

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY E. L DENGAN
HIPERTENSI GRADE III DI PUSKESMAS PENFUI ,
DESA PENFUI, KECAMATAN MAULafa, KOTA KUPANG”**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada
Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**WIDODO
NIM : PO.5303201181245**

**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

**STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY E. L DENGAN
HIPERTENSI GRADE III DI PUSKESMAS PENFUI ,
DESA PENFUI, KECAMATAN MAULafa, KOTA KUPANG”**

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



**WIDODO
NIM : PO.5303201181245**

**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. E. L DENGAN
HIPERTENSI GRADE III DI PUSKESMAS DESA PENFUL, KECAMATAN
MAULAFA, KOTA KUPANG"

Disusun Oleh:



NIM: PO 5303201181245

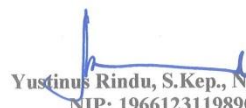
Telah Diuji Didepan Dewan penguji Politeknik kemenkes Kupang
Program Studi D III Keperawatan Kupang, Pada Tanggal, 24 Juli 2019
Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II



Dr. Rafael Paun, SKM., M.Kes
NIP: 195702151982011001



Yustinus Rindu, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP: 196612311989011001

Mengetahui

Ketua Jurusan Keperawatan

Ketua Prodi D-III Keperawatan


Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes
NIP: 196911281993031005
Margaretha Teli, S.Kep., Ns., MSc-PH
NIP: 197707272000032002

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Widodo, NIM: PO 5303201181245 dengan judul Studi Kasus “Asuhan Keperawatan Pada Ny. E.L Dengan Hipertensi Grade III di Puskesmas Penfui Desa Penfui, Kecamatan Maulafa, Kota Kupang” Telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Kupang, 24 Juli 2019

Pembimbing


Yustinus Rindu, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP: 196612311989011001

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Widodo
NIM : PO 5303201181245
Program studi : D III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar - benar merupakan hasil studi kasus sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 24 Juli 2019

Pembuat Pernyataan



Widodo

NIM: PO 5303201181245

Mengetahui

Pembimbing



Yustinus Rindu, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP: 196612311989011001

BIODATA PENULIS

Nama lengkap : Widodo
Tempat tanggal lahir : Karanganyar, 01 Februari 1973
Jenis kelamin : Laki – laki
Alamat : Komplek TNI AU Penfui, Kecamatan Penfui.
Riwayat pendidikan :

1. Tamat SD Negeri Munggur II Tahun 1986
2. Tamat SMP Negeri I Mojogedang Tahun 1989
3. Tamat SPK Martapura Tahun 1993
4. Sejak Tahun 2018 kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

MOTTO

“SWA BHUANA PAKSA”

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul Studi Kasus “Asuhan Keperawatan Pada Ny. E.L Dengan Hipertensi Grade III Di Puskesmas Penfui, Desa Penfui, Kecamatan Maulafa, Kota Kupang”. Penulisan karya tulis ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada program Studi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang. Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini belum sempurna. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritikan dan saran yang bersifat membangun dari berbagai pihak demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangat sulit bagi penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Yustinus Rindu, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya tulis ilmiah ini.
2. Dr. Rafael Paun, SKM.,M.Kes, selaku penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini.
3. Ibu Margaretha Teli, S.Kep.,Ns.,MSc-PH, selaku ketua Prodi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberi ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini.
4. Bapak Dr. Florentianus Tat, S.Kp.,M.Kes, selaku ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk dapat menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu R. H Kristina, SKM.,M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini.

6. Bapak Jerri Ledoh, SKM, selaku Kepala Puskesmas Penfui Kota Kupang yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melaksanakan studi kasus di Puskesmas Penfui Kota Kupang.
7. Ibu Nurul Kusbandiyah, Amd.Kep, selaku pembimbing klinik yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Karya tulis ilmiah ini.
8. Kolonel Pnb Agus Setiawan, ST, selaku komandan pangkalan TNI AU El Tari yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan D III Keperawatan.
9. Kapten Kes dr. Ahmad Hendra, Sp.B, selaku kepala rumah sakit TNI AU El Tari yang telah memberikan ijin dan memotivasi penulis, sehingga dapat menyelesaikan pendidikan D III Keperawatan.
10. Istri dan anak – anak tercinta, yang dengan tulus memberi semangat kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Akhir kata, penulis berhadarap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.

Kupang, Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iv
BIODATA PENULIS.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
ABSTRAK	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Rumusan masalah	2
1.3 Tujuan studi kasus	3
1.4 Manfaat studi kasus	3
1.5 Sistematika penulisan	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Konsep teori.....	5
2.2 Konsep asuhan keperawatan	12
BAB III HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	25
3.1 Hasil studi kasus.....	25
3.2 Pembahasan	42
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	51
4.1 Kesimpulan	51
4.2 Saran	51
DAFTAR PUSTAKA	52
DAFTAR LAMPIRAN.....	53

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kategori Hipertensi.....	Hal. 5
------------------------------------	--------

Diagram 2.2 Pathway Hipertensi.....	Hal. 9
Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Penunjang.....	Hal. 30

ABSTRAK

Widodo : Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Ny. E. L Dengan Hipertensi Grade III di Puskesmas Penfui, Desa Penfui, Kecamatan Maulafa, Kota Kupang.

Latar Belakang : Hipertensi merupakan penyakit yang sering mendapat julukan “the silent killer” karena penyakit yang sering membuat penderitanya kecolongan. Banyak penderitanya tidak sadar mengidapnya ataupun telah menyandang penyakit ini. Yang lebih gawat lagi menyandang resiko bawaan seperti stroke, serangan jantung, gagal ginjal terminal

Tujuan Mempelajari Asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan pada Ny. E.L dengan hipertensi

Metode : Jenis Penulisan ini adalah kualitatif, dengan pendekatan studi kasus, sedangkan rancangan penelitiannya adalah rancangan deskriptif Studi kasus asuhan keperawatan pada Ny. E.L di Puskesmas Penfui, Desa Penfui, Kecamatan Maulafa, Kota Kupang.

Hasil : Masalah keperawatan didapatkan pada Ny. E.L adalah Nyeri akut, Gangguan Pola Tidur, Ketidapatuhan minum obat, kurang pengetahuan dan Risiko cedera yang dirawat selama 3 hari dengan melakukan teknik relaksasi untuk mengatasi masalah nyeri, penyuluhan kesehatan untuk mengatasi masalah ketidapatuhan minum obat, masalah kurang pengetahuan dan masalah resiko cedera. Mengajarkan pasien untuk melakukan aktivitas atau mengkonsumsi susu hangat untuk dapat istirahat pada malam hari, tetapi masalah gangguan pola tidur blum teratasi.

Kesimpulan : Masalah yang ditemukan, gangguan pola tidur perlu dilakukan tindak lanjut oleh perawat yang ada di Puskesmas Penfui agar masalah tersebut dapat diatasi.

Kata Kunci : *Asuhan Keperawatan, Hipertensi.*

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Saat ini Indonesia menghadapi tantangan berupa perubahan gaya hidup. Ini pula yang ditengarai menjadi penyebab terjadinya pergeseran penyakit dalam 30 tahun terakhir. Pergeseran pola penyakit ini dapat dilihat dari beberapa fakta, diantaranya pada era 1990-an penyebab kematian dan kesakitan terbesar adalah penyakit menular seperti Inspeksi saluran pernapasan bagian atas, Tuberkulosis dan Diare. Sejak tahun 2010, penyakit tidak menular seperti hipertensi, jantung dan kencing manis memiliki proporsi lebih besar di pelayann kesehatan.

Hipertensi merupakan penyakit yang sering mendapat julukan “*the silent killer*” karena penyakit yang sering membuat penderitanya kecolongan. Banyak penderitanya tidak sadar mengidapnya ataupun telah menyandang penyakit ini. Yang lebih gawat lagi menyandang resiko bawaan seperti stroke, serangan jantung, gagal ginjal terminal.

Hipertensi adalah suatu keadaan ketika tekanan darah di pembuluh darah meningkat serta kronis. Hal tersebut dapat terjadi karena jantung berkerja lebih keras memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen nutrisi tubuh. Jika dibiarkan, penyakit ini dapat mengganggu fungsi organ-organ lain, terutama organ-organ vital serta jantung dan ginjal.

Data Dunia menurut WHO pada tahun 2015 menunjukkan 1,13 miliar orang di dunia menderita hipertensi artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis menderita hipertensi, hanya 36,8 % yang minum obat (www.depkes.go.id). Dan data Riskesdas 2013, prevalensi hipertensi di Indonesia berjumlah 26,5%, orang. Prevalensi hipertensi juga cenderung lebih tinggi pada kelompok pendidikan lebih rendah dan kelompok tidak berkerja, kemungkinan di sebabkan akibat ketidaktahuan tentang pola makan yang baik, dan angka prevalensi hipertensi provinsi Nusa Tenggara Timur yaitu berjumlah 20,3 %. Dan data Riskesdas 2018, menunjukkan prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis dokter atau minum obat antihipertensi, pada penduduk umur ≥ 18 tahun menurut provinsi tahun 2018, yaitu Sulawesi utara dengan urutan tertinggi dengan prevalensi berjumlah 13,21

% dan terendah Papua dengan prevalensi 4,39 %. Sedangkan prevalensi untuk Nusa Tenggara Timur yaitu 5,36 %. Dan data yang didapatkan dari dinas kesehatan Kota Kupang pada tahun 2016 berjumlah 3.731 orang penderita hipertensi. Sementara kasus hipertensi di Puskesmas Penfui pada tahun 2017 berjumlah 686 penderita dan pada tahun 2018 meningkat menjadi 1.106 penderita, dan data pada tahun 2019 pada lima bulan terakhir yaitu dari bulan Januari sampai Mei 2019 berjumlah 505 penderita (medical record Puskesmas Penfui).

Untuk mengendalikan kejadian hipertensi tersebut pemerintah melaksanakan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK) dan gerakan masyarakat hidup sehat (Germas). Harapannya seluruh komponen bangsa sadar mau membudayakan perilaku hidup sehat dimulai dari keluarga. Germas dilakukan dimulai dari aktifitas fisik, menerapkan perilaku hidup sehat, konsumsi pangan sehat dan bergizi, melakukan pencegahan dan deteksi dini penyakit, meningkatkan kualitas lingkungan menjadi lebih baik, dan meningkatkan edukasi hidup sehat (www.depkes.go.id).

1.2 Rumusan masalah

- 1) Bagaimana gambaran pengkajian asuhan keperawatan pada Ny. E.L dengan hipertensi di Puskesmas Penfui.
- 2) Bagaimana rumusan diagnosa keperawatan pada Ny. E.L dengan hipertensi di Puskesmas Penfui.
- 3) Bagaimana proses merencanakan asuhan keperawatan pada N.y E.L dengan hipertensi di Puskesmas Penfui.
- 4) Bagaimana proses implementasi pada Ny. E.L dengan hipertensi di Puskesmas Penfui.
- 5) Bagaimana proses evaluasi asuhan keperawatan pada Ny. E.L dengan hipertensi di Puskesmas Penfui.

1.3 Tujuan penulisan

1.3.1 Tujuan umum

Mempelajari Asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan pada Ny. E.L dengan hipertensi.

2.3.1 Tujuan khusus

- 1) Mempelajari pengkajian keperawatan dengan masalah hipertensi pada Ny. E.L di Puskesmas Penfui.
- 2) Mempelajari proses penegakan diagnosa keperawatan pada Ny. E.L dengan masalah hipertensi di puskesmas Penfui
- 3) Mempelajari Proses perencanaan asuhan keperawatan pada Ny. E.L dengan masalah hipertensi di puskesmas penfui..
- 4) Mempelajari proses implementasi asuhan keperawatan pada Ny. E.L dengan masalah hipertensi di Puskesmas Penfui
- 5) Mempelajari proses evaluasi asuhan keperawatan pada Ny. E.L dengan masalah hipertensi di Puskesmas Penfui

1.4 Manfaat penulisan

1) Bagi Pasien

- a. Untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan pengalaman dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.
- b. Menambah keterampilan atau kemampuan mahasiswa dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.

2) Bagi Institusi

Sebagai bahan evaluasi sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien hipertensi.

3) Bagi Praktisi

Dapat dijadikan bahan masukan bagi perawat di puskesmas dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan yang baik khususnya pada pasien dengan hipertensi.

1.5 Sistematika penulisan

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini terdiri dari empat BAB, meliputi Bab satu pendahuluan yang memuat tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan baik itu tujuan umum dan tujuan khusus, manfaat penulisan, metode penelitian, dan sistematika penulisan, Bab dua tinjauan pustaka yang membahas tentang konsep dasar dari masalah yang diangkat yang terdiri dari anatomi fisiologi penyakit, definisi, penyebab, klasifikasi, patofisiologi, penataksanaan dan komplikasi serta juga berisi tentang konsep dasar asuhan keperawatan yang

dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Bab tiga tinjauan kasus yang memuat tentang tinjauan kasus secara nyata yang dilakukan pada klien dilapangan secara langsung mulai dari pengkajian yang berisi data demografi, keluhan utama, riwayat kesehatan, riwayat psikososial, riwayat spritual, pemeriksaan fisik, aktivitas sehari-hari, pemeriksaan diagnostik, terapi saat ini, klasifikasi data dan analisa data. Bab ini juga membahas tentang diagnosa keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi dan catatan perkembangan. Dan bab empat penutup yang membahas tentang kesenjangan yang didapat dari penulis antara konsep dan asuhan keperawatan yang dilakukan dilapangan, mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

BAB II TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Teori Hipertensi

2.1.1 Pengertian

Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi adalah suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan supplay oksigen dan nutrisi yang dibawah oleh darah terlambat samapai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya. Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah peristen dimana tekanan sistolikny di atas 90 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg dan pada populasi manula tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg.

Tabel 2.1 Kategori Hipertensi

Kategori Normal – Tinggi	Tekanan darah sistolik Dibawah 130 mmHg	Tekanan darah diastolik Dibawah 85 mmHg
Stadium 1 (Hipertensi Ringan)	140 - 159 mmHg	90 - 99 mmHg
Stadium 2 (Hipertensi Sedang)	160 - 179 mmHg	100 - 109 mmHg
Stadium 3 (Hipertensi Berat)	180 - 209 mmHg	110 - 119 mmHg
Stadium 4 (Hipertensi Maligna)	210 mmHg	120Hg atau lebih

Tabel Berdasarkan Join Nasional Committee On Detection, Evaluasition and Treatment Of Higt Blood Pressure (JNC VII, 2003).

2.1.2 Etiologi

- 1) Faktor predisposisi
 - a) Usia

Hipertensi yang banyak menyerang orang pada usia produktif atau mulai pada usia 35 - 44 dan pada usia 65 - 74 prevalensianya menjadi lebih tinggi.

- b) Jenis kelamin

Hipertensi memiliki resiko paling tinggi pada usia 30-55 tahun. Aktivitas pria yang berat, kerja keras dan kesibukan lainnya menimbulkan tekanan dan pikiran berat sehingga menimbulkan stress sebagai pemicu terjadinya hipertensi. Namun diatas 55 tahun resiko terjadi hipertensi tinggi pada wanita setelah mengalami monopause dan perubahan hormonal

c) Genetika dan penyakit jantung bawaan

Hipertensi dapat dirujukkan, jika salah satu orang tua menderita hipertensi, maka anak-anak memiliki resiko 50 % lebih tinggi untuk terkena hipertensi.

2) Factor pencetus

a) Stress

Seseorang dengan gaya hidup begitu moderen bekerja keras dalam situasi penuh tekanan yang berat, kurang olahraga, sering merokok, minum alkohol dan minum kopi dalam waktu yang berkepanjangan akan menyebabkan stress dalam kondisi tersebut adrenalin dan kortisol dilepaskan ke dalam aliran darah sehingga menyebabkan peningkatan tekanan darah.

b) Pola makan

Kebiasaan makan-makanan yang biasanya diawetkan dan garam dapur serta bumbu penyedap dalam jumlah yang tinggi, misalnya monosodium glutamat (MSG) dapat menaikkan tekanan darah karena mengandung natrium dalam jumlah yang berlebihan. Itulah sebabnya pola makanan yang salah dapat menjadi salah suatu penyebab hipertensi.

c) Obesitas

Berat badan yang berlebihan akan membuat seseorang susah bergerak dengan bebas. Jantung berkerja keras untuk memompa darah agar bisa menggerakkan badan berlebihan dari tubuh. Disamping itu pembuluh darah mengecil dan tersumbat dan sebagai akibat penumpukan lemak atau lipid didinding pembuluh darah sehingga darah yang lewat tidak maksimal dan terjadi tekanan yang kuat dan tinggi.

d) Gangguan ginjal

Gangguan pada ginjal dapat mengakibatkan perubahan pada fungsi ginjal. Meningkat penahan air dan garam oleh ginjal dimana ginjal tidak mampu membuang sejumlah garam dan air didalam tubuh. Volume darah di dalam tubuh meningkat, sehingga tekanan darah juga meningkat

e) Kelainan hormone

Pelepasan hormon epinefrin (adrenalin) dan non-epinefrin (nonadrenal) diduga sebagai salah satu penyebab hipertensi. Meningkatnya pengeluaran hormon insulin sebagai salah satu hormon yang mengatur gula darah dapat menyebabkan penebalan pembuluh darah dan karenanya meningkatkan resistensi perifer.

2.1.3 Patofisiologi

Tekanan darah dipengaruhi oleh curah jantung dan tahanan perifer. Faktor yang mempengaruhi curah jantung dan tahanan perifer akan mempengaruhi tekanan darah seperti faktor genetik dan umur (faktor yang tidak dapat diubah), stress, obesitas, merokok, asupan Na yang meningkat, kelainan hormonal dan penyakit ginjal.

Perubahan fungsi membran sel pada kelainan genetik diduga terjadi perubahan pada membran sel yang dapat menyebabkan konstiksi fungsional dan hipertensi struktural. Konstriksi yang terjadi pada pembuluh darah yang mengakibatkan terjadi peningkatan tekanan perifer yang kemudian menyebabkan peningkatan tekanan darah.

Perkembangan gerontologis. Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh darah perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan ekstensi dan daya regang pembuluh darah konsekuensinya aorta dan arteri besar berkurang. Kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang di pompa oleh jantung menyebabkan peningkatan tekanan perifer yang pada akhirnya mengakibatkan peningkatan tekanan darah.

System renin angiotensin dan aldosteron berperan dalam timbulnya hipertensi. Produksi renin dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain stimulasi sistem saraf simpatis yang merupakan respon dari stress psikologis dan penurunan aliran darah ke ginjal. Renin berperan mengubah angiotensinogen menjadi angiotensi 1 kemudian diubah menjadi angiotensi 2 yang merupakan vasokonstriktor kuat yang pada gilirannya merangsang pelepasan aldosteron oleh

korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan tekanan intravascular.

Hipertensi yang disebabkan oleh kelainan hormonal misalnya pada sindrom chusing adanya pelepasan ACTH yang tidak adekuat akan meningkatkan konsentrasi glukokortikoid plasma sehingga meningkatkan efek katekolamin (peningkatan curah jantung) dan kerja mineralokortikoid, kortisol yang berkadar tinggi (retensi natrium).

Faktor gaya hidup yang dapat mempengaruhi hipertensi adalah obesitas, merokok, asupan natrium yang meningkat. Pasien Obesitas terjadi peningkatan glukosa dalam darah. Peningkatan glukosa dalam darah dapat merusak sel endotel pembuluh darah sehingga terjadi reaksi imun dan peradangan sehingga akhirnya terjadi pengendapan trombosit, makrofag, dan jaringan fibrosa yang akan menyebabkan penebalan dinding pembuluh darah sehingga terjadi peningkatan tahanan perifer dan menyebabkan peningkatan tekanan darah.

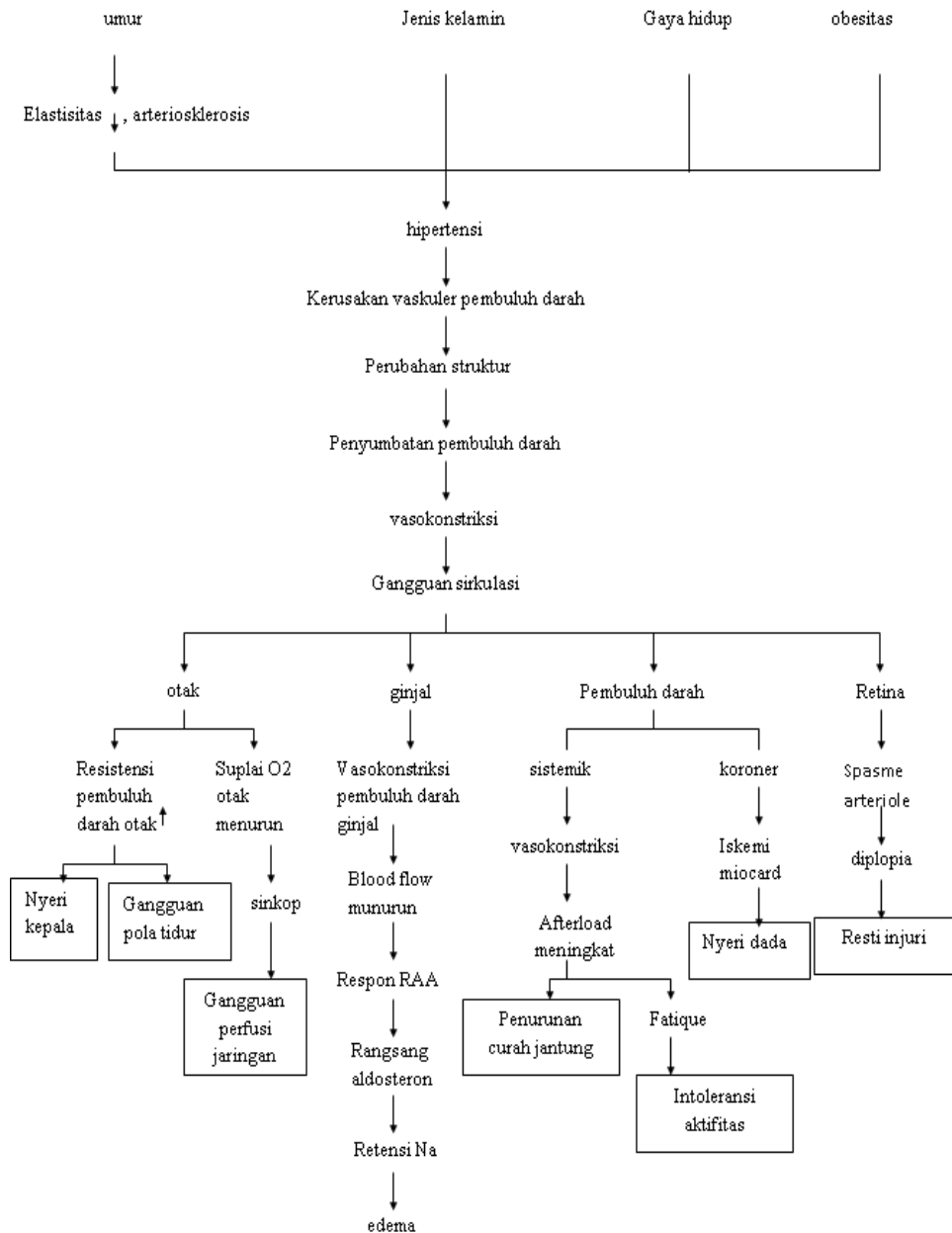
Peningkatan intake sodium menyebabkan retensi sodium di ginjal yang mengakibatkan retensi cairan di ginjal yang akan meningkatkan volume plasma. Dengan peningkatan volume plasma akan terjadi peningkatan curah jantung dan peningkatan tekanan darah.

2.1.4 Manifestasi klinis

Tanda dan gejala pada penderita hipertensi tidak menimbulkan gejala meskipun secara tidak sengaja beberapa gejala terjadi bersamaan dan dipercaya berhubungan dengan tekanan darah tinggi seperti; Sakit kepala, Jantung berdebar-debar, Mudah lelah, Pendarahan dari hidung, Wajah kemerahan, Penglihatan kabur, Sulit bernafas / sesak nafas, Mual dan muntah, Gelisah, Leher terasa tegang.

2.1.5 Pathway

Diagram 2.2 Konsep Pathway Hipertensi (Doenges E. Marilyn, 2005).



2.1.6 Penatalaksanaan

1) Terapi dan penanganan non farmakologi:

a) Penurunan BB (berat badan) karena obesitas

Dengan penurunan berat badan (BB) maka dapat mengurangi bahkan dapat mengendalikan TD, karena setiap penurunan BB 1 kg maka TD akan turun 1,5

mmHg, selain itu penurunan berat badan menurunkan kadar kolesterol dalam darah dan mencegah resiko serangan jantung.

- b) Diet tidak diartikan sebagai diet ketat namun diet yang dimaksud seperti: 1) Mengurangi asupan garam (sodium klorida), 2). Mengonsumsi makanan berserat karena dapat menakhan atau mengurangi asupan natrium, 3). Menghentikan kebiasaan buruk (rokok, alkohol), 4). Perbanyak asupan kalium dan magnesium.
 - c) Olahraga teratur dan klinik relaksasi, latihan fisik dapat mengidentifikasi untk mengurangi stress, karena dengan latihan fisik dapat menjaga mekanisme pengaturan TD.
- 2) Penanganan farmakologi, yang sering digunakan oleh tenaga kesehatan untuk menghambat hipertensi:
- a) Diuretik seperti Diuretik thiazid seperti : cholothazid dan chlorth lidon, Diuretik loop seperti: fulrose mide (lasix) dengan cara kerja untuk membantu ginjal membunag garam dan air, yang akan mengurangi volume cairan di seluruh tubuh dan melebarkan pembuluh darah dan keseimbangan natrium.
 - b) Inhibitor A drenergik
Beta-blocker dan alfa blocker seperti: propranadol, Hcl, nodolol, dokzasoin, prazoin dengan cara kerja; Menghambat sistem saraf simpatis, Mengurangi denyut jantung dan keluaran total darah dari jantung dan Menghambat produksi adrenalin
 - c) Vasodilator ACE inhibitor dan pengubah angiotensi. Seperti: minoxidil, gaptopril, hifedipine, lisinopen, dihidrat dengan cara kerja: Vasodilatasi langsung pada pembuluh antriol, merelaksasi otot polos dan menurunkan kerja jantung dan konsumsi energi, meningkatkan pengiriman oksigen ke jantung.
 - d) Pada hipertensi yang memerlukan penurunan tekanan darah segera (kedaruratan hipertensi) biasanya diberikan: 1). Biozonde 2). Nitroprusside, 3). Nitroglicerine dan 4). Labetalol; yang dapat bekerja cepat untuk menurunkan tekanan darah yang diberikan secara intravena.

2.1.7 Komplikasi

1) Kerusakan penglihatan

Tekanan darah yang sangat tinggi akibat dari adanya penyempitan pembuluh darah. Penebalan serta pengerutan dinding pembuluh darah dari berbagai sebab. Dalam keadaan ini jantung memompa darah dengan kontraksi yang cepat sehingga darah yang keluar keseluruh tubuh lewat pembuluh darah mengalami tekanan yang sangat kuat akibat sumbatan dari dinding pembuluh darah. Akibatnya pembuluh darah perifer pada mata dan organ pecah. Organ dimata tidak mendapat suplay nutrisi dan oksigen lewat aliran darah, sehingga mengakibatkan penglihatan menjadi kabur dan kebutaan.

2) Stroke

Hipertensi adalah faktor utama terjadinya stroke. Hal ini terjadi karena tekanan darah yang terlalu tinggi menyebabkan perubahan struktur arteri-arteri dan penyumbatan pembuluh darah. Pembuluh darah yang menyempit menyebabkan darah terganggu sehingga pembuluh darah yang mempengaruhi otak akan lemah dan pecah. Saat itu akan terjadi perdarahan di otak sehingga akan timbul stroke.

3) Kerusakan ginjal

Kerusakan ginjal diketahui dapat terjadi akibat hipertensi sebagai salah satu komplikasi. Hal ini juga dapat terjadi karena volume darah yang meningkat akibat vasokonstriksi pembuluh darah dalam tubuh akan menyempit dan menebalkan aliran darah menuju ginjal akibat ginjal tidak dapat membuang sejumlah air dan natrium dari dalam darah. Natrium dan air menumpuk dalam jaringan tubuh kemudian terjadi odem. Jika keadaan ini terus terjadi, ginjal akan bekerja terus sampai tidak mampu bekerja dengan baik akhirnya terjadi disfungsi ginjal atau gagal ginjal.

4) Payah jantung

Tekanan tekanan darah sistemik meningkatkan resistensi terhadap pemompaan darah dari ventrikel kiri, sehingga beban kerja jantung bertambah dan tidak mampu lagi memompa darah keseluruh tubuh sehingga akibatnya terjadi hipertrofi ventrikel untuk meningkatkan kekuatan kontraksi, akan tetapi kemampuan ventrikel untuk mempertahankan curah jantung terlampaui dan terjadi dilatasi mengakibatkan payah jantung (Congestive Heart Failure).

2.2 Konsep Asuhan keperawatan Hipertensi

2.2.1 Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan bentuk pelayanan kesehatan profesional yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan yang ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit. Dengan mempertimbangkan aspek bio, psiko, sosial dan spiritual yang komprehensif.

Asuhan keperawatan yang komprehensif dilaksanakan pada klien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien yang dilaksanakan secara bio, psiko, sosial dan spiritual dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

2.2.2 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien). Kegiatan yang dilaksanakan dalam pengkajian adalah pengumpulan data dan merumuskan prioritas masalah. Pada pengkajian – pengumpulan data yang cermat tentang klien, keluarga, didapatkan data melalui wawancara, observasi dan pemeriksaan.

1) Identitas klien

Merupakan data subyektif menurut yang didapat dari klien sebagai suatu pendapat terhadap situasi dan kejadian, informasi tersebut tidak dapat ditentukan oleh tenaga kesehatan secara independent tetapi melalui suatu sistem interaksi atau komunikasi seperti: **Nama** untuk mengenal dan mengetahui pasien sehingga penulisan nama harus jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan, **Umur**; dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko dalam menentukan dosi obat, skap yang belum matang, mental dan psikisnya belum siap; **Agama** untuk memberikan motivasi dorongan moral sesuai dengan agama yang dianut; **Suku** untuk mengetahui faktor bawaan atau ras serta pengaruh adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari; **Pendidikan** Perlu dinyatakan karena tingkat pendidikan berpengaruh pada tingkat pemahaman pengetahuan, sehingga perawat dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya; **Alamat** Untuk mengetahui tempat tinggal serta mempermudah pemantauan bila diperlukan melakukan kunjungan rumah; **Pekerjaan** untuk

mengetahui status ekonomi keluarga, karena dapat mempengaruhi pemenuhan gizi pasien tersebut.

2) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang:

Pada umumnya yang harus diungkapkan pada setiap gejala yaitu sakit kepala, kelelahan, susah nafas, mual, gelisah, kesadaran menurun, pengelihatn menjadi kabur, tinnitus (telinga berdenging), palpitasi (berdebar-debar), kaku kuduk, tekanan darah diatas normal, gampang marah. sehingga klien datang ke RS atau puskesmas dengan keluhan kepala pusing dan terasa tegang pada tengku bagian belakang disertai mata bekunang-kunang.

b) Riwayat kesehatan lalu

Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami sebelumnya, seperti klien pernah memiliki riwayat penyakit gagal ginjal dan klien mengalami sakit yang sangat berat. namun Biasanya klien dengan hipertensi mempunyai Riwayat hipertensi, penyakit jantung seperti Infart miokard.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Pada orang yang memiliki riwayat hipertensi dalam keluarga sekitar 15-35%. Suatu penelitian pada orang kembar, hipertensi terjadi 60% laki-laki dan 30-40% perempuan. Hipertensi usia dibawah 55 tahun terjadi 3,8 kali lebih sering pada orang dengan riwayat hipertensi keluarga.

3) Riwayat pengobatan

Beberapa jenis obat yang harus diminum oleh penderita hipertensi seperti obat anti hipertensi: a) Diuretic semua deuretik menurunkan tekanan darah dengan meningkatkan ekskresi natrium urin dan dengan mengurangi volume plasma, volume cairan ekstraseluler, dan curah jantung, b). Angiotensin: angiotensin II bekerja secara langsung pada dinding pembuluh darah, menyebabkan hipotrofi medial, menstimulasi pertumbuhan jaringan ikat yang berujung pada aterosklerosis.

4) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan diawali dengan penilaian keadaan umum dan dilanjutkan dengan pemeriksaan heat tow-tow secara detail

a) Keadaan Umum

Penilaian tingkat kesadaran seperti komposmentis, apatis, delirium, somnolen, sopor, semi-coma, coma perlu dilakukan dengan menilai Glasglou coma Skil (GCS) melalui proses penilaian : Eye (4) mampu membuka mata secara spontan, verbal (5) mampu berkomunikasi secara baik, motorik (6) mampu menunjukkan tempat yang sakit dan dilanjutkan dengan pengukuran tekanan darah, biasanya pada khusus hipertensi tekanan darah systole diatas 140 mmHg dan tekanan diastole diatas 90 mmHg (Haryanto & Rini, 2015), Nadi Meningkat pada arteri karotis, jugularis, pulsasi radialis; perbedaan denyut nadi atau tidak ada denyut nadi pada beberapa area seperti arteri popliteal, posterior tibia.

b) Kepala, mata, hidung, telinga dan leher

Untuk kepala dilakukan dengan metode inspeksi untuk mengetahui bentuk kepala, warna rambut, kebersihan kulit kepala, ketombe, kutu serta bekas luka, sedangkan palpasi untuk mengetahui adanya benjolan atau benjolan pada kepala; **Untuk mata** dengan cara inspeksi untuk mengetahui apakah klien menderita katarak atau tidak matamerah serta dilakukan pemeriksaan jarak pandang dengan menggunakan snellen, sedangkan palpasi untuk melihat konjungtiva pada mata klien biasanya ada gangguan visual (diplopia- pandangan ganda atau pandangan kabur) **Untuk hidung** melihat adanya polip dan kebersihan lobang hidung adanya sekret atau tidak sedang palpasi dengan cara menekan untuk mengetahui rasa nyeri atau tidak; Pemeriksaan retina dapat ditemukan penyempitan atau sklerosis arteri edema atau papiledema (eksudat atau hemoragi) tergantung derajat lamanya hipertensi **Untuk telinga;** dilakukan inspeksi untuk mengetahui adanya serumen dalam telinga dan palpasi dilakukan tes pendengaran dengan garputala seperti Tes Rinne, Weber dan Swabe dengan menggunakan Garputala; **Untuk Mulut** dilakukan inspeksi untuk mengetahui kebersihan gigi dan gusi, karang gigi, keutuhan gigi dan penggunaan gigi palsu; **Untuk leher** dilakukan inspeksi untuk mengetahui adanya pembesaran kelenjar tiroid, benjolan dan keadaan kulit disekitarnya, sedangkan palpasi dilakukan untuk mengetahui ukuran benjolan akibat pembesaran kelenjar tiroid jika ada, serta pengukuran vena jugularis, serta mengetahui adanya kaku kuduk atau tidak.

c) Dada

Biasanya dilakukan dengan menggunakan **Inspeksi** untuk mengetahui bentuk dada lordosis, skoliosis, dan kiposis atau normal serta menilai keadaan kulit disekitarnya, **Palpasi** untuk mengetahui letak jantung kiri dan kanan sejajar dengan garis prosesus xiphoideus dan mitoklavikula atau tidak, batas atas dan bawah jantung berada pada interkosta berapa; **Pekusi** untuk membedakan bunyi perkusi pada jantung biasanya redup karena ruang terisi benda padat (jantung) ataukah bunyi nyaring karena perkusi pada ruangan kosong. **Auskultasi** untuk mengetahui denyut jantung takikardia dan disritmia, bunyi jantung S2 mengeras S3 (gejala CHF dini). Murmur dapat terdengar jika stenosis atau insufisiensi katup., secara umum biasanya klien Mengeluh sesak nafas saat aktivitas, takipnea, orthopnea (gangguan pernafasan pada saat berbaring), batuk dengan atau tanpa sputum, riwayat merokok. Biasanya ditemukan fisik meliputi sianosis, penggunaan otot bantu pernapasan, terdengar suara napas tambahan (ronchi rales, wheezing) (Udjianti, 2013).

d) Sistem persarafan

Klien mengatakan pusing/ pening, sakit kepala berdenyut di suboksipital, episode mati-rasa, atau kelumpuhan salah satu sisi.

e) Abdomen

Pemeriksaan dilakukan dengan metode inspeksi untuk mengetahui keadaan kulit disekitar abdomen seperti striae, bekas luka operasi, serta pembesaran vena disekitarnya; Palpasi biasanya abdomen dibagi menjadi 4 regio atau kuadrat kiri atas dan bawah serta kuadrat kanan atas dan bawah guna mengetahui organ-organ yang berada didalam kuadrat tersebut; Perkusi untuk mengetahui adanya kembung atau tidak serta mengetahui turgo kulit baik atau tidak; Auskultasi untuk mengetahui bising usus yang normal 15 sampai 35 kali permenit yang terdengar diseluruh area abdomen biasanya pada kasus hipertensi klien mengeluh mual, muntah, perubahan berat badan, dan riwayat pemakaian diuretik. Temuan fisik meliputi berat badan normal atau obesitas, edema, kongesti vena, distensi vena jugularis, dan glikosuria. (Udjianti, 2013).

f) Sistem muskuloskeletal

Dilakukan **inspeksi** untuk mengetahui adanya farices pada kedua tungkai bawah, adanya luka serta keseimbangan berjalan dan beraktivitas serta menilai kekuatan otot

pada anggota gerka atas dan bawah biasanya dengan nilai 5:5:5;5; **Palpasi** untuk mengetahui gerakan reflex patela, refleks tendon dan baski (Haryanto & Rini, 2015).

g) Sistem reproduksi

Pada klien hipertensi terjadi peningkatan TIK (tekanan intra cranial) pada saat melakukan hubungan seksual dan terjadi gangguan reproduksi pada ibu hamil yang memiliki hipertensi (Nurarif & Kusuma, 2015, hal. 106).

5) Pemeriksaan penunjang

Pada kasus hipertensi biasanya melakukan Hitung darah lengkap: BUN, kreatinin: Serum glukosa Kadar kolsterol atau trigliserida: Kadar serum aldesteron: Studi tiroid (T3 dan T4), Asam urat, Serum potassium atau kalium, Serum kalsium, Analisis urine Steroid urine Rontgen toraks, EKG, Hb/Ht: BUN/keratinin: Urinalisa: darah dan CT Scan.

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

- 1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, iskemia miokardia, hipertropi / irgidity (kelakuan) ventrikulasi.
- 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen.
- 3) Nyeri akut, sakit kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler cerebral.
- 4) Perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan masukan berlebihan akibat kebutuhan metabolik, pola hidup monoton, keyakinan budaya.
- 5) Perubahan pola eliminasi urinarius berhubungan dengan gangguan dalam persyarafan kandug kemih.
- 6) Perubahan pola tidur berhubungan dengan fisiologis (kerusakan neurologis).
- 7) Perubahan persepsi-sesori penglihatan berhubungan dengan kerusakan status organ indra.

2.2.4 Perencanaan keperawatan

- 1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, iskemia miokardia, hipertropi / irigiditas (kekuatan) ventrikulasi

- a. Tujuan :

Berpartisipasi dalam aktivitas yang menurunkan tekanan darah, beban kerja jantung dan Mempertahankan TD dalam rentang individu yang dapat diterima, memperlihatkan irama dan frekuensi jantung stabil dalam rentang normal pasien.

Intervensi :

- a) Pantau tekanan darah, ukur pada kedua tangan / paha evaluasi awal gunakan ukuran manset yang tepat dan teknik yang akurat. R/Perbandingan dari tekanan memberikan gambaran yang lebih lengkap tentang keterlibatan / bidang masalah vaskular.
- b) Catat perbedaan, kualitas denyutan sentral dan perifer. R/Denyut karotis, jugularis, radialis dan femoralis mungkin teramati / terpalpasi, denyutan pada tungkai mungkin menurun, mencerminkan efek dari vasokonstriksi dan kongesti vena.
- c) Auskultasi tonus jantung dan bunyi nafas. R/ S4 umum terdengar pada pasien hipertensi berat karena adanya hipertropi atrium (peningkatan volume/tekanan atrium).Perkembangan S3 menunjukkan hipertropi ventrikel dan kerusakan fungsi.
- d) Amati warna kulit, kelembapan, suhu dan masa pengisapan kapiler. dengan R/ Adanya pucat, dingin, kulit lembab, dan masa penghisapan kapiler lambat mungkin berkaitan dengan vasokonstriksi atau mencerminkan dekomposisi / penurunan curah jantung.
- e) Catat edema umum / tertentu dengan rasionalnya Dapat mengindikasikan gagal jantung, kerusakan ginjal atau vaskular.
- f) Berikan lingkungan tenang, nyaman, kurangi aktivitas / keributan lingkungan. Batasi jumlah pengunjung lamanya tinggal dengan rasionalnya; Membantu untuk menurunkan rangsangan simpatis meningkatkan relaksasi.

- g) Pertahankan pembatasan aktivitas seperti istirahat ditempat tidur kursi, bantu pasien melakukan aktivitas perawatan diri sesuai kebutuhan dengan rasionalnya; Menurunkan stress dan ketegangan yang mempengaruhi tekanan darah dan perjalanan penyakit hipertensi.
- h) Lakukan tindakan-tindakan yang nyaman seperti pijat punggung dan leher, meninggikan kepala tempat tidur dengan R/ Mengurangi ketidaknyamanan dan dapat menurunkan rangsangan simpatis.
- i) Anjurkan teknik relaksasi, panduan imajinasi, aktivitas penglihatan dengan rasionalnya dapat menurunkan rangsangan yang menimbulkan stress membuat efek tenang, sehingga akan menurunkan TD.

2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

a. Tujuan:

Berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan laporkan peningkatan dalam toleransi aktivitas yang dapat diukur dan menunjukkan penurunan dalam tanda-tanda intoleransi fisiologi.

Intervensi :

- a) Kaji respon pasien terhadap aktivitas, perhatikan frekuensi nadi lebih dari 20 kali per menit di atas frekuensi istirahat dengan rasionalnya; Menyebutkan parameter membantu dalam mengkaji respon fisiologi terhadap stress aktivitas dan bila ada merupakan indikator dari kelebihan kerja yang berkaitan dengan tingkat aktivitas.
- b) Instruksikan pasien tentang teknik pengamatan energi seperti Menggunakan kursi saat mandi, duduk saat menyisir rambut dan mengikat gigi melakukan aktivitas dengan perilaku dengan rasionalnya mengurangi penggunaan energi. Juga membantu keseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

c) Berikan dorongan untuk melakukan aktivitas / perawatan diri terhadap jika dapat ditoleransi. Berikan bantuan hanya sebatas kebutuhan akan mendorong kemandirian dalam melakukan aktivitas.

3) Nyeri akut, sakit kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler cerebral.

a. Tujuan:

Melaporkan nyeri / ketidak nyamanan hilang / terkontrol. dan menggunakan metode yang memberikan pengurangan, serta mengikuti regimen farmakologi yang diresepkan.

Intervensi :

a) Mempertahankan tirah baring setelah fase akut dengan rasionalnya meningkatkan relaksasi.

b) Beri tindakan nonfarmakologi untuk menghilangkan sakit kepala, misalnya kompres dingin pada dahi, pijat punggung dan leher, teknik relaksasi dan aktivitas waktu senggang dengan rasionalnya menurunkan tekanan vaskular cerebral dan yang memperlambat / memblok respon simpatis efektif dalam menghilangkan sakit kepala dan komplikasinya.

c) Hilangkan / minimalkan aktivitas konstiksi yang dapat meningkatkan sakit kepala misalnya mengejan saat BAB, batuk panjang, membungkuk. Dengan rasionalnya; untuk mengurangi sakit kepala

4) Perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan masukan berlebihan akibat kebutuhan metabolik, pola hidup monoton, keyakinan budaya.

a. Tujuan:

Mengidentifikasi hubungan antara hipertensi dan kegemukan menunjukkan perubahan pola makan, mempertahankan BB yang diinginkan dengan memperlihatkan kesehatan optimal.

Intervensi :

- a) Kaji pemahaman pasien tentang hubungan langsung antara hipertensi dan kegemukan dengan rasionalnya karena kegemukan adalah resiko tambahan pada tekanan darah tinggi karena diproposir antara kapasitas aorta dan peningkatan massa tubuh.
 - b) Bicarakan pentingnya menurunkan masukan kalori dan batasi masukan lemak, garam dan gula sesuai indikasi dengan rasionalnya kebiasaan makan menunjang terjadinya aterosklerosis dan kegemukan yang merupakan predisposisi untuk hipertensi dan komplikasinya misalnya : stroke, penyakit ginjal, gagal jantung.
 - c) Tetapkan keinginan spine penurunan BB dengan rasionalnya untuk penurunan BB adalah internal. Individu harus berkeinginan untuk menurunkan BB, bila tidak maka program sama sekali tidak berhasil.
 - d) Kaji ulang masukan kalori harian dan pilihan diet dengan rasionalnya untuk Mengidentifikasi kekuatan / kelemahan dalam program diet terakhir. Membantu dalam menentukan kebutuhan individu untuk penyesuaian penyuluhan.
 - e) Tetapkan rencana penurunan BB yang realistis dengan pasien misalnya : penurunan BB 0,5 kg per minggu. Dengan rasionalnya Penurunan masukan kalori seseorang sebanyak 500 kalori per sehari secara teori menurunkan BB 0,5 kg/minggu.
- 5) Perubahan pola eliminasi urinarius berhubungan dengan gangguan dalam persyarafan kandug kemih.

a. Tujuan :

Mempertahankan keseimbangan masukan / haluaran dengan urine jernih, bebas bau. dan mengungkapkan / mendemonstrasikan perilaku dan teknik untuk mencegah reaksi / infeksi urinarius.

Intervensi :

- a) Kaji pola kemih, seperti frekuensi dan jumlahnya. Bandingan haluran urine dan masukan cairan dan catat berat jenis urine dengan rasionalnya Mengidentifikasi fungsi kadung kemih (misalnya :

pengosongan kandung kemih, fungsi ginjal dan keseimbangan cairan).

- b) Anjurkan pasien untuk minum dan masukan cairan termasuk juice. dengan rasionalnya membantu mempertahankan fungsi ginjal, mencegah infeksi dan pembentukan batu.
- c) Observasi adanya urine seperti awan atau perdarahan, bau yang tidak enak dengan rasionalnya untuk mengetahui tanda infeksi saluran perkemihan atau ginjal dapat menyebabkan sepsis.

6) Perubahan pola tidur berhubungan dengan tekanan psikologi (kerusakan neurologis).

a. Tujuan :

Mampu menciptakan pola tidur yang adekuat dengan penurunan terhadap pikiran yang melayang-layang.

Intervensi :

- a) Berikan kesempatan untuk istirahat / tidur sejenak, anjurkan latihan saat siang hari, turunkan aktivitas mental / fisik pada sore hari dengan rasionalnya aktivitas fisik dan mental yang lama mengakibatkan kebingungan, aktivitas yang terprogram tanpa stimulasi berlebihan yang meningkatkan waktu tidur.
- b) Evaluasi tingkat stress / orientasi sesuai perkembangan hari demi hari dengan rasionalnya peningkatan kebingungan, disorientasi dan tingkah laku yang tidak kooperatif dapat mengganggu waktu tidur.

7) Kurang pengetahuan mengenai kondisi, rencana pengobatan berhubungan dengan kurang pengetahuan / daya ingat, menginterpretasikan informasi, keterbatasan kognitif, menyangkal diagnosa.

a. Tujuan :

Menyatakan pemahaman tentang proses penyakit dan regimen pengobatan, Mengidentifikasi efek samping obat dan memungkinkan komplikasi yang perlu diperhatikan dan memperhatikan TD dalam parameter normal.

Intervensi :

- a) Kaji kesiapan dan hambatan dalam belajar, termasuk orang yang terdekat dengan rasionalnya kesalahan konsep dan menyangkal diagnosa karena perasaan sejahtera yang sudah lama dinikmati mempengaruhi minat pasien / orang terdekat untuk mempelajari penyakit, kemajuan, dan prognosis.
- b) Hindari mengatakan tekanan darah “normal” dan gunakan istilah “terkontrol dengan baik” saat menggambarkan TD pasien dalam batas yang diinginkan dengan rasionalnya pengobatan untuk hipertensi adalah sepanjang kehidupan, maka dengan penyampaian ide “terkontrol” akan membantu pasien untuk memahami kebutuhan untuk melanjutkan pengobatan.
- c) Bantu pasien dalam mengidentifikasi faktor-faktor resiko kardiovaskuler yang dapat diubah misalnya : obesitas, diet tinggi lemak jenuh, dan kolesterol, pola hidup monoton, merokok dan minum alkohol, pola hidup stress dengan rasionalnya faktor resiko ini telah menunjukkan hubungan dalam menunjang hipertensi dan penyakit kardiovaskuler serta ginjal.

2.2.5 Perencanaan pulang (Discharge Planning)

- 1) Mengontrol selalu tekanan darah dengan pengukuran memakai tensimeter. Memberikan pemahaman tentang peningkatan TD, TD normal, TD rendah, tekanan darah tinggi dapat terjadi tanpa gejala oleh sebab itu sangat penting untuk pengontrolan.
- 2) Anjurkan untuk mematuhi program asuhan dini yaitu :
 - a. Mematuhi aturan diet sesuai yang dianjurkan seperti : mengurangi asupan garam, makan-makanan berserat mengurangi asupan natrium, kolestrol, kalori tinggi, dan mengurangi makanan lemak dan tinggi minyak.
 - b. Menghentikan kebiasaan atau gaya dan pola hidup yang salah dan terlalu modren seperti berhenti merokok, minum alkohol.
- 3) Anjurkan untuk berolah raga secara teratur dan cukup latihan fisik misalnya : jalan santai, senam dan lain-lain, namun ketahui batas aman,

latihan dan jangan berolah raga melebihi batas kemampuan, jangan terlalu lelah.

- 4) Mengajarkan pasien dan keluarga untuk mengatasi atau menghindari stress dengan relaksasi, pengalihan perhatian kesituasi yang menyenangkan dan positif.
- 5) Berikan informasi tentang sumber-sumber pengobatan seperti adanya yayasan jantung di Indonesia, klinik, lembaga khusus penyakit jantung.
- 6) Menginstruksikan kepada keluarga dan pasien untuk selalu mematuhi jadwal minum obat secara tertur sesuai indikasi resep dokter.
- 7) Anjurkan untuk tertur kontrol, konsultasi / mengunjungi dokter spesialis jantung untuk kemajuan pengobatan.

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil studi kasus

3.1.1 Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Puskesmas Penfui terletak di Kelurahan Penfui Kecamatan Maulafa. Wilayah kerja Puskesmas Penfui mencakup 3 (tiga) Kelurahan dalam wilayah Kecamatan Maulafa dengan luas wilayah kerja sebesar 23,9 km². Kelurahan yang termasuk dalam Wilayah Kerja Puskesmas Penfui adalah Kelurahan Penfui, Naimata, Maulafa.

Dari tata alam dan penyebaran geografinya, Puskesmas Penfui sebagian besar wilayahnya memiliki ketinggian antara 100 sampai 500 meter di atas permukaan air laut.

Iklm Puskesmas Penfui, yaitu iklim kering yang dipengaruhi oleh angin musim dengan musim hujan yang pendek, sekitar bulan Nopember s/d bulan Maret, dengan suhu udara mulai dari 20,16 °C – 31 °C.

Berdasarkan data Kecamatan Maulafa, jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Penfui pada Tahun 2018 berjumlah 20.533 jiwa (Data Proyeksi Penduduk Tahun 2018 BPS).

Dari data angka kesakitan, terbanyak adalah penyakit lain pada saluran pernapasan bagian atas sebesar 35,8 % , diikuti penyakit myalgia 9,9 % dan penyakit hipertensi 8,5 %. Dari pola penyakit terbanyak di atas menunjukkan bahwa penyakit infeksi masih merupakan penyakit terbanyak yang ditemukan pada masyarakat Kota Kupang, walaupun beberapa penyakit tidak menular seperti hipertensi dan gastritis.

Berikut ini adalah jumlah Tenaga kesehatan di Puskesmas Penfui tahun 2018 : Dokter 3, dokter gigi 1, perawat umum 7, Perawat gigi 2, bidan 12, tenaga kesehatan masyarakat 2, tenaga kesling 3, tenaga laboratorium 2, tenaga gizi 2 dan tenaga farmasi 3.

3.1.2 Pengkajian

1) Biodata Klien

Nama Ny. E.L Usia 74 tahun, jenis kelamin perempuan, alamat Penfui, RT/RW: 07/03 Kelurahan Penfui, Kecamatan Maulafa Kabupaten Kupang, Suku/Bangsa: Adonara/Indonesia, Agama Katolik, pekerjaan ibu rumah tangga. Diagnosa medik Hipertensi Grade III, No. Medical Record 072271/21306. Tanggal pengkajian 15 Juli 2019 pukul 10.00 wita.

2) Keluhan utama: Sakit kepala

3) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengatakan keluhan dimulai pada tanggal 01 Mei 2019, klien mengalami sakit kepala dan merasa tegang pada leher. Klien mengatakan bahwa ia tiba – tiba merasa sakit kepala dan tegang pada leher saat sedang duduk. Kemudian pada tanggal 03 Mei 2019 pasien diantar oleh anaknya ke Puskesmas Penfui, dengan keluhan masih sama yaitu sakit kepala dan tegang pada leher. Ketika di puskesmas Penfui, klien diperiksa dengan hasilnya TD :180/100 mmHg, RR : 20 x/mnt, N: 80 x/mnt. Dan pasien mendapat terapi Paracetamol 500 mg 1x1 dan Amlodipine 10 mg 1x1. Kondisi saat dikaji tanggal 15 Juni 2019 pukul 10.00 wita, klien mengatakan bahwa kepalanya masih merasa sakit dan leher terasa tegang. Klien merasa nyeri, dengan pengkajian nyeri, nyeri skala 3, nyeri ringan, nyeri hilang timbul, dan terasa seperti ditusuk – tusuk. Keluhan lain yang menyertai yaitu klien sulit untuk tidur, badan terasa lemas dan penglihatan kabur.

b) Riwayat kesehatan masa lalu

Klien mengatakan bahwa ia memiliki riwayat katarak sejak tahun 2016 dan sudah dioperasi pada tahun 2016 di Rumah Sakit Kota Kupang, dan juga pasien mengatakan bahwa ia menderita sakit rematik sejak tahun 2014, pasien mengkonsumsi obat dari puskesmas puskesmas.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Ny. E. L. Adalah anak ketiga dari pasangan Tn T. L dan Ny. F, mempunyai dua saudara laki-laki, dan kedua saudara laki-laki tersebut sudah meninggal. Klien

mengatakan bahwa dalam keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit hipertensi termasuk anggota keluarga lainnya tidak pernah menderita hipertensi.

d) Riwayat psikososial

Hubungan klien dengan keluarga sangat baik, terbukti selama sakit klien selalu dirawat dengan baik oleh ketiga anaknya. Hubungan klien dengan saudaranya juga baik. Biasanya pada keluarga klien selalu diadakan kunjungan keluarga dari rumah ke rumah, bagi klien agar tercipta hubungan yang baik antara keluarga. Klien pun tidak khawatir dengan biaya perawatan, karena klien menggunakan kartu BPJS kesehatan.

4) Pemeriksaan fisik

a) Kesadaran

Keadaan umum klien saat ini cukup, Ekspresi wajah meringis kesakitan, Bicara jelas dan dapat dimengerti, dengan nilai GCS (E4M6V5) jumlah 15 yang terbukti dengan respon membuka mata dengan nilai 4, respon verbal 5 dan respon motorik 6. Saat melakukan pengukuran tekanan darah di temukan sistolik 170 dan diatolik 100 mmHg dan suhu tubu 37°C, nadi 76 x/m, respirasi 18 x/m.

b) Kepala, mata, hidung, mulut, telinga dan leher

Kepala: Dilakukan pemeriksaan dengan cara inspeksi ditemukan bentuk dan ukuran leher normal, massa dan lesi tidak ada, wajah simetris.**Mata:**Dilakukan pemeriksaan dengan cara inspeksi ditemukan konjungtiva merah muda, sklera putih bersih, pasien tidak memakai kaca mata, tidak ada nyeri dan peradangan pada mata. Pasien pernah operasi katarak tahun 2016 di Rumah Sakit Kota Kupang. Ujung atas telinga sejajar. Pemeriksaan visus dengan menggunakan snelen cart didapatkan hasilnya mata kiri 6/12 dan mata kanan 6/12.

Hidung:Dalam melakukan pemeriksaan dengan cara inspeksi di temukan bentuk hidung simetris kiri dan kanan, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada secret sedang saat dilakukan Palpasi tidak ada nyeri tekan kedua area sinus maksilaris dan frontalis, bentuk normal, simetris kiri dan kanan, penciuman baik. Pada hidung pasien tidak ada alergi, sinusitis, dan epistaksis. **Mulut:**Dilakukan pemeriksaan dengan cara inspeksi di dapatkan hasil keadaan gigi bersih, ada caries gigi, pasien tidak memakai gigi palsu, tidak ada gangguan bicara dan gangguan menelan.

Telinga:Saat dilakukan inspeksi bentuk normal simetris kiri dan kanan, tidak ada serumen, fungsi pendengaran baik, klien dapat mendengar bisikan, pada jarak \pm 60 cm, membrane tympani utuh. Dan Palpasi Tidak ada nyeri tekan pada area tulang rawan/kartilago dan melakukan tes garputala dengan kesimpulan klien mampu, mendengar dengan baik.**Leher :**Dilakukan pemeriksaan dengan cara dilakukan Palpasi tidak ada teraba pembesaran kelenjar tiroid, dan tidak teraba massa pembesaran kelenjar limfe.

c) Dada

Saat dilakukan Inspeksi terlihat dada simetris kiri dan kanan, ada retraksi dinding dada, pergerakan dada saat inspirasi dan ekspirasi simetris kiri dan kanan dan dilakukan Palpasi Tidak terdapat benjolan, tektil fermitus normal dengan ukuran getaran sama pada kedua paru, batasan jantung kiri sejajar dengan garis prosesus sifoideus, batas kanan jantung sejajar dengan garis midclafikula, batas jantung atas setinggi intercota dua dan batas jantung bawah berada pada intercotas 4 dan 5. *Capillary refilling time* < 3 detik, arteri karotis tidak nampak adanya palpitasi, denyut teratur 76 x/mnt. Auskultasi terdengar Bunyi S1 dan S2 reguler, S1 bunyi lub dan S2 bunyi dup. Auskultasi tidak terdengar bunyi ronchi, wheezing, dan creekers, bunyi nafas vesikuler dan perkusi bunyi sonor seluruh area lapang paru.

d) Abdomen

Inspeksi bentuk perut simetris kiri dan kanan, tidak ada benjolan, keadaan umbilicus masuk kedalam. Auskultasi terdengar bunyi bising usus 12 x/menit pada kuadran ke 3 (kiri bawah); Palpasi Tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas pada empat kuadran, tidak ada pembesaran hati, pembesaran limpha, tidak teraba massa.

e) Sistem muskuloskeletal

Tangan kiri dan kanan dapat digerakan dengan baik. Lutut dapat ditekuk, dan kaki dapat di gerakan dengan kekuatan otot 5-5-5-5. Tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada nyeri otot, nyeri sendi tidak ada, refleks sendi normal, kekuatan otot normal.

f) Sistem respirasi

Tidak terdapat jejas, bentuk dada normal, pasien bernapas normal, irama napas teratur, tidak ada retraksi otot pernapasan, tidak ada penggunaan alat bantu napas. Tidak terdapat udara dan massa, inspirasi dan ekspirasi normal, clubbing finger normal.

g) Sistem integumen

Tidak terdapat lesi, turgor kulit elatis, kelembaban normal, tidak ada petechie.

h) Sistem persyarafan

Tingkat kesadaran *composmentis*, GCS (E4M6V5) jumlah 15. Pupil isokor, tidak ada kelumpuhan, koordinasi gerak normal.

i) Sistem pencernaan

Turgor kulit elatis, keadaan bibir lembab, warna mukosa merah muda, keadaan gusi normal, warna kulit sawo matang, tidak ada pembesaran pada abdomen. Bising usus 15 x/menit. Tidak ada cairan dan massa, tonus otot normal, tidak terdapat nyeri dan massa. pasien makan normal 3x sehari, nafsu makan normal, pasien memiliki makanan pantangan pada daging dan ikan asin, makanan yang disukai sayur dan buah pepaya. Pasien minum air putih \pm 1000 cc, BB: 50 kg, TB: 150 cm, IMT : 22,2. Tidak ada kenaikan atau penurunan BB. Eliminasi, BAK 4 – 5 x/hari, bau pesing, jumlah \pm 1000 cc, BAB 1 x/hari, konsistensi lembek.

j) Sistem perkemihan

Tidak ada gangguan saat buang air kecil, kandung kemih tidak membesar, produksi urine \pm 1000 cc, intake cairan normal 1000 cc/hari.

k) Sistem reproduksi

Klien sudah menopause, keadaan payudara normal. Riwayat persalinan normal, klien tidak pernah abortus.

l) Pola tidur dan istirahat

Pola istirahat dan tidur, tidur malam jam 01.00 wita, bangun jam 04.00 wita. tidur siang jam 13.00 wita, bangun jam 14.00 wita, pasien mengatakan bahwa ia mudah terbangun ketika tidur.

5) Pemeriksaan penunjang

Tabel 2.2 Hasil Pemeriksaan Darah

Hasil pemeriksaan Laboratorium pada tanggal 03 Mei 2019

No	Jenis test	Hasil	Nilai normal
----	------------	-------	--------------

1.	Ureum	23	10 – 50 mg/dL
2.	Creatinin	1.0	0.60 – 1.10 mg/dL
3.	Kolesterol	144	120 – 250 mg/dL
4.	Trigliserida	139	40 – 160 mg/dL
5.	HDL	43	35.3 – 79.5 mg/dL
6.	LDL	64	0.0 – 130.00 mg/dL

Berdasar tabel hasil pemeriksaan darah tersebut diatas, menunjukkan bahwa hasil laboratorium atas nama Ny E.L masih dalam batas normal.

6) Riwayat Terapi

Bulan Mei 2019 seperti Paracetamol 500 mg 3x1 dan Amlodipine 10 mg 1x1, masing-masing 10 tablet. Selanjutnya klien tidak berobat dan memeriksakan diri ke puskesmas setelah obat habis.

3.1.3 Analisa data

- 1) *Data subjektif*: Ny. E.L mengatakan bahwa ia merasa sakit kepala, skala nyeri 3, nyeri ringan, rasanya seperti tertusuk – tusuk, dan juga merasa tegang pada leher. *Data objektif*: Ekspresi wajah pasien terlihat meringis kesakita, TD: 170/100 mmHg, *Etiologi*: Peningkatan tekanan darah, *Masalah*: Nyeri akut.
- 2) *Data subjektif*: Ny. E.L mengatakan bahwa ia sulit tidur siang maupun malam hari, tidur malam jam 01.00 wita, bangun jam 04.00 wita, tidur siang jam 13.00 wita, bangun jam 14.00 wita, pasien mengatakan bahwa ia mudah terbangun ketika tidur. *Data objektif*: Klien terlihat menguap saat dikaji, terlihat lemas. *Etiologi*: Proses penyakit. *Masalah*: Gangguan pola tidur.
- 3) *Data subjektif*: Ny. E.L mengatakan bahwa ia tidak mengkonsumsi obat dengan baik. Dan persediaan obat di rumah sudah habis. *Data objektif*: Saat dikaji klien tidak paham terkait dengan fungsi pengobatan yang seharusnya ia konsumsi. *Etiologi*: Ketidaktahuan fungsi pengobatan. *Masalah*: Ketidakpatuhan minum obat.

- 4) *Data subjektif*: Ny. E.L mengatakan bahwa ia tidak tahu apa yang menyebabkan penyakit yang dideritanya. Serta tanda dan gejala dari penyakitnya. *Data objektif*: Klien terlihat bingung dan tidak paham saat ditanya terkait dengan penyakitnya. *Etiologi*: Kurang terpapar informasi tentang penyakit. *Masalah*: Kurang pengetahuan.
- 5) *Data subjektif*: Ny. E.L mengatakan bahwa ia tidak melihat dengan jelas, pandangan kabur. *Data objektif*: Saat dikaji Pemeriksaan visus dengan menggunakan snellen chart didapatkan hasilnya mata kiri 6/12 dan mata kanan 6/12. Klien tidak menggunakan alat bantu mata. *Etiologi*: Peningkatan darah tinggi. *Masalah*: Risiko cedera.

3.1.4 Diagnosa

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan data – data yang dikaji, dimulai dengan menemukan penyebab, kemudian menetapkan masalah dan data pendukung. Masalah yang ditemukan adalah:

- 1) Nyeri akut, yang ditandai dengan pasien mengatakan bahwa ia merasa sakit pada kepala dan tengkuk terasa tegang, pasien terlihat meringis kesakitan, Pengkajian PQRST: P: nyeri muncul seketika, ketika beraktivitas maupun tidak beraktivitas, Q: nyerinya menjalar hingga ke leher, R: dibagian kepala menjalar ke leher, S: skala 3, nyeri ringan, dan T: nyerinya hilang timbul, TTV: TD: 170/100 mmHg, Nadi: 76 kali permenit. RR: 18 x/menit.
- 2) Gangguan pola tidur, yang ditandai dengan pasien mengatakan bahwa ia sulit untuk tidur, tidur malam jam 01.00 wita, bangun jam 04.00 wita. tidur siang jam 13.00 wita, bangun jam 14.00 wita, pasien mengatakan bahwa ia mudah terbangun ketika tidur. Pasien terlihat sering menguap saat dilakukan pengkajian.
- 3) Ketidapatuhan minum obat, yang ditandai dengan Ny. E.L mengatakan bahwa ia tidak mengkonsumsi obat dengan baik. Dan persediaan obat di rumah sudah habis. Saat dikaji klien tidak paham terkait dengan fungsi pengobatan yang seharusnya ia konsumsi.
- 4) Kurang pengetahuan, yang ditandai dengan pasien Ny. E.L mengatakan bahwa ia tidak tahu apa yang menyebabkan penyakit yang dideritanya.

Serta tanda dan gejala dari penyakitnya. Klien terlihat bingung dan tidak paham saat ditanya terkait dengan penyakitnya

- 5) Risiko cedera, yang ditandai dengan pasien Ny. E.L mengatakan bahwa ia tidak melihat dengan jelas, pandangan kabur. Saat dikaji Pemeriksaan visus dengan menggunakan snellen cart didapatkan hasilnya mata kiri 6/12 dan mata kanan 6/12. Klien tidak menggunakan alat bantu mata

3.1.5 Intervensi

Nyeri akut, dipilih menjadi diagnose prioritas karena dapat mengancam jiwa atau kesehatan, maka tujuan untuk diagnosa pertama berdasarkan NOC adalah yang pertama Kepuasan klien: manajemen nyeri (kode 1843) dan yang kedua Kontrol nyeri (kode 1605). Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit diharapkan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil: 184302 tidak ada tanda dan gejala nyeri; 184303 klien mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri; 184320 pembatasan aktivitas, 184323 teknik relaksasi yang efektif, dan 160511 melaporkan nyeri yang terkontrol. Dengan perencanaan yang dibuat berdasarkan NIC yaitu Manajemen nyeri, dengan intervensi Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus; Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan; Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis (seperti, relaksasi, tarik nafas dalam, terapi musik); Anjurkan pasien untuk istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri, dan Informasikan kepada anggota keluarga mengenai strategi non farmakologi yang sedang digunakan untuk mendorong keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien.

Gangguan pola tidur, tujuan berdasarkan NOC yaitu Tidur (kode 0004). Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit diharapkan klien dapat tidur dengan baik, dengan kriteria hasil: 000401 waktu tidur yang efektif; 000403 pola tidur yang efektif; 000408 perasaan segar setelah tidur. Dengan perencanaan yang dibuat berdasarkan NIC, yaitu Peningkatan tidur (kode 1850), dengan intervensi tentukan pola tidur atau aktivitas pasien; monitor dan catat pola tidur pasien dalam jumlah jam tidur; anjurkan pasien bagaimana melakukan relaksasi otak atau bentuk nonfarmakologi lainnya untuk merangsang tidur; ajarkan pasien dan orang

terdekat mengenai faktor yang berkreasi terhadap gangguan pola tidur; berikan penyuluhan kesehatan terkait dengan pola tidur.

Ketidakpatuhan minum obat, tujuan berdasarkan NOC yaitu perilaku patuh: Pengobatan yang disarankan (kode 1623). Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit, diharapkan pasien dapat minum obat dengan teratur, dengan kriteria hasil: 162302 Pasien memperoleh obat yang diinginkan; 162303 Mendapat informasi tentang semua obat yang dikonsumsi; 162304 Mengonsumsi semua obat sesuai interval yang ditentukan; 162305 Minum obat sesuai dosis yang diberikan. Dengan perencanaan yang dibuat berdasarkan NIC, yaitu panduan sistem pelayanan kesehatan (kode 7400), dengan intervensi jelaskan sistem perawatan kesehatan segera, cara kerjanya dan apa yang bisa diharapkan pasien/keluarga; anjurkan pasien mengetahui jenis layanan yang bisa diharapkan dari setiap jenis persediaan layanan kesehatan; berikan informasi tentang biaya, waktu, proses dan risiko; beri bentuk tindak lanjut perawatan kesehatan.

Kurang pengetahuan, tujuan berdasarkan NOC yaitu pengetahuan: Manajemen hipertensi (kode 1837). Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit, diharapkan pasien dapat mengetahui informasi mengenai hipertensi, dengan kriteria hasil: 183701 Kisaran normal untuk tekanan darah sistolik; 183702 Kisaran normal untuk tekanan darah diastolik; 183705 Komplikasi potensial hipertensi; 183708 Tanda dan gejala hipertensi; 183721 Diet yang dianjurkan. Dengan perencanaan yang dibuat berdasarkan NIC, yaitu Pengajaran : Proses penyakit (kode 5602), dengan intervensi kaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit; Jelaskan patofisiologi penyakit dan bagaimana hubungannya dengan anfi; Jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit; berikan informasi pada pasien mengenai kondisinya, sesuai kebutuhan.

Risiko cedera, tujuan berdasarkan NOC, yaitu pengetahuan: Pencegahan jatuh (kode 1828). Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit, diharapkan pasien dapat terhindar dari jatuh, dengan kriteria hasil: 182811 Latihan untuk mengurangi risiko jatuh; 182814 Penyakit akut yang meningkatkan risiko jatuh; 182815 Perubahan tekanan darah yang meningkatkan risiko jatuh. Dengan perencanaan yang dibuat berdasarkan NIC, yaitu identifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi risiko jatuh; Kaji ulang riwayat jatuh bersama dengan pasien

dan keluarga; anjurkan beradaptasi di rumah untuk meningkatkan keamanan; instruksikan pasien untuk memakai kaca mata pada saat berjalan; dan ajarkan anggota keluarga mengenai faktor risiko yang berkontribusi terhadap adanya kejadian jatuh dan bagaimana keluarga bisa menurunkan risiko ini.

3.1.6 Implementasi

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. Implementasi dilakukan setelah perencanaan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 sampai 18 Juli 2019.

Pada hari pertama (Senin, 15 Juli 2019 pukul 11.00 wita) dilakukan implementasi pada diagnosa nyeri akut yaitu, jam 11.00 Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus, dan hasilnya P: nyeri muncul seketika, ketika beraktivitas maupun tidak beraktivitas, Q: nyerinya menjalar hingga ke leher, R: dibagian kepala menjalar ke leher, S: skala 3, nyeri ringan, dan T: nyerinya hilang timbul, pasien terlihat meringis kesakitan. Pasien juga merasa bahwa ia cepat lelah.; Jam 11.05 Mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan, hasilnya: pasien terlihat meringis kesakitan; Jam 11.10 Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologis tarik nafas dalam, klien dapat melakukan teknik tarik nafas dalam dengan benar; dan Jam 11.15 Menganjurkan pasien untuk istirahat.

Pada diagnosa kedua Gangguan pola tidur, dengan intervensi Jam 11.00 Memonitor dan catat pola tidur pasien dalam jumlah jam tidur, klien masih sulit untuk tidur; dan Jam 11.20 Menganjurkan pasien bagaimana melakukan relaksasi otak atau bentuk nonfarmakologi lainnya untuk merangsang tidur, seperti minum susu hangat sebelum tidur dan menghindari kebisingan saat tidur.

Pada diagnose ke tiga Ketidakpatuhan minum obat, dengan intervensi Jam 12.00 Menjelaskan sistem perawatan kesehatan kepada pasien; dan Jam 12.05 Menganjurkan pasien mengetahui jenis layanan yang bisa diharapkan dari setiap jenis persediaan layanan kesehatan.

Diagnose keempat Kurang pengetahuan, dengan intervensi Jam 11.00 Mengkaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit; dan Jam 11.20 Memberikan informasi pada pasien mengenai kondisinya, sesuai kebutuhan.

Dan diagnose kelima Risiko cedera, dengan intervensi Jam 12.00 Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi risiko jatuh; dan Jam 12.20 Mengkaji ulang riwayat jatuh bersama dengan pasien dan keluarga.

Pada hari kedua (Rabu, 17 Juli 2019 pukul 11.00 wita) dilakukan implementasi pada diagnose nyeri akut, dengan intervensi Jam 11.05 Mengkaji skala nyeri pada pasien, skala nyeri 3, nyeri ringan; Jam 11.10 Mengobservasi ketidaknyamanan (raut wajah yang meringis); Jam 11.25 Menyarankan pasien untuk menarik nafas dalam ketika nyeri muncul; Jam 11.30 Menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat; dan Jam 12.00 Menginformasikan kepada anggota keluarga mengenai teknik tarik nafas dalam yang dilakukan oleh pasien.

Pada diagnose kedua Gangguan pola tidur, dengan intervensi Jam 11.06 Mengkaji mengenai pola tidur pasien dalam jumlah jam tidur; Jam 11.10 Menganjurkan pasien untuk minum susu hangat sebelum tidur untuk merangsang pasien dapat tidur; Jam 11.16 Menginformasikan kepada pasien dan keluarga mengenai penyebab dari kesulitan tidur yang dialami oleh pasien; dan Jam 11.30 Memberikan penkes terkait dengan kesulitan tidur kepada pasien dan keluarga.

Diagnose ketiga Ketidakpatuhan minum obat, dengan intervensi Jam 11.20 Menjelaskan kepada pasien mengenai sistem pelayanan kesehatan; Jam 11.26 Menganjurkan pasien untuk mengetahui jenis layanan yang bisa diharapkan dari setiap faskes; dan Jam 12.00 Memberikan informasi mengenai biaya, waktu, proses dan risiko dari pelayanan kesehatan.

Diagnose keempat Kurang pengetahuan, dengan intervensi Jam 11.00 Mengkaji pengetahuan pasien mengenai penyakit hipertensi; Jam 11.30 Menjelaskan terkait dengan penyakit hipertensi; dan Jam 12.35 Memberikan informasi kepada pasien mengenai kondisinya.

Dan diagnose terakhir yaitu Risiko cedera, dengan intervensi Jam 11.07 Mengkaji riwayat jatuh pada pasien; Jam 11.09 Mengukur tekanan darah; Jam 11.12 Menganjurkan pasien untuk memakai kaca mata saat melakukan aktivitas; dan

Jam 12.25 Mengajarkan kepada anggota keluarga mengenai faktor risiko yang memicu adanya risiko kejadian jatuh.

Dan pada hari terakhir (Kamis, 18 Juli 2019 pukul 11.00) dilakukan implementasi pada diagnose nyeri akut, dengan intervensi Jam 11.05 Mengkaji skala nyeri; Jam 11.06 Mengobservasi adanya ketidaknyamanan karena nyeri; Jam 11.08 Menganjurkan pasien untuk tetap melakukan teknik nafas dalam ketika nyeri muncul; dan Jam 11.10 Menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat.

Pada diagnose kedua Gangguan pola tidur, dengan intervensi Jam 11.05 Mengkaji pola tidur pasien; dan Jam 11.08 Menganjurkan pasien untuk minum susu hangat sebelum tidur.

Diagnose ketiga Ketidakpatuhan minum obat, dengan intervensi Jam 11.08 Mengkaji pasien terkait dengan pelayanan kesehatan; dan Jam 11.14 Menganjurkan pasien untuk berobat ke Puskesmas.

Diagnose keempat Kurang pengetahuan, dengan intervensi Jam 11.05 Mengkaji kembali tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit hipertensi.

Dan diagnose kelima Risiko cedera, dengan intervensi Jam 11.09 Mengukur tekanan darah, yaitu TD: 150/90 mmHg.

3.1.7 Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan yang diberikan, mahasiswa melakukan evaluasi pada setiap tindakan berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode SOAP.

Hari pertama (Senin, 15 Juli 2019 pukul 14.00)

1. Diagnosa nyeri akut

Subjektif: Pasien mengatakan bahwa ia masih merasa sakit dan tengkuk masih terasa tegang, skala nyeri 3, nyeri ringan, *Objektif:* Pasien tampak meringis, TD: 170/100 mmHg, N: 76 x/menit, RR: 18 x/menit, *Assesment:* masalah belum teratasi, *Planning:* Intervensi dilanjutkan. *Intervensi :* lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus; Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan; Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis (seperti, relaksasi, tarik nafas dalam, terapi musik); Anjurkan pasien untuk

istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri, dan Informasikan kepada anggota keluarga mengenai strategi non farmakologi yang sedang digunakan untuk mendorong keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien.

2. Diagnosa gangguan pola tidur

Subjektif: Pasien mengatakan tidak ada perubahan pola tidur, tidur malam pada jam 21.00 tapi sekarang pasien tidur pada jam 01.00, dan sulit untuk tidur siang,

Objektif: Pasien terlihat menguap pada saat pengkajian. *Assessment*: masalah belum teratasi, *Planning*: intervensi dilanjutkan. *Intevensi* : peningkatan tidur (kode 1850), dengan intervensi tentukan pola tidur atau aktivitas pasien; monitor dan catat pola tidur pasien dalam jumlah jam tidur; anjurkan pasien bagaimana melakukan relaksasi otak atau bentuk nonfarmakologi lainnya untuk merangsang tidur; ajarkan pasien dan orang terdekat mengenai faktor yang berkreasi terhadap gangguan pola tidur; berikan penyuluhan kesehatan terkait dengan pola tidur.

3. Diagnosa ketidakpatuhan minum obat

Subjektif: Pasien mengatakan sudah mendapat informasi tentang penyakitnya dari petugas atau perawat, dan berjanji untuk mengambil obat di Puskesmas, *Objektif*: Saat dikaji klien tidak paham terkait dengan fungsi pengobatan yang seharusnya ia konsumsi. *Assessment*: masalah belum teratasi, *Planning*: intervensi dilanjutkan. *Intevensi* : panduan sistem pelayanan kesehatan (kode 7400), dengan intervensi jelaskan sistem perawatan kesehatan segera, cara kerjanya dan apa yang bisa diharapkan pasien/keluarga; anjurkan pasien mengetahui jenis layanan yang bisa diharapkan dari setiap jenis persediaan layanan kesehatan; berikan informasi tentang biaya, waktu, proses dan risiko; beri bentuk tindak lanjut perawatan kesehatan.

4. Kurang pengetahuan

Subjektif: Pasien mengatakan kurang mendapat informasi tentang penyakitnya dari puskesmas, *Objektif*: Ketika ditanya terkait dengan penyakit yang dialaminya, pasien tidak tahu, dan terlihat bingung, *Assessment*: masalah belum teratasi, *Planning*: intervensi dilanjutkan. *intervensi* : kaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit; Jelaskan patofisiologi penyakit dan bagaimana hubungannya dengan anfis; Jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit; berikan informasi pada pasien mengenai kondisinya, sesuai kebutuhan.

5. Risiko cedera

Subjektif: Pasien mengatakan sakit kepala dan tengkuk terasa tegang, penglihatan pasien kabur, *Objektif:* TD: 170/100 mmHg, N: 76 x/menit, RR: 18 x/menit, Pemeriksaan visus dengan menggunakan snellen cart didapatkan hasilnya mata kiri 6/12 dan mata kanan 6/12. Klien tidak menggunakan alat bantu mata. *Assesment:* masalah belum teratasi, *Planning:* intervensi dilanjutkan. *Intervensi* : identifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi risiko jatuh; Kaji ulang riwayat jatuh bersama dengan pasien dan keluarga; anjurkan beradaptasi di rumah untuk meningkatkan keamanan; instruksikan pasien untuk memakai kaca mata pada saat berjalan; dan ajarkan anggota keluarga mengenai faktor risiko yang berkontribusi terhadap adanya kejadian jatuh dan bagaimana keluarga bisa menurunkan risiko ini.

Evaluasi hari kedua (Rabu, 17 Juli 2019 pukul 13.50)

1. Diagnosa nyeri akut

Subjektif: Pasien mengatakan bahwa ia masih merasa sakit dan tengkuk masih terasa tegang, skala nyeri 3, nyeri ringan, *Objektif:* Pasien tampak meringis, TD: 170/100 mmHg, N: 78 x/menit, RR: 20 x/menit, *Assesment:* masalah belum teratasi, *Planning:* Intervensi dilanjutkan.

Intervensi : lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus; Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan; Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis (seperti, relaksasi, tarik nafas dalam, terapi musik); Anjurkan pasien untuk istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri, dan Informasikan kepada anggota keluarga mengenai strategi non farmakologi yang sedang digunakan untuk mendorong keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien.

2. Diagnosa gangguan pola tidur

Subjektif: Pasien mengatakan bahwa ia masih sulit tidur, pasien tidur pada jam 01.00, dan sulit untuk tidur siang, *Objektif:* Pasien terlihat menguap pada saat pengkajian. *Assesment:* masalah belum teratasi, *Planning:* intervensi dilanjutkan. *Intevensi* : peningkatan tidur (kode 1850), dengan intervensi tentukan pola tidur atau aktivitas pasien; monitor dan catat pola tidur pasien dalam jumlah jam tidur;

anjurkan pasien bagaimana melakukan relaksasi otak atau bentuk nonfarmakologi lainnya untuk merangsang tidur; ajarkan pasien dan orang terdekat mengenai faktor yang berkreasi terhadap gangguan pola tidur; berikan penyuluhan kesehatan terkait dengan pola tidur.

3. Diagnosa ketidakpatuhan minum obat

Subjektif: Pasien mengatakan bahwa ia sudah mengerti dengan penjelasan yang diberikan oleh perawat terkait dengan penyakit yang di deritanya, *Objektif*: Pasien terlihat sudah paham dengan penjelasan yang diberikan, *Assessment*: masalah teratasi sebagian, *Planning*: intervensi dilanjutkan. *Intevensi* : panduan sistem pelayanan kesehatan (kode 7400), dengan intervensi jelaskan sistem perawatan kesehatan segera, cara kerjanya dan apa yang bisa diharapkan pasien/keluarga; anjurkan pasien mengetahui jenis layanan yang bisa diharapkan dari setiap jenis persediaan layanan kesehatan; berikan informasi tentang biaya, waktu, proses dan risiko; beri bentuk tindak lanjut perawatan kesehatan.

4. Kurang pengetahuan

Subjektif: Pasien mengatakan bahwa ia sudah paham terkait dengan penyakit hipertensi, *Objektif*: Ketika ditanya terkait dengan penyakit yang dialaminya, pasien sudah mengerti, *Assessment*: masalah teratasi sebagian, *Planning*: intervensi dilanjutkan. *intervensi* : kaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit; Jelaskan patofisiologi penyakit dan bagaimana hubungannya dengan anfis; Jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit; berikan informasi pada pasien mengenai kondisinya, sesuai kebutuhan.

5. Risiko cedera

Subjektif: Pasien mengatakan bahwa ia masih merasa sakit kepala dan tengkuk terasa tegang, penglihatan pasien kabur, *Objektif*: TD: 170/100 mmHg, N: 78 x/menit, RR: 20 x/menit, *Assessment*: masalah belum teratasi, *Planning*: intervensi dilanjutkan. *Intervensi* : identifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi risiko jatuh; Kaji ulang riwayat jatuh bersama dengan pasien dan keluarga; anjurkan beradaptasi di rumah untuk meningkatkan keamanan; instruksikan pasien untuk memakai kaca mata pada saat berjalan; dan ajarkan anggota keluarga mengenai faktor risiko yang berkontribusi terhadap adanya kejadian jatuh dan bagaimana keluarga bisa menurunkan risiko ini.

Evaluasi hari ketiga (Kamis, 18 Juli 2019 pukul 14.10)

1. Diagnosa nyeri akut

Subjektif: Pasien mengatakan bahwa ia tidak merasa sakit dan tengkuk masih tidak terasa tegang, *Objektif*: Pasien tampak segar, TD: 150/90 mmHg, N: 76 x/menit, RR: 16 x/menit, *Assesment*: masalah teratasi, *Planning*: Intervensi dihentikan.

2. Diagnosa gangguan pola tidur

Subjektif: Pasien mengatakan bahwa ia belum dapat tidur dengan baik, tidur malam pukul 23.00 dan bangun pagi pukul 03.00, *Objektif*: Pasien terlihat menguap dan lelah saat dikaji, *Assesment*: masalah belum teratasi, *Planning*: intervensi dilanjutkan. *Intevensi* : peningkatan tidur (kode 1850), dengan intervensi tentukan pola tidur atau aktivitas pasien; monitor dan catat pola tidur pasien dalam jumlah jam tidur; anjurkan pasien bagaimana melakukan relaksasi otak atau bentuk nonfarmakologi lainnya untuk merangsang tidur; ajarkan pasien dan orang terdekat mengenai faktor yang berkreasi terhadap gangguan pola tidur; berikan penyuluhan kesehatan terkait dengan pola tidur.

3. Diagnosa ketidakpatuhan minum obat

Subjektif: Pasien mengatakan bahwa ia sudah medapat obat di Puskesmas dan sudah mengkonsumsinya, *Objektif*: pasien terlihat segar. *Assesment*: masalah teratasi, *Planning*: intervensi dihentikan.

4. Kurang pengetahuan

Subjektif: Pasien mengatakan bahwa ia sudah pahan terkait dengan penyakitnya, *Objektif*: Ketika ditanya terkait dengan penyakit yang dialaminya, pasien sudah tahu, *Assesment*: masalah teratasi, *Planning*: intervensi dihentikan.

5. Risiko cedera

Subjektif: Pasien mengatakan bahwa ia tidak merasa sakit lagi, penglihatan masih kabur, dikarenakan faktor usia. *Objektif*: TD: 150/90 mmHg, N: 78 x/menit, RR: 18 x/menit, *Assesment*: masalah teratasi, *Planning*: intervensi dihentikan.

3.2 Pembahasan

Pada bagian ini membuat pembahasan mengenai adanya kesenjangan antara teori dan proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 sampai dengan 18 Juli 2019 di Puskesmas Penfui 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 merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu.

Pada kasus nyata pasien mengeluh pusing dan tegang pada leher, serta merasa sakit pada kepala. Pengkajian PQRST: : P: nyeri muncul seketika, ketika beraktivitas maupun tidak beraktivitas, Q: nyerinya menjalar hingga ke leher, R: dibagian kepala menjalar ke leher, S: skala 3, nyeri ringan, dan T: nyerinya hilang timbul, pasien terlihat meringis kesakitan. Pasien juga merasa bahwa ia cepat lelah. Upaya yang dilakuka pasien untuk mengatasi masalah kesehatan yaitu dengan cara pasien lebih banyak beristirahat.

Menurut teori menjelaskan bahwa gejala dari hipertensi yaitu Sakit kepala, Jantung berdebar-debar, Mudah lelah, Pendarahan dari hidung, Wajah kemerahan, Penglihatan kabur, Sulit bernafas / sesak nafas, Mual dan muntah, Gelisah, Leher terasa tegang

Berdasarkan teori di atas dan data hasil pengkajian pada kasus nyata didapatkan tidak ada kesenjangan, dikarenakan berdasarkan data yang didapat pada pasien mengeluh sakit kepala, leher terasa tegang dan penglihatan kabur.

3.2.2 Diagnosa

Berdasarkan hasil analisa data didapatkan ada lima diagnosa keperawatan yang muncul yang diangkat berdasarkan diagnose keperawatan NANDA menurut (Herdman & Kamitsuru, 2017) seperti “nyeri akut, Gangguan pola tidur, Ketidapatuhan minum obat, Kurang pengetahuan, dan Risiko cedera”.

Menurut teori, diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan hipertensi, seharusnya tuju diagnosa yaitu Penurunan curah jantung, Intoleransi aktivitas, Nyeri akut, Perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh, Perubahan pola eliminasi urinarius, Perubahan pola tidur, dan Perubahan persepsi-sensori penglihatan.

Pada kasus nyata didapatkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus, dimana teori terdapat tujuh diagnosa keperawatan, sedangkan pada kasus nyata hanya lima diagnosa, hal ini disebabkan karena pada kasus nyata ditemukan data – data yang sesuai dengan batasan karakteristik dari diagnosa keperawatan, yaitu nyeri akut, Gangguan pola tidur, Ketidapatuhan minum obat, Kurang pengetahuan, dan Risiko cedera.. Dan pada teori juga tidak ditemukan diagnosa ketidapatuhan minum obat, kurang pengetahuan, dan risiko cedera, sedangkan pada kasus nyata ditemukan, dikarenakan sesuai dengan keluhan serta batasan karakteristik yang ditemukan pada pasien.

3.2.3 Intervensi

Berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan, maka intervensi yang akan dilakukan menurut (Mophead, Johnson, Maas, & Swanson, 2016) dan (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2016), 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. E.L dengan penyakit hipertensi, terdapat lima masalah keperawatan, yaitu Pada diagnosa nyeri akut, tujuan yang pertama Kepuasan klien: manajemen nyeri (kode 1843) dan yang kedua Kontrol nyeri (kode 1605). Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit diharapkan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil:184302 tidak ada tanda dan gejala nyeri; 184303 klien mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri; 184320 pembatasan aktivitas, 184323 teknik relaksasi yang efektif, dan 160511 melaporkan nyeri yang terkontrol. Dengan perencanaan yang dibuat berdasarkan NIC yaitu Manajemen nyeri, intervensi yang direncanakan antara lain Lakukan pengkajian nyeri

komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus; Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan; Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis (seperti, relaksasi, tarik nafas dalam, terapi musik); Anjurkan pasien untuk istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri, dan Informasikan kepada anggota keluarga mengenai strategi non farmakologi yang sedang digunakan untuk mendorong keluarga. Pada teori intervensi yang direncanakan ada tiga intervensi, sedangkan pada kasus nyata, terdapat lima intervensi, dan yang dilaksanakan yaitu intervensi 1 sampai 5.

Diagnosa kedua Gangguan pola tidur, dengan tujuan NOC yaitu Tidur (kode 0004). Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit diharapkan klien dapat tidur dengan baik, dengan kriteria hasil: 000401 waktu tidur yang efektif; 000403 pola tidur yang efektif; 000408 perasaan segar setelah tidur. Dengan perencanaan yang dibuat berdasarkan NIC, yaitu Peningkatan tidur (kode 1850), dengan intervensi yang direncanakan Memonitor dan catat pola tidur pasien dalam jumlah jam tidur; Menganjurkan pasien bagaimana melakukan relaksasi otak atau bentuk nonfarmakologi lainnya untuk merangsang tidur; Mengajarkan pasien dan orang terdekat mengenai faktor yang berkreasi terhadap gangguan pola tidur; Memberikan penyuluhan kesehatan terkait dengan pola tidur. Pada teori intervensi yang direncanakan ada 2, sedangkan pada kasus nyata, terdapat empat intervensi, dan yang dilaksanakan yaitu intervensi 1 sampai 4 dilakukan.

Diagnosa ketiga Ketidapatuhan minum obat, dengan tujuan NOC yaitu perilaku patuh: Pengobatan yang disarankan (kode 1623). Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit, diharapkan pasien dapat minum obat dengan teratur, dengan kriteria hasil: 162302 Pasien memperoleh obat yang diinginkan; 162303 Mendapat informasi tentang semua obat yang dikonsumsi; 162304 Mengonsumsi semua obat sesuai interval yang ditentukan; 162305 Minum obat sesuai dosis yang diberikan. Dengan perencanaan yang di buat berdasarkan NIC, yaitu panduan sistem pelayanan kesehatan (kode 7400), dengan intervensi, yaitu Menjelaskan sistem perawatan kesehatan segera, cara kerjanya dan apa yang bisa diharapkan pasien/keluarga; Menganjurkan pasien mengetahui jenis layanan yang bisa diharapkan dari setiap jenis persediaan layanan kesehatan; Memberikan

informasi tentang biaya, waktu, proses dan risiko. Pada kasus nyata terdapat tiga intervensi, dan intervensi 1 sampai 3 dilakukan.

Diagnosa keempat Kurang pengetahuan, dengan tujuan NOC yaitu pengetahuan: Manajemen hipertensi (kode 1837). Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit, diharapkan pasien dapat mengetahui informasi mengenai hipertensi, dengan kriteria hasil: 183701 Kisaran normal untuk tekanan darah sistolik; 183702 Kisaran normal untuk tekanan darah diastolik; 183705 Komplikasi potensial hipertensi; 183708 Tanda dan gejala hipertensi; 183721 Diet yang dianjurkan. Dengan perencanaan yang dibuat berdasarkan NIC, yaitu Pengajaran : Proses penyakit (kode 5602), dengan intervensi Mengkaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit; Menjelaskan patofisiologi penyakit dan bagaimana hubungannya dengan anfi; Menjelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit; Memberikan informasi pada pasien mengenai kondisinya, sesuai kebutuhan. Pada kasus nyata terdapat empat intervensi, dan intervensi 1 sampai 4 dilakukan.

Diagnosa kelima Risiko cedera, dengan tujuan NOC, yaitu pengetahuan: Pencegahan jatuh (kode 1828). Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit, diharapkan pasien dapat terhindar dari jatuh, dengan kriteria hasil: 182811 Latihan untuk mengurangi risiko jatuh; 182814 Penyakit akut yang meningkatkan risiko jatuh; 182815 Perubahan tekanan darah yang meningkatkan risiko jatuh, dengan intervensi Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi risiko jatuh; Mengkaji ulang riwayat jatuh bersama dengan pasien dan keluarga; Mengajarkan beradaptasi di rumah untuk meningkatkan keamanan; Menginstruksikan pasien untuk memakai kaca mata pada saat berjalan; dan Mengajarkan anggota keluarga mengenai faktor risiko yang berkontribusi terhadap adanya kejadian jatuh dan bagaimana keluarga bisa menurunkan risiko ini. Pada kasus nyata terdapat lima intervensi, dan intervensi 1 sampai 4 dilakukan.

Rencana tindakan diatas sesuai dengan prioritas masalah keperawatan yang ditemukan pada Ny. E.L.

3.2.4 Implementasi

Implementasi dilakukan setelah perencanaan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan dilakukan tanggal 16 Juli 2019.

Pada hari pertama (Senin, 15 Juli 2019 pukul 11.00 wita) dilakukan implementasi pada diagnosa nyeri akut yaitu, jam 11.00 Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus, dan hasilnya P : nyeri muncul seketika, ketika beraktivitas maupun tidak beraktivitas, Q: nyerinya menjalar hingga ke leher, R: dibagian kepala menjalar ke leher, S: skala 3, nyeri ringan, dan T: nyerinya hilang timbul, pasien terlihat meringis kesakitan. Pasien juga merasa bahwa ia cepat lelah.; Jam 11.05 Mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan, hasilnya: pasien terlihat meringis kesakitan; Jam 11.10 Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologis tarik nafas dalam, klien dapat melakukan teknik tarik nafas dalam dengan benar; dan Jam 11.15 Menganjurkan pasien untuk istirahat.

Pada diagnosa kedua Gangguan pola tidur, dengan intervensi Jam 11.00 Memonitor dan catat pola tidur pasien dalam jumlah jam tidur, klien masih sulit untuk tidur; dan Jam 11.20 Menganjurkan pasien bagaimana melakukan relaksasi otak atau bentuk nonfarmakologi lainnya untuk merangsang tidur, seperti minum susu hangat sebelum tidur dan menghindari kebisingan saat tidur.

Pada diagnose ke tiga Ketidakpatuhan minum obat, dengan intervensi Jam 12.00 Menjelaskan sistem perawatan kesehatan kepada pasien; dan Jam 12.05 Menganjurkan pasien mengetahui jenis layanan yang bisa diharapkan dari setiap jenis persediaan layanan kesehatan.

Diagnose keempat Kurang pengetahuan, dengan intervensi Jam 11.00 Mengkaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit; dan Jam 11.20 Memberikan informasi pada pasien mengenai kondisinya, sesuai kebutuhan.

Dