau intensitas kecemasan, Mengurangi penyebab kecemasan, Memonitori faktor risiko di lingkungan, Mencari informasi untuk mencari kecemasan. **NIC :** Latihan control impuls: 1) Gunakan pendekatan yang menenangkan. 2) Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi cemas. 3) Berikan informasi faktual mengenai penyakit yang diderita. 4) Dengarkan dengan penuh perhatian. 5) Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan. 6) Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi

3.1.4 Implementasi Keperawatan.

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan respiratory distress syndrome sesuai dengan intervensi yang telah dibuat sebelumnya. (Yogiantoro, 2006).

Hari pertama dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1 :** Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi dan suplay oksigen ke otak. **Implementasi :** Jam 08.00, Memonitor tanda-tanda vital. Jam 08.05, Memonitor adanya parestese. (adanya kesemutan pada kaki dan tangan tanpa nyeri). Jam 08.10, Membatasi gerakan pada kepala dan leher Jam 08.15, Jam 08.30, Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga mengenai penyebab perubahan sensasi yaitu karena adanya peningkatan tekanan darah. Jam 08.35, Anjurkan pasien untuk berobat secara teratur. 08.40, Anjurkan pasien untuk minum obat secara dengan baik dan benar sesuai dengan indikasi medis. **Diagnosa keperawatan 2 :** nyeri akut yang berhubungan dengan gangguan agens cedera biologis (iskemia). **Implementasi :** Jam 09.00: Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : **P:** Pada

saat stres, **Q** : nyeri dirasakan tertusuk-tusuk, **R** : nyeri dirasakan pada kepala dan leher, **S** : Skala nyeri 2 (Dengan menggunakan angka 0-10), **T** : nyeri dirasakan sewaktu-waktu. Jam 09.10: Mengoservasi tanda-tanda vital. Jam 09.20: Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan yaitu : sering memegang daerah kepala dan leher. Jam 09.25: Memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya peningkatan tekanan darah yang memicu sistem saraf pusat sehingga dapat menyebabkan sakit. Jam 09.30: Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam. Jam 09.35: Menganjurkan pasien untuk berobat secara teratur ke puskesmas. Jam 09.40: Menganjurkan pasien untuk minum obat amlodipin 1x5 mg/oral dan captopril 2x25 mg/oral secara teratur sesuai dengan indikasi yang diberikan. **Diagnosa keperawatan 3** : Ansietas berhubungan krisis situasi. **Implementasi** : Jam 09.45: Menggunakan pendekatan yang menenangkan (Bina Hubungan Saling Percaya). Jam 09.50: Menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi cemas. Jam 10.00: Memberikan informasi faktual mengenai penyakit yang diderita. Jam 10.15: Mendengarkan dengan penuh perhatian. Jam 10.20: Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan. Jam 10.25: Menginstruksikan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi pijat ringan atau masase ringan.

Hari kedua dilakukan pada tanggal 16 Juli 2019 yaitu: **Diagnosa keperawatan 1** : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi dan suplay oksigen ke otak. **Implementasi** : Jam 08.00, Memonitor tanda-tanda vital. Jam 08.05, Memonitor adanya parestese. (adanya kesemutan pada kaki dan tangan tanpa nyeri). Jam 08.10, Membatasi gerakan pada kepala dan leher Jam 08.15, Jam 08.30, Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga mengenai penyebab perubahan sensasi yaitu karena adanya peningkatan tekanan darah. Jam 08.35, Anjurkan pasien untuk berobat secara teratur. 08.40, Anjurkan pasien untuk minum obat secara dengan baik dan benar sesuai dengan indikasi medis. **Diagnosa keperawatan 2** : nyeri akut yang

berhubungan dengan gangguan agens cedera biologis (iskemia). **Implementasi :** Jam 09.00: Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : **P:** Pada saat stres, **Q :** nyeri dirasakan tertusuk-tusuk, **R :** nyeri dirasakan pada kepala dan leher, **S :** Skala nyeri 2 (Dengan menggunakan angka 0-10), **T :** nyeri dirasakan sewaktu-waktu. Jam 09.10: Mengobservasi tanda-tanda vital. Jam 09.20: Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan yaitu : sering memegang daerah kepala dan leher. Jam 09.25: Memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya peningkatan tekanan darah yang memicu sistem saraf pusat sehingga dapat menyebabkan sakit. Jam 09.30: Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam. Jam 09.35: Menganjurkan pasien untuk berobat secara teratur ke puskesmas. Jam 09.40: Menganjurkan pasien untuk minum obat amlodipin 1x5 mg/oral dan captopril 2x25 mg/oral secara teratur sesuai dengan indikasi yang diberikan. **Diagnosa keperawatan 3 :** Ansietas berhubungan krisis situasi. **Implementasi :** Jam 09.45: Menggunakan pendekatan yang menenangkan (Bina Hubungan Saling Percaya). Jam 09.50: Menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi cemas. Jam 10.00: Memberikan informasi faktual mengenai penyakit yang diderita. Jam 10.15: Mendengarkan dengan penuh perhatian. Jam 10.20: Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan. Jam 10.25: Menginstruksikan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi pijat ringat atau masase ringan.

Hari ketiga dilakukan pada tanggal 17 Juli 2019 yaitu: **Diagnosa keperawatan 1 :** Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi dan suplay oksigen ke otak. **Implementasi :** Jam 08.00, Memonitor tanda-tanda vital. Jam 08.05, Memonitor adanya parestese. (adanya kesemutan pada kaki dan tangan tanpa nyeri). Jam 08.10, Membatasi gerakan pada kepala dan leher Jam 08.15, Jam 08.30, Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga mengenai penyebab perubahan sensasi yaitu karena adanya peningkatan tekanan darah. Jam 08.35, Anjurkan pasien untuk berobat secara

teratur. 08.40, Anjurkan pasien untuk minum obat secara dengan baik dan benar sesuai dengan indikasi medis. **Diagnosa keperawatan 2** : nyeri akut yang berhubungan dengan gangguan agens cedera biologis (iskemia). **Implementasi** : Jam 09.00: Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : **P**: Pada saat stres, **Q** : nyeri dirasakan tertusuk-tusuk, **R** : nyeri dirasakan pada kepala dan leher, **S** : Skala nyeri 2 (Dengan menggunakan angak 0-10), **T** : nyeri dirasakan sewaktu-waktu. Jam 09.10: Mengobservasi tanda-tanda vital. Jam 09.20: Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan yaitu : sering memegang daerah kepala dan leher. Jam 09.25: Memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya peningkatan tekanan darah yang memicu sistim saraf pusat sehingga dapat menyebabkan sakit. Jam 09.30: Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam. Jam 09.35: Menganjurkan pasien untuk berobat secara teratur ke puskesmas. Jam 09.40: Menganjurkan pasien untuk minum obat amlodipin 1x5 mg/oral dan captopril 2x25 mg/oral secara teratur sesuai dengan indikasi yang diberikan. **Diagnosa keperawatan 3** : Ansietas berhubungan krisis situasi. **Implementasi** : Jam 09.45: Menggunakan pendekatan yang menenangkan (Bina Hubungan Saling Percaya). Jam 09.50: Menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi cemas. Jam 10.00: Memberikan informasi faktual mengenai penyakit yang diderita. Jam 10.15: Mendengarkan dengan penuh perhatian. Jam 10.20: Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan. Jam 10.25: Menginstruksikan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi pijat ringat atau masase ringan.

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan klien (Yogiantoro, 2006). Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang dilakukan.

Evaluasi hari pertama tanggal 15 Juli 2019. **Diagnosa 1**: Ketidak efektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan konsentrasi

atau suplay oksigen ke otak. **Jam 12.45, S:** Pasien mengatakan merasa pusing dan tegang pada leher. **O:** Tekanan darah: 160/90 mmHg, N: 92 kali/menit, RR: 18 kali/menit dan S: 36,7 °C. **A :** Masalah belum teratasi. **P :** Intervensi dilanjutkan di rumah. **Diagnosa 2 :** Nyeri akut yang berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia). **Jam 13.00, S:** Pasien mengatakan sakit pada kepala, pusing dan leher tegang. **O:** Tampak wajah pasien meringis kesakitan, skala nyeri 2, tampak pasien sering memegang daerah yang sakit yaitu kepala dan leher. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan di rumah. **Diagnosa 3:** Ansietas berhubungan dengan krisis situasi. **Jam 13.15, S:** Pasien mengatakan stress memikirkan anak-anaknya yang tinggalnya jauh. **O:** Tampak pasien lebih banyak diam kalau tidak diajak bicara, Tampak pasien tidak tenang saat menunggu antrian di puskesmas. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan di rumah.

Evaluasi hari kedua tanggal 16 Juli 2019. **Diagnosa 1:** Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan konsentrasi atau suplay oksigen ke otak. **Jam 12.45, S:** Pasien mengatakan merasa pusing dan tegang pada leher. **O:** Tekana darah: 140/90 mmHg, N: 92 kali/menit, RR: 18 kali/menit dan S: 36,7 °C. **A :** Masalah belum teratasi. **P :** Intervensi dilanjutkan di rumah. **Diagnosa 2 :** Nyeri akut yang berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia). **Jam 13.00, S:** Pasien mengatakan sakit pada kepala, pusing dan leher tegang. **O:** Tampak wajah pasien meringis kesakitan, skala nyeri 2, tampak pasien sering memegang daerah yang sakit yaitu kepala dan leher. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan di rumah. **Diagnosa 3:** Ansietas berhubungan dengan krisis situasi. **Jam 13.00, S:** Pasien mengatakan stress memikirkan anak-anaknya yang tinggalnya jauh. **O:** Tampak pasien lebih banyak diam kalau tidak diajak bicara, Tampak pasien tidak tenang saat menunggu antrian di puskesmas... **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan di rumah.

Evaluasi hari ketiga tanggal 17 Juli 2019. **Diagnosa 1:** Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan konsentrasi atau suplay oksigen ke otak. **Jam 12.45, S:** Pasien mengatakan merasa segar dan tidak pusing. **O:** Tekanan darah: 120/80 mmHg, N: 82 kali/menit, RR: 18 kali/menit dan S: 36,2 °C. **A :** Masalah teratasi. **P :** Intervensi dihentikan. **Diagnosa 2 :** Nyeri akut yang berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia). **Jam 13.00, S:** Pasien mengatakan sakit pada kepala hilang. **O:** Pasien tampak segar, skala nyeri 0. **A:** Masalah teratasi. **P:** Intervensi dihentikan. **Diagnosa 3:** Ansietas berhubungan dengan krisis situasi. **Jam 13.00, S:** Pasien mengatakan tidak stress lagi. **O:** Tampak pasien lebih semangat dan tenang **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Intervensi dihentikan.

3.2 Pembahasa

Pada bagian ini membuat pembahasan mengenai adanya kesenjangan antara teori dan proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 sampai dengan 17 Juli 2019 di Puskesmas Sikumana Kota Kupang. Pembahasan yang dimaksud adalah meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

3.2.1 Pengkajian

Menurut Damayanti (2003). pengkajian keperawatan pada pasien dengan hipertensi biasanya ditemukan data subjektif dan obyektif pada pasien dengan antara lain: Peningkatan tekanan darah > 140/90 mmHg, sakit kepala, epistaksis, pusing/migrain, rasa berat ditengkuk, sukar tidur, mata berkunang kunang, lemah dan lelah. muka pucat, suhu tubuh rendah

Berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan adalah Ny. Y. N. mengalami sakit yang sedang, pada saat dilakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik pada tanggal 15 Juli 2019 sampai dengan 17 Juli 2019 pada Ny. Y. N. yaitu : Pasien mengatakan sakit pada kepala, pusing dan leher tegang. Tampak wajah pasien meringis kesakitan, skala nyeri 2, tampak pasien sering

memegang daerah yang sakit yaitu kepala dan leher, Tekanan darah: 160/90 mmHg, N: 92 kali/menit, RR: 18 kali/menit dan S: 36,7 °C. Pasien mengatakan stress memikirkan anak-anaknya yang tinggalnya jauh. Tampak pasien lebih banyak diam kalau tidak diajak bicara, tampak pasien tidak tenang saat menunggu antrian di puskesmas. Hasil tersebut sesuai dengan penjelasan bahwa mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla di otak. Sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan rennin. Rennin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intra vaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Brunner & Suddarth, 2002).

Berdasarkan hasil tersebut diatas ditemukan banyak kesesuaian data yang dialami oleh Ny. Y. N. dengan teori sehingga penulis menyimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pemahaman dari defenisi NANDA 2015-2017 diagnosa keperawatan pada penyakit hipertensi antara lain PK : hipertensi, Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, Nyeri akut, dan Risiko jatuh..

Berdasarkan penjelasan tersebut diatas terdapat kesesuaian data dan ketidak sesuaian data antara teori dan kasus nyata yang dialami oleh Ny. Y. N yaitu pada kasus nyata ditemukan satu masalah keperawatan yang terdapat dalam teori yaitu: Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan konsentrasi atau suplay oksigen ke otak, Nyeri akut

berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia), dan satu masalah keperawatan yang tidak terdapat dalam teori yaitu: ansietas. Dan 2 masalah lain yang terdapat dalam teori tidak ditegakkan dalam diagnose keperawatan karena tidak ada tanda dan gejala yang mendukung.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan NOC & NIC 2013 edisi kelima, perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan. Diharapkan perawat mampu memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan/hasil yang diharapkan, memilih intervensi yang paling tepat, dan menulis dan mendokumentasikan rencana keperawatan. Prioritas pertama di artikan bahwa masalah ini perlu mendapat perhatian, karena dapat mempengaruhi status kesehatan pasien secara umum dan memperlambat penyelesaian masalah yang lain.

Pada kasus Ny. Y. N. dengan penyakit hipertensi, tiga (3) masalah keperawatan yang berurutan sesuai dengan prioritas masalah keperawatan yaitu Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan konsentrasi atau suplay oksigen ke otak, Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia), Ansietas berhubungan dengan krisis situasi.

Intervensinya: **Diagnosa 1:** 1) Monitor tanda-tanda vital 2) Monitor adanya parestese. (adanya kesemutan pada kaki dan tangan tanpa nyeri). 3) Batasi gerakan pada kepala dan leher. 4) Anjurkan pasien untuk berobat secara teratur. 5) Anjurkan pasien untuk minum obat secara dengan baik dan benar sesuai dengan indikasi medis. **Diagnosa 2:** 1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan factor pencetus, 2) Observasi tanda-tanda vital. 3) Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 4) Berikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 5) Ajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri. **Diagnosa 3:** 1) Gunakan pendekatan yang menenangkan. 2) Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi cemas. 3) Berikan informasi faktual mengenai penyakit yang diderita. 4)

Dengarkan dengan penuh perhatian. 5) Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan. 6) Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi

Tidak ada kesenjangan karena semua intervensi direncanakan sesuai dengan teori yang ada.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Yogiantoro, 2006).

Pada hari senin, 15 Juli 2019 dilakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa keperawatan nyeri akut dan ansietas pada Ny. Y. N. dengan diagnosa medis hipertensi yaitu : **Diagnosa Keperawatan 1:** Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi dan suplay oksigen ke otak. **Implementasi :** Jam 08.00, Memonitor tanda-tanda vital. Jam 08.05, Memonitor adanya parestese. (adanya kesemutan pada kaki dan tangan tanpa nyeri). Jam 08.10, Membatasi gerakan pada kepala dan leher Jam 08.15, Jam 08.30, Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga mengenai penyebab perubahan sensasi yaitu karena adanya peningkatan tekanan darah. Jam 08.35, Anjurkan pasien untuk berobat secara teratur. 08.40, Anjurkan pasien untuk minum obat secara dengan baik dan benar sesuai dengan indikasi medis. **Diagnosa keperawatan 2 :** Nyeri akut yang berhubungan dengan gangguan agens cedera biologis (iskemia). **Implementasi :** Jam 09.00: Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : **P:** Pada saat stres, **Q :** nyeri dirasakan tertusuk-tusuk, **R :** nyeri dirasakan pada kepala dan leher, **S :** Skala nyeri 2 (Dengan menggunakan angka 0-10), **T :** nyeri dirasakan sewaktu-waktu. Jam 09.10: Mengoservasi tanda-tanda vital. Jam 09.20: Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan yaitu : sering memegang daerah kepala dan leher. Jam 09.25: Memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya peningkatan tekanan darah yang memicu sistim saraf pusat sehingga dapat menyebabkan sakit. Jam 09.30:

Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam. Jam 09.35: Menganjurkan pasien untuk berobat secara teratur ke puskesmas. Jam 09.40: Menganjurkan pasien untuk minum obat amlodipin 1x5 mg/oral dan captopril 2x25 mg/oral secara teratur sesuai dengan indikasi yang diberikan. **Diagnosa keperawatan 3:** Ansietas berhubungan krisis situasi. **Implementasi :** Jam 09.45: Menggunakan pendekatan yang menenangkan (Bina Hubungan Saling Percaya). Jam 09.50: Menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi cemas. Jam 10.00: Memberikan informasi faktual mengenai penyakit yang diderita. Jam 10.15: Mendengarkan dengan penuh perhatian. Jam 10.20: Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan. Jam 10.25: Menginstruksikan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi pijat ringan atau masase ringan.

Tidak ada kesenjangan karena semua implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Yogiantoro (2006). evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan kriteria yang dibuat pada tahap perencanaan mengenai masalah keperawatan rasa nyaman nyeri, risiko jatuh dan potensial komplikasi hipertensi. Evaluasi yang diharapkan sebagian sesuai teori antara lain tidak pusing, tekanan darah dalam kisaran normal, nyeri berkurang dan tidak risiko jatuh.

Setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari dari tanggal 15-17 Julii 2019, pasien mengatakan nyeri berkurang dan mengatakan akan mengikuti semua anjuran dan latihan yang sudah diberikan. Skala nyeri 0, tidak pusing, tampak pasien tidak cemas dan ekspresi wajah segar.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Dari hasil kasus yang telah menguraikan tentang Asuhan Keperawatan pada Ny. Y. N. dengan hipertensi di Puskesmas Bakunase Kota Kupang, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada Ny. Y. N. dengan hipertensi sebagai berikut :

4.1.1 Pengkajian pada kasus Y. N. dengan hipertensi yaitu keluhan utama : :

Pasien mengatakan sakit pada kepala, pusing dan leher tegang. Tampak wajah pasien meringis kesakitan, skala nyeri 2, tampak pasien sering memegang daerah yang sakit yaitu kepala dan leher, Tekana darah: 160/90 mmHg, N: 92 kali/menit, RR: 18 kali/menit dan S: 36,7 °C. Pasien mengatakan stress memikirkan anak-anaknya yang tinggalnya jauh. Tampak pasien lebih banyak diam kalau tidak diajak bicara, tampak pasien tidak tenang saat menunggu antrian di puskesmas.

4.1.2 Dalam diagnosa keperawatan, semua diagnosa yang tercantum dalam tinjauan pustaka tercantum pada tinjauan kasus, sehingga penulis menetapkan diagnosa sesuai masalah yang di alami oleh Ny. Y. N. dimana diagnosa yang muncul yaitu Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan konsentrasi atau suplay oksigen ke otak, Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia), Ansietas berhubungan dengan krisis situasi.

4.1.3 Intervensi yang disusun menggunakan *Nursing Outcome Classification* (NOC) dan *Nursing Intervention Classification* intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan sesuai dengan diagnosa nyeri akut, dan ansietas intervensi yang di tetapkan yaitu : **Diagnosa 1:** 1) Monitor tanda-tanda vital 2) Monitor adanya parestese. (adanya kesemutan pada kaki dan tangan tanpa nyeri). 3) Batasi gerakan pada kepala dan leher. 4) Anjurkan pasien untuk berobat secara teratur. 5) Anjurkan pasien untuk minum obat

secara dengan baik dan benar sesuai dengan indikasi medis. **Diagnosa 2:**

1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan factor pencetus, 2) Observasi tanda-tanda vital. 3) Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 4) Berikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 5) Ajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri. **Diagnosa 3:** 1) Gunakan pendekatan yang menenangkan. 2) Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi cemas. 3) Berikan informasi faktual mengenai penyakit yang diderita. 4) Dengarkan dengan penuh perhatian. 5) Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan. 6) Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi.

4.1.4 Pada implementasi keperawatan dengan diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral, nyeri akut dan ansietas, tindakan yang dilakukan yaitu:

Diagnosa Keperawatan 1: Jam 08.00, Memonitor tanda-tanda vital. Jam 08.05, Memonitor adanya parestese. (adanya kesemutan pada kaki dan tangan tanpa nyeri). Jam 08.10, Membatasi gerakan pada kepala dan leher Jam 08.15, Jam 08.30, Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga mengenai penyebab perubahan sensasi yaitu karena adanya peningkatan tekanan darah. Jam 08.35, Anjurkan pasien untuk berobat secara teratur. 08.40, Anjurkan pasien untuk minum obat secara dengan baik dan benar sesuai dengan indikasi medis. **Diagnosa keperawatan 2:** Jam 09.00: Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : **P:** Pada saat stres, **Q :** nyeri dirasakan tertusuk-tusuk, **R :** nyeri dirasakan pada kepala dan leher, **S :** Skala nyeri 2 (Dengan menggunakan angka 0-10), **T :** nyeri dirasakan sewaktu-waktu. Jam 09.10: Mengobservasi tanda-tanda vital. Jam 09.20: Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan yaitu : sering memegang daerah kepala dan leher. Jam 09.25: Memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya peningkatan tekanan darah yang memicu

sistim saraf pusat sehingga dapat menyebabkan sakit. Jam 09.30: Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam. Jam 09.35: Mengajarkan pasien untuk berobat secara teratur ke puskesmas. Jam 09.40: Mengajarkan pasien untuk minum obat amlodipin 1x5 mg/oral dan captopril 2x25 mg/oral secara teratur sesuai dengan indikasi yang diberikan. **Diagnosa keperawatan 3:** Jam 09.45: Menggunakan pendekatan yang menenangkan (Bina Hubungan Saling Percaya). Jam 09.50: Menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi cemas. Jam 10.00: Memberikan informasi faktual mengenai penyakit yang diderita. Jam 10.15: Mendengarkan dengan penuh perhatian. Jam 10.20: Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan. Jam 10.25: Menginstruksikan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi pijat ringat atau masase ringan.

4.1.5 Evaluasi yang dilakukan dengan menggunakan metode *subjektif, Objektif, Assesment* dan *Planning* (SOAP). Hasil yang didapatkan yaitu Evaluasi yang diharapkan sebagian sesuai teori antara lain tidak pusing, tekanan darah dalam kisaran normal, nyeri berkurang dan tidak risiko jatuh. Setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari dari tanggal 15-17 Julii 2019, pasien mengatakan nyeri berkurang dan mengatakan akan mengikuti semua anjuran dan latihan yang sudah diberikan. Skala nyeri 0, tidak pusing, tampak pasien tidak cemas dan ekspresi wajah segar.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi institusi pelayanan kesehatan

Diharapkan institusi pelayanan kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP).

4.2.2 Bagi Perawat Ruangan

Diharapkan tenaga kesehatan menyadari pentingnya penerapan asuhan keperawatan yang konsisten dan sesuai teori dalam memberikan asuhan

keperawatan kepada pasien, sehingga pasien akan mendapatkan pelayanan yang holistik dan komprehensif.

4.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan agar dapat meningkatkan mutu pelayanan pendidikan yang berkualitas dan profesional, sehingga terlahirlah perawat-perawat yang profesional dalam memberikan asuhan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

Bulecchek. G. 2013. *Nursing Interventions Clasification (NIC)*. Edisi Keenam. Elsivers. Singapura

Corwin, Elizabeth J. 2009. *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC

Departemen Kesehatan, 2011. *Buku Bagan Tatalaksana Anak Gizi Buruk Buku 1 cetakan keenam*, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Jakarta

Doengoes, Marilyn E. 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Ignatavicius, Donna D. & Workman M.L. 2006. *Medical-Surgical Nursing, Critical Thinking for Collaborative Care*. St. Louis: Elsevier Saunders.

Mansjoer, Arif. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta : Media Aesculapius

Moorhead. S. 2013. *Nursing Outcome Clasification (NOC)*. Edisi Kelima. Elsivers. Singapura

NANDA International. 2015. *Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta : EGC

Suddart, & Brunner. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Sudoyo, Aru W. 2006. *Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta : Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Sugiyanto, Edi. 2007. *Cermin Dunia Kedokteran vol.34 no.4/157 Edisi Juli - Agustus 2007 : Hipertensi dan Komplikasi Serebrovaskular*. Jakarta : Grup PT. Kalbe Farma Tbk.

LAMPIRAN-LAMPIRAN:

1. Pengkajian Puskesmas
2. Satuan Acara Penyuluhan (SAP)
3. Lifleť
4. Lembaran Konsultasi

Lampiran 1



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa : Vinsensia G. Lesu

NIM : PO. 5303201181243

A. Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Ny. Y. N.

Puskesmas : Airnona

Diagnosa Medis : Hipertensi

No. Medical Record : -

Tanggal Pengkajian : 15 Juli 2019 Jam : 09.00 Wita

Tanggal Kunjungan : 15 Juli 2019 Jam : 08.00 Wita

Identitas Pasien

Nama Pasien : Ny. Y. N. Jenis Kelamin : Perempuan

Umur/Tanggal Lahir : 45 Tahun/10 Juli 1974 Status Perkawinan : Kawin

Agama : Protestan Suku Bangsa : Rote

Pendidikan Terakhir : SD Pekerjaan : Ibu rumah tangga

Alamat : Airnona

Identitas Penanggung

Nama : Tn. A. N. Pekerjaan : Swasta
Jenis Kelamin : Laki-laki Hubungan dengan klien : Suami
Alamat : Airnona

6. Riwayat Kesehatan

f. Keluhan utama

Nyeri dan pusing

g. Riwayat kesehatan sebelum sakit

Pasien mengatakan mulai merasa sakit ini karena stress dan sering marah-marah.

h. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan mulai mengalami sakit ini sejak 10 tahun yang lalu, dan mulai kambuh sejak 3 hari yang lalu dan oleh keluarga diantar ke puskesmas.

Keluhan saat dikaji: Pasien mengatakan pusing, sakit kepala, leher tenggang, merasa mual-mual.

i. Riwayat penyakit sebelumnya

Pasien tidak mempunyai riwayat operasi dan riwayat alergi.

j. Riwayat kesehatan keluarga

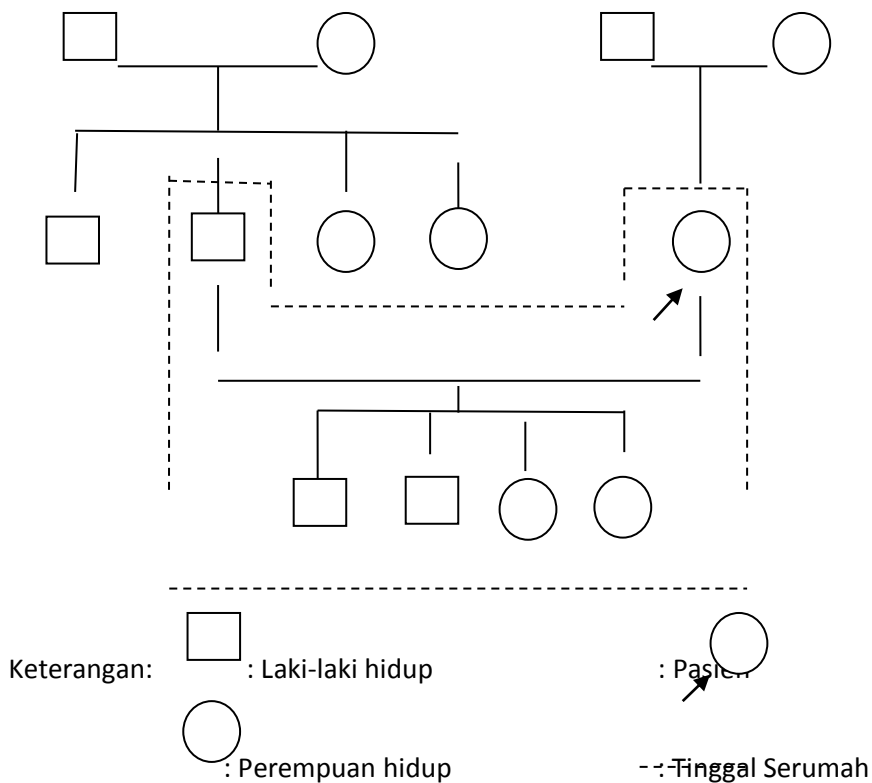
Pasien mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit ini, maupun penyakit yang lainnya.

7. Kebiasaan

- Merokok
 - tidak : pasien mengatakan ia tidak merokok
- Minumalkohol
 - Tidak : pasien tidak meminum alkohol
- Minum kopi :
 - Tidak : pasien tidak minum kopi
- Minum obat-obatan
 - Tidak : pasien tidak minum sembarang obat.

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Genogram Keluarga:



Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah : 160/90 mmHg - Nadi : 92x/ m
- Pernapasan : 18x/m - Suhu: 36,7 °C

2. Kepala dan leher

- Kepala : simetris
 - Sakit kepala : ya, dan pusing
 - Bentuk, ukuran dan posisi :
 normal abnormal, jelaskan :
 - Lesi : ada, tidak ada
 - Masa : ada, tidak ada
 - Observasi Wajah : simetris asimetri,
- Penglihatan :
 - Konjungtiva : merah muda
 - Sklera : Putih
 - Pakai kaca mata : tidak
 - Penglihatan kabur : tidak
 - Nyeri : tidak ada
 - Peradangan : tidak ada
 - Operasi : tidak pernah

- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran: tidak
 - Nyeri : Ya tidak
 - Peradangan : Ya tidak
- Hidung
 - Alergi rhinitis : Ya tidak
 - Riwayat Polip : Ya, tidak
 - Sinusitis : Ya, tidak
 - Epistaksis : Ya, tidak
- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : kotor
 - Caries : Ya, tidak
 - Memakai gigi palsu : Ya, tidak
 - Gangguan bicara : Ya, tidak
 - Gangguan menelan : Ya, tidak
 - Pembesaran kelenjar leher : Ya, tidak

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : tidak
- Inspeksi :
Kesadaran/GCS : compos mentis = E 4, V= 5, M- 6 = 15
- Bentuk dada : abnormal , normal
- Bibir : sianosis normal pucat dan kering
- Kuku : sianosis normal pucat
- Capillary Refill : Abnormal normal <3det
- Tangan : Edema normal
- Kaki : Edema normal
- Sendi : Edema normal
- Ictus cordis/Apical Pulse: Teraba tidak teraba
- Vena jugularis : Teraba tidak teraba
- Perkusi : pembesaran jantung: tidak ada
- Auskultasi : BJ I : Abnormal normal (Lub)
BJ II : Abnormal normal

(Dup)

Murmur: tidak ada suara jantung tambahan

4. Sistem Respirasi

- Keluhan: tidak ada
- Inspeksi :
Jejas : Ya, tidak
- Bentuk Dada : Abnormal, Normal
- Jenis Pernapasan : Abnormal, normal
- Irama Napas : teratur tidak teratur
- Retraksi otot pernapasan: Ya tidak
- Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, tidak

- Perkusi: Cairan : Ya tidak
- Udara : Ya tidak
- Massa : Ya tidak
- Auskultasi :
- Inspirasi : Normal Abnormal
- Ekspirasi : Normal Abnormal
- Ronchi : Ya tidak
- Wheezing : Ya tidak
- Krepitasi : Ya tidak
- Rales : Ya tidak
- Clubbing Finger : Normal Abnormal

5. Sistem Pencernaan

- a. Keluhan : tidak ada mual dan muntah
- b. Inspeksi :
 - Turgor kulit : Abnormal, Normal
 - Keadaan bibir : lembab kering dan pucat
 - Keadaan rongga mulut
 - Warna Mukosa : pucat kering
 - Luka/ perdarahan : Ya, tidak
 - Tanda-tanda radang : Ya, tidak
 - Keadaan gusi : Abnormal, normal
 - Keadaan abdomen
 - Warna kulit : agak kehitaman
 - Luka : Ya, tidak
 - Pembesaran : normal
 - Keadaan rektal
 - Luka : Ya, tidak
 - Perdarahan : Ya, tidak
 - Hemmoroid : Ya, tidak
 - Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, tidak
- c. Auskultasi :
 - Bising usus/Peristaltik : 12 kali/menit
- d. Perkusi: Cairan : Abnormal, normal
- Udara: Abnormal, (kembang) normal
- Massa : Abnormal, normal
- e. Palpasi :
 - Tonus otot : Abnormal, normal
 - Nyeri : Abnormal, normal
 - Massa : Abnormal normal

6. Sistem Persyarafan

- a. Keluhan : sakit kepala dan Pusing

- b. Tingkat kesadaran : compos mentis, GCS (E/M/V): E : 4 M : 5 V : 6 = 15
 - c. Pupil : Isokor anisokor
 - d. Kejang : Abnormal, normal
 - e. Jenis kelumpuhan : Ya, tidak
 - f. Parasthesia : Ya, tidak
 - g. Koordinasi gerak : Abnormal, normal
 - h. Cranial Nerves : Abnormal, normal
 - i. Reflexes : Abnormal, normal
7. Sistem Musculoskeletal
- a. Keluhan : tidak dapat melakukan aktifitas secara mandiri
 - b. Kelainan ekstremitas : ada, tidak ada
 - c. Nyeri otot : ada tidak
 - d. Nyeri sendi : ada tidak ada
 - e. Refleksi sendi : abnormal, normal
 - f. Kekuatan otot : Atropi hiperthropi normal

$$\begin{array}{r} 5 \overline{) 5} \\ \underline{4} \\ 3 \end{array}$$

8. Sistem Integument
- a. Rash : ada, tidak ada
 - b. Lesi : ada, tidak ada
 - c. Turgor : tidak elastis Warna : agak kehitaman
 - d. Kelembaban : Abnormal (kering dan keriput) normal
 - e. Petechie : ada, Tidak ada
 - f. Lain lain : tidak ada
9. Sistem Perkemihan
- a. Gangguan : kencing menetes inkontinensia riten
 gross hematuri disuria poliuri
 oliguri anuria
 - b. Alat bantu (kateter, dll) tidak
 - c. Kandung kencing : membesar tidak
nyeri tekan iya tidak
 - d. Produksi urine : baik
 - e. Intake cairan : oral : 1500 cc/hr parenteral : -
 - f. Bentuk alat kelamin : Normal tidak normal,
 - g. Uretra : Normal Hi spadia/Epispadia
Lain-lain : tidak ada
10. Sistem Endokrin
- a. Keluhan : tidak ada
 - b. Pembesaran Kelenjar : tidak ada
 - c. Lain – lain : tidak ada
11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : tidak ada
 - b. Wanita : Siklus menstruasi : Menopause
 - Keadaan payudara : Abnormal, normal
 - Riwayat Persalinan:-
 - Abortus:-
 - Pengeluaran pervagina: Abnormal, normal
 - Lain-lain:-
 - c. Pria : Pembesaran prostat : ada tidak ada
 - d. Lain-lain: tidak ada
12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)
- A. Nutrisi
1. Kebiasaan :
 - Polamakan : baik dan teratur
 - Frekuensi makan : 3x sehari
 - Nafsu makan: baik
 - Makanan pantangan: telur, labu siam, patola.
 - Makanan yang disukai: semua makanan.
 - Banyaknya minuman dalam sehari: kurang lebih 8 gelas (1600cc)
 - Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai: Alkohol dan asinan
 - Sebelum sakit BB: 47 kg TB :145 cm, Lila : 19 cm
 - Penurunan BB: 8 kg, dalam waktu 6 bulan
 2. Perubahan selama sakit: berat badan saat ini (sakit) 39 kg
- B. Eliminasi
1. Buang air kecil (BAK)
 - a. Kebiasaan
 - Frekuensi dalam sehari : 5 – 6 kali
 - Bau: khas
 - b. Perubahan selama sakit : tidak ada
 2. Buang air besar (BAB)
 - a. Kebiasaan : saat kaji 1-2 x sehari
 - Warna : kuning
 - Konsistensi : lembek
 - b. Perubahan selama sakit : tidak ada
 - c. Olah raga dan aktivitas
 - Kegiatan olah raga yang disukai : pasien mengatakan jarang berolah raga
 - Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : tidak
- C. Istirahat dan tidur
- Tidur malam jam : 09.00 malam
 - Bangun jam : 05.00 pagi
 - Tidur siang jam : 13.00
 - Bangun jam : 14.00
 - Apakah mudah terbangun : tidak
 - Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : Tidak ada

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : Suami

2. Organisasi sosial yang diikuti : kegiatan di Mesjid
3. Keadaan rumah dan lingkungan : baik
 Status rumah : Rumah bantuan
 Cukup/ tidak : cukup
 Bising/ tidak : tidak
 Banjir / tidak : tidak
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Ya (suami dan anak)
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : dengan berdiskusi mencari solusi dengan suami dan anak
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : Ya
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : Ya

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : pasien dan keluarga masih belum menerima akan sakit yang diderita
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : klien ingin cepat sembuh dari sakitnya.
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik dalam berkomunikasi

Terapi:

Amlodipin 1x5 mg/oral (indikasi: menurunkan tekanan darah, sekaligus mencegah stroke, serangan jantung dan masalah ginjal), Captopril 2x25 mg/oral (indikasi: mengobati hipertensi, dan gagal jantung. Cara kerjanya menghambat produksi hormone angiotensin.

B. Analisa Data

NO.	DATA PENUNJANG	ETIOLOGI	MASALAH
1	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan pusing dan mual <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda-tanda vital TD: 160/90 mmHg, N: 92 kali/ menit, RR: 18 kali/menit dan S: 36,7^oC. 2. Tampak keadaan umum lemah, 	Suplay darah dan oksigen ke jaringan serebral berkurang.	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral
2	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sakit kepala 2. Tenguk dan leher tegang <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak wajah pasien meringis kesakitan. 	Agens cedera biologis (Iskemia)	Nyeri akut

	2. Skala nyeri 2 3. Tampak pasien sering memegang daerah kepala dan leher		
3.	DS: Pasien mengatakan belum mengetahui tentang apa itu penyakit kusta dan penyebabnya DO: 1. Tampak seluruh badan pasien mengeras dan bercak-bercak kemerahan 2. Tampak pasien bingung saat ditanya tentang apa itu kusta	Kurang Informasi	Kurang Pengetahuan

C. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan NANDA 2015.

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral yang berhubungan dengan suplay darah dan oksigen ke jaringan serebral berkurang.
2. Nyeri akut berhubungan dengan Agens cedera biologis (Peningkatan tekanan darah).
3. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi

D. Intervensi Keperawatan Berdasarkan NOC & NIC, 2013, Edisi Kelima

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral yang berhubungan dengan suplay darah dan oksigen ke jaringan serebral berkurang.	Goal : Pasien akan mempertahankan perfusi jaringan serebral yang efektif selama dalam perawatan. Obyektif : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral efektif. NOC : 1. Circulation status 2. Tissue Prefusion : cerebral Kriteria Hasil : 1. Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan : 4) Tekanan systole	NIC : Intrakranial Pressure (ICP) Monitoring (Monitor tekanan intrakranial) 1. Berikan informasi kepada keluarga 2. Catat respon pasien terhadap stimuli 3. Monitor tekanan intra kranial (TIK) pasien dan respon neurology terhadap aktivitas 4. Monitor intake dan output cairan 5. Kolaborasi pemberian antibiotik 6. Posisikan pasien pada posisi yang nyaman Peripheral Sensation

		<p>dandiastole dalam rentang yang diharapkan</p> <p>5) Tidak ada ortostatikhipertensi (penurunan TD secara tiba2).</p> <p>6) Tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg)</p> <p>2. Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan:</p> <p>5) Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan</p> <p>6) Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi</p> <p>7) Memproses informasi</p> <p>8) Membuat keputusan dengan benar</p> <p>3. Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh : tingkat kesadaran mambaik, tidak ada gerakan gerakan involunter</p>	<p>Management (Manajemen sensasi perifer)</p> <p>10. Monitor adanya parestese (rasa kesemutan)</p> <p>11. Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi</p> <p>12. Gunakan sarung tangan untuk proteksi</p> <p>13. Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung</p> <p>14. Monitor kemampuan BAB</p> <p>15. Monitor adanya tromboflebitis (peradangan pembuluh darah balik/vena)</p>
2	Nyeri akut berhubungan dengan Agens cedera biologis (peningkatan tekanan darah).	<p>Goal : Pasien akan meningkatkan rasa nyaman terhadap nyeri selama dalam perawatan.</p> <p>Subyektif : setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan nyeri terkontrol.</p> <p>NOC : Kontrol nyeri :</p> <p>1) Mengenal gejala yang berhubungan dengan nyeri. 2) Melaporkan nyeri terkontrol. 3) Mengenal lama nya (onset) nyeri. 4) Menggunakan tindakan non analgesic. 5) Menggunakan analgesic</p>	<p>NIC: Manajemen nyeri.</p> <p>1. Kaji nyeri secara komprehensif meliputi PGRST.</p> <p>2. Observasi ketidaknyamanan secara non verbal.</p> <p>3. Berikan informasi tentang nyeri termasuk penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan hilang, antisipasi terhadap ketidaknyamanan dari prosedur.</p> <p>4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi respon ketidaknyamanan klien (suhu ruangan, cahaya dan suara).</p> <p>5. Ajarkan cara penggunaan terapi</p>

		<p>sebagai rekomen dari Level nyeri: 1) Klien tidak meringis. 2) Ekspresi wajah tampak rileks. 3) Tidak Gelisah. 4) Skala nyeri berkurang menjadi 2 dari 0-10.</p>	<p>non farmakologi (distraksi & relaksasi). 6. Kolaborasi pemberian analgetik. NIC: Relaksasi otot progresif : 1. Setting tempat yang nyaman. 2. Bantu klien mencari posisi yang nyaman.</p>
3	<p>Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi</p>	<p>NOC : 1. Knowledge : disease process 2. Knowledge : health Behavior Kriteria Hasil : 1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya</p>	<p>NIC : Teaching : disease Process 1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik 2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. 3. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat 4. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat 5. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat 6. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat 7. Sediakan bagi keluarga informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat 8. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit 9. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan</p>

E. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN DENGAN MENGGUNAKAN SOAP

HARI PERTAMA (1)

NO. DX. KEP.	HARI/ TGL/ JAM	PELAKSANAAN KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN (SOAP)
1	Senin, 15 Juli 2019 08.00 08.05 08.10 08.15 08.20 08.40	1. Memonitor tanda-tanda vital. 2. Memonitor adanya parestese. (adanya kesemutan pada kaki dan tangan tanpa nyeri). 3. Membatasi gerakan pada kepala dan leher 4. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga mengenai penyebab perubahan sensasi yaitu karena adanya peningkatan tekanan darah. 5. Menganjurkan pasien untuk berobat secara teratur. 6. Menganjurkan pasien untuk minum obat secara dengan baik dan benar sesuai dengan indikasi medis.	Jam 12.45 S: Pasien mengatakan merasa pusing dan tegang pada leher. O: 1. Tekana darah: 160/90 mmHg, N: 92 kali/menit, RR: 18 kali/menit dan S: 36,7 °C. A : Masalah belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan di rumah.
2	Senin, 15 Juli 2019 09.00 09.10 09.20 09.25	1. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : P: Pada saat stres, Q : nyeri dirasakan tertusuk-tusuk, R : nyeri dirasakan pada kepala dan leher, S : Skala nyeri 2 (Dengan menggunakan angak 0-10), T : nyeri dirasakan sewaktu-waktu. 2. Mengoservasi tanda-tanda vital. 3. Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan yaitu : sering memegang daerah kepala dan leher. 4. Memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya peningkatan tekanan darah yang memicu sistim saraf pusat sehingga dapat menyebabkan	Jam 13.00 S: Pasien mengatakan sakit pada kepala, pusing dan leher tegang. O: 1. Tampak wajah pasien meringis kesakitan 2. Skala nyeri 2 3. Tampak pasien sering memegang daerah yang sakit yaitu kepala dan leher. A: Masalah belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan di rumah.

	09.30	sakit. 5. Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam.	
	09.35	6. Mengajarkan pasien untuk berobat secara teratur ke puskesmas.	
	09.40	7. Mengajarkan pasien untuk minum obat amlodipin 1x5 mg/oral dan captopril 2x25 mg/oral secara teratur sesuai dengan indikasi yang diberikan.	
3	Senin, 15 Juli 2019 09.45 09.50 10.00 10.15 10.20 10.25	2. Menggunakan pendekatan yang menenangkan (Bina Hubungan Saling Percaya). 3. Menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi cemas. 4. Memberikan informasi faktual mengenai penyakit yang diderita. 5. Mendengarkan dengan penuh perhatian. 6. Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan. 7. Menginstruksikan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi pijat ringat atau masase ringan.	Jam 13.15 S: Pasien mengatakan stress memikirkan anak-anaknya yang tinggalnya jauh. O: 1. Tampak pasien lebih banyak diam kalau tidak diajak bicara, 2. Tampak pasien tidak tenang saat menunggu antrian di puskesmas. A: Masalah belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan di rumah.

F. CATATAN PERKEMBANGAN DENGAN MENGGUNAKAN SOAPIE
Hari Kedua (2)

NO. DX. KEP.	HARI/TGL JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAPIE)
1	Selasa, 16 Juli 2019	S: Pasien mengatakan merasa pusing dan tegang pada leher. O: Tekana darah: 160/90 mmHg, N: 92 kali/menit, RR: 18 kali/menit dan S: 36,7 °C. A : Masalah belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan di rumah. I:

	<p>08.00</p> <p>08.05</p> <p>08.10</p> <p>08.15</p> <p>08.20</p> <p>08.40</p> <p>12.45</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda-tanda vital. 2. Memonitor adanya parestese. (adanya kesemutan pada kaki dan tangan tanpa nyeri). 3. Membatasi gerakan pada kepala dan leher 4. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga mengenai penyebab perubahan sensasi yaitu karena adanya peningkatan tekanan darah. 5. Menganjurkan pasien untuk berobat secara teratur. 6. Menganjurkan pasien untuk minum obat secara dengan baik dan benar sesuai dengan indikasi medis. <p>E:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan merasa pusing dan tegang pada leher. 2. Tekana darah: 140/90 mmHg, N: 92 kali/menit, RR: 18 kali/menit dan S: 36,7 °C.
2	<p>Selasa, 16 Juli 2019</p> <p>09.00</p> <p>09.10</p> <p>09.20</p> <p>09.25</p> <p>09.30</p> <p>09.35</p> <p>09.40</p>	<p>S: Pasien mengatakan sakit pada kepala, pusing dan leher tegang.</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak wajah pasien meringis kesakitan 2. Skala nyeri 2 3. Tampak pasien sering memegang daerah yang sakit yaitu kepala dan leher. <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan di rumah.</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : P: Pada saat stres, Q: nyeri dirasakan tertusuk-tusuk, R: nyeri dirasakan pada kepala dan leher, S: Skala nyeri 2 (Dengan menggunakan angka 0-10), T: nyeri dirasakan sewaktu-waktu. 2. Mengobservasi tanda-tanda vital. 3. Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan yaitu : sering memegang daerah kepala dan leher. 4. Memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya peningkatan tekanan darah yang memicu sistim saraf pusat sehingga dapat menyebabkan sakit. 5. Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam. 6. Menganjurkan pasien untuk berobat secara teratur ke puskesmas. 7. Menganjurkan pasien untuk minum obat amlodipin 1x5 mg/oral dan captopril 2x25 mg/oral secara teratur sesuai dengan indikasi yang diberikan. <p>E:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sakit pada kepala, pusing dan leher tegang. 2. Tampak wajah pasien meringis kesakitan 3. Skala nyeri 1 4. Tampak pasien sering memegang daerah yang sakit yaitu kepala

		dan leher.
3	Selasa, 16 Juli 2019 09.45 09.50 10.00 10.15 10.20 10.25	S: Pasien mengatakan stress memikirkan anak-anaknya yang tinggalnya jauh. O: 1. Tampak pasien tidak tenang A: Masalah belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan di rumah. I: 1. Menggunakan pendekatan yang menenangkan (Bina Hubungan Saling Percaya). 2. Menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi cemas. 3. Memberikan informasi faktual mengenai penyakit yang diderita. 4. Mendengarkan dengan penuh perhatian. 5. Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan 6. Menginstruksikan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi pijat ringan atau masase ringan. E : Tampak pasien tenang dan nyambung saat bicara

G. CATATAN PERKEMBANGAN DENGAN MENGGUNAKAN SOAPIE

Hari Ketiga (3)

NO. DX. KEP.	HARI/TGL JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAPIE)
1	Rabu, 17 Juli 2019 07.30	S: Pasien mengatakan merasa baik dan tidak pusing O: Tekana darah: 120/80 mmHg, N: 80 kali/menit, RR: 18 kali/menit dan S: 36 °C. A : Masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan
2	Rabu, 17 Juli 2019 07.45	S: Pasien mengatakan sakit pada kepala, pusing dan leher tegang. O: Tampak wajah pasien segar,Skala nyeri 0 A: Masalah teratasi. P: Intervensi dihentikan.
2	Rabu, 17 Juli 2019 08.00	S: Pasien mengatakan stress memikirkan anak-anaknya yang tinggalnya jauh. O: Tampak pasien tenang dan nyambung saat bicara A: Masalah teratasi. P: Intervensi dihentikan.

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

PENYAKIT TIDAK MENULAR

Topik : Hipertensi

Sasaran : Pasien dan keluarga penderita hipertensi

Tempat : Rumah pasien

Hari/Tanggal : Selasa, 16 Juli 2019

Waktu : 30 Menit/ 10.00-Selesai

A. Tujuan Instruksional Umum :

Setelah mengikuti penyuluhan mengenai hipertensi selama 30 menit, Penderita Hipertensi mampu memahami tentang hipertensi dan cara perawatannya.

B. Tujuan Instruksional Khusus :

Setelah dilakukan penyuluhan mengenai hipertensi, maka masyarakat mampu:

1. Menjelaskan tentang pengertian Hipertensi
2. Menjelaskan tentang penyebab Hipertensi
3. Menjelaskan tanda dan gejala Hipertensi
4. Menjelaskan cara pencegahan Hipertensi
5. Menjelaskan penatalaksanaan bagi penderita Hipertensi
6. Menjelaskan komplikasi penyakit Hipertensi
7. Menjelaskan diet dan takaran garam yang tepat untuk penyakit Hipertensi
8. Mampu mendemonstrasikan tentang pengaturan takaran garam bagi penderita Hipertensi, cara mengolah minuman untuk penderita Hipertensi.

C. Sasaran

Pasien hipertensi dan keluarga

D. Materi

Terlampir

E. Media dan sumber bahan

1. Leaflet

F. Metode

Metode yang digunakan dalam penyuluhan hipertensi:

1. Ceramah
2. Diskusi dan tanya jawab

G. Pengorganisasian

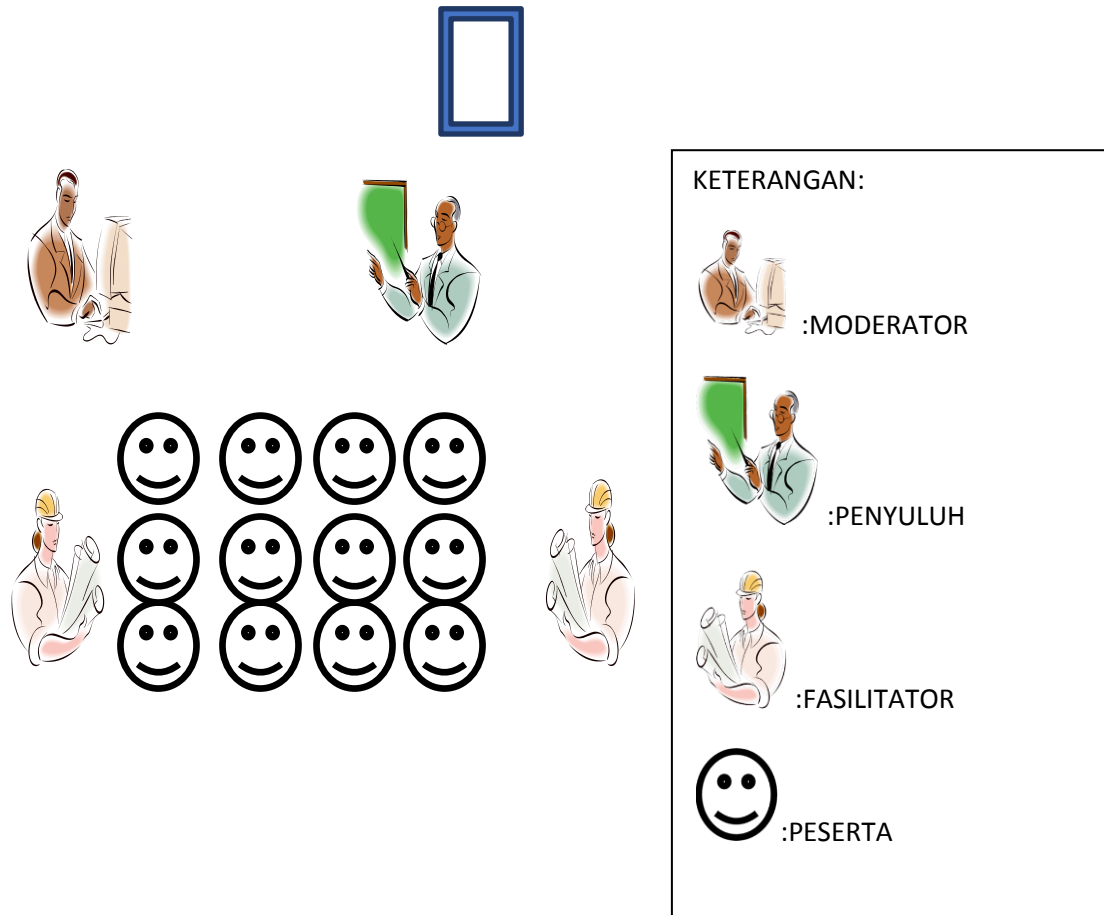
Dosen Pembimbing : Meiyeriance Kapitan, S.Kep, Ns. M.Kep

Moderator : -

Pemateri : Mahasiswa UAP

Fasilitator :-

H. Setingan Tempat



I. Rencana Kegiatan

NO	WAKTU	KEGIATAN PENYULUHAN	KEGIATAN PESERTA
1	5 Menit	Pembukaan: <ol style="list-style-type: none">1. Memperkenalkan diri2. Menjelaskan tujuan dari penyuluhan.3. Melakukan kontrak waktu.4. Menyebutkan materi penyuluhan yang akan diberikan	<ol style="list-style-type: none">1. Menyambut salam2. Mendengarkan3. Memperhatikan
2	20 Menit	Pelaksanaan : <ol style="list-style-type: none">1. Menjelaskan tentang Hipertensi2. Menjelaskan tentang penyebab Hipertensi3. Menjelaskan tentang gejala Hipertensi4. Menjelaskan tentang Hipertensi5. Menjelaskan tentang Pengobatan Hipertensi6. Sesi tanya Jawab	<ol style="list-style-type: none">1. Mendengarkan dan memperhatikan2. Bertanya dan Menjawab.
3	5 Menit	Penutupan: <ol style="list-style-type: none">1. Menanyakan pada peserta tentang materi yang diberikan dan reinforcement kepada peserta bila dapat menjawab & menjelaskan kembali pertanyaan/materi2. Mengucapkan terima kasih kepada peserta.3. Mengucapkan salam	<ol style="list-style-type: none">1. Menjawab & menjelaskan pertanyaan.2. Mendengarkan3. Menjawab salam

J. Kriteria Evaluasi

1. Evaluasi struktur
 - a. Kesiapan media dan tempat
 - b. Masyarakat hadir 15 menit sebelum kegiatan

- c. Mahasiswa hadir dan siap di tempat kegiatan 30 menit sebelum kegiatan dimulai
 - d. Penyelenggaraan penyuluhan dilakukan di rumah pasien
 - e. Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan telah dilakukan.
 - f. Pra planning telah disiapkan dan sudah dikonsultasikan kepada pembimbing
 - g. Media sudah disiapkan.
2. Evaluasi Proses :
- a. Peserta antusias terhadap materi penyuluhan.
 - b. Peserta mengajukan pertanyaan.
 - c. Tidak ada peserta yang meninggalkan tempat penyuluhan.

LAMPIRAN MATERI PENYULUHAN

1. Pengertian Hipertensi

Hipertensi atau Tekanan Darah Tinggi adalah gangguan system peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah diatas nilai normal atau tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg (Nurarif, Amin & Kusuma, Hardhi, 2015)

2. Penyebab Hipertensi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan.

a. Hipertensi Primer

Disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. Factor yang mempengaruhinya yaitu: genetic, lingkungan, hiperaktivitas saraf simpatis sistem renin. factor yang meningkatkan resiko obesitas, merokok, alkohol, dan polisitemia.

b. Hipertensi Sekunder

Penyebab yaitu: gangguan estrogen, penyakit ginjal, dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

Hipertensi pada usia lanjut dibedakan atas:

- 1) Hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg atau tekanan diastolic sama atau lebih besar dari 90 mmHg
- 2) Hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan sistolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolic sama atau lebih besar dari 90 mmHg.

3. Tanda dan Gejala Hipertensi

Tanda dan gejala hipertensi dibedakan menjadi :

a. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa.

b. Gejala yang lazim

- a. Sakit kepala, pusing
- b. Lemah, kelelahan
- c. Sesak napas
- d. Gelisah
- e. Mual dan muntah
- f. Epitaksis atau mimisan

4. Pencegahan Hipertensi

- a. Periksa tekanan darah secara teratur
- b. Berhenti merokok
- c. Pertahankan gaya hidup sehat
- d. Batasi konsumsi alkohol
- e. Diet garam
- f. Batasi diet dan pengendalian berat badan
- g. Selalu rileks dan mampu mengendalikan stress
- h. Jika sudah pernah menggunakan obat hipertensi, teruskan penggunaannya secara rutin.

5. Penatalaksanaan

a. Farmakologi

- 1) Diuretik, terutama jenis thiazide atau aldosterone antagonis
- 2) Beta Blocker

- 3) Calcium channel blocker atau calcium antagonis
- 4) Angiotension converting enzyme inhibitor
- 5) Angiotension II receptor blocker atau AT receptor
- 6) Direct renin inhibitor

Masing-masing obat antihipertensi mempunyai efektifitas dan keamanan dalam pengobatan hipertensi.

b. Non farmakologi dan perawatannya.

Modifikasi gaya hidup :

- 1) Menurunkan BB berlebihan atau kegemukan
- 2) Pembatasan asupan garam kurang atau sama dengan 100 meq/l/hari (24 gram natrium atau 6 gram natriumclorida).
- 3) Meningkatkan konsumsi buah dan sayur
- 4) Menurunkan konsumsi alkohol tidak lebih dari 2 kali minum/hari
- 5) Meningkatkan aktifitas fisik paling tidak berjalan 30 menit/hari selama 5 hari/minggu
- 6) Menghentikan merokok akan mengurangi risiko kejadian kardiovaskuler.

Termasuk diet pasien HT, takaran garam dan pengolahan minuman untuk penderita hipertensi.

6. Komplikasi hipertensi

- a) Pada jantung : hipertrofi ventrikel kiri, angina atau infark miokard, dan gagal jantung kongestif
- b) Penyakit ginjal kronis dan penyakit ginjal tahap akhir
- c) Retinopati
- d) Pada otak : stroke atau transient ischemic attack (TIA), dan/atau
- e) Penyakit arteri perifer.

DAFTAR PUSTAKA

Smeltzer & Bare. 2002. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. Vol. 2. Penerbit Buku Kedokteran : EGC

Nurarif, Amin & Kusuma, Hardhi, 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA- NIC NOC Jilid 1*, Yogyakarta: Media Action Publishing.

APA ITU DARAH TINGGI ATAU HIPERTENSI?



Hipertensi atau Tekanan Darah Tinggi adalah gangguan system peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah diatas nilai normal atau tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg

APA SAHA PENYEBAB DARAH TINGGI ATAU HIPERTENSI?

Hipertensi Primer

Disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. Factor yang mempengaruhinya yaitu: keturunan, lingkungan, kelebihan aktivitas saraf simpatis, factor yang meningkatkan resiko kegemukan, merokok, alkohol, dan gangguan pada sistim tu lang

Hipertensi Sekunder

Penyebab yaitu: gangguan hormone strogen, penyakit ginjal, dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

Hipertensi pada usia lanjut dibedakan atas:

Hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg atau tekanan diastolic sama atau lebih besar dari 90 mmHg

Hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan sistolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolic sama atau lebih besar dari 90 mmHg



APA SAHA TANDA & GEJALA DARAH TINGGI ATAU HIPERTENSI?

Tidak ada gejala

Tidak ada gejala spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penemuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa

Gejala yang lazim :

Sakit kepala, pusing, lemah, kelelahan, sesak napas, gelisah

mual dan muntah serta Epraksis atau mimisan



CARA PENCEGAHAN DARAH TINGGI ATAU HIPERTENSI?

1. Periksa tekanan darah secara teratur
2. Berhenti merokok
3. Perbaiki gaya hidup sehat
4. Batasi konsumsi alkohol
5. Diet garam
6. Batasi diet dan pengendalian berat badan
7. Selalu rileks dan mampu mengendalikan stress
8. Jika sudah pernah menggunakan obat hipertensi, teruskan penggunaannya secara rutin.



CARA PENATALAKSANAAN DARAH TINGGI ATAU HIPERTENSI?

Farmakologi (Obat-obatan) :

Obat darah tinggi dengan resep dokter



Non farmakologi dan perawatannya.

1. Modifikasi gaya hidup dengan berolahraga
2. Menurunkan BB berlebihan atau kegemukan
3. Pembatasan konsumsi garam kurang
4. Meningkatkan konsumsi buah dan sayur
5. Menurunkan konsumsi alkohol tidak lebih dari 2 kali minum hari
6. Meningkatkan aktifitas fisik paling tidak berjalan 30 menit hari selama 5 hari minggu
7. Menghentikan merokok akan mengurangi risiko kejadian cardiovascular.
8. Terapkan diet pasien HT, batasi garam dan pengolahan makanan untuk penderita hipertensi

MARI MENGENAL DARAH TINGGI ATAU HIPERTENSI



OLEH :
VDNSANIA G. LESI
NIM-PO. 5303201181243



POLTEKES KEMENKES
KUPANG
PROD I KPERA W/ A TAN
2019







KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat : Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp :(0380)88002
Fax (0380) 8800256, Email : poltekkeskupang@yahoo.com



**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS**

NAMA MAHASISWA : Vinsensia G. Lesu
NIM : PO. 5303201181244
NAMA PEMBIMBING : Meiyeriance Kapitani, S.Kep, Ns., M.Kep
NIP : 19790430200012 2 001

NO.	TANGGAL	KONSULTASI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Rabu , 17 Juli 2019	Konsultasi awal BAB 1 dan BAB 2	1. Arahan Pembimbing: Supaya hasil studi kasus dikirim via email selama liburan 2. Revisi BAB 1: (Latar Belakang, Dampak yang akan terjadi, Peran perawat, Tujuan umum dan Khusus 3. Revisi BAB 2 : Perbaiki penulisan kata dan kalimat yang tepat dan Benar	
2.	Jumat , 19 Juli 2019	Konsultasi cover sampai dengan kata pengantar, Revisi BAB 1 & 2, Konsul tasi awal BAB 3 dan 4	1. Revisi Cover, lembaran persetujuan, pengesahan, keaslian tulisan dan kata pengantar. 2. BAB 1 dan 2 : Perhatikan lagi penulisan kata, tanda baca yang benar 3. Revisi BAB 3 & 4: Perhatikan lagi penulisan	

			kata, tanda baca yang benar, Cara pengaturan urutan kalimat yang benar dan sesuai, pada pembaha san langsung pada perban dingan teori dan kasus nyata. (VIA EMAIL)	
3.	Sabtu, 20 Juli 2019	Konsultasi Revisi cover sampai dengan kata pengantar, Revisi BAB 1 & 2, Revisi BAB 3 dan 4, Konsultasi awal Abstrak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cover, lembaran persetujuan, pengesahan, keaslian tulisan, biodata penulis, kata pengantar di ACC 2. BAB 1 & 2 di ACC 3. BAB 3 & 4 direvisi: Dibaca dan diperhatiakn lagi penulisan kata, kalimat, tanda baca. 4. Abstrak diperbaiki 5. Siap diri untuk Ujian Sidang (Besok tanggal 23 Juli 2019) 	
4.	Senin, 22 Juli 2019	UJIAN SIDANG KARYA TULIS ILMIAH (KTI)	Revisi Lanjutan	
5.	Jumat, 26 Juli 2019	Revisi : Cover luar sampai dengan daftar isi BAB 1, BAB 2, BAB 3 dab BAB 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisi BAB 1, 2, 3 & 4: Perhatikan lagi cara penulisan kata dan kalimat 2. Cover sampai dengan daftar isi perhatikan yang perlu di bold dan tidak dibold. 	
6.	Selasa, 30 Juli 2019	Revisi : Cover luar sampai dengan daftar isi BAB 1-4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisi BAB 1, 2, 3 & 4: Perhatikan lagi cara penulisan kata dan kalimat 2. Cover s/d daftar isi perhatikan yang perlu di bold dan tidak dibold. 3. Perhatikan daftar pustaka harus sesuai. 	
7.	Rabu, 31 Juli 2019	Konsoltasi Revisi Keseluruhan KTI	KTI di ACC Sudah bisa dijilid rangkap 5	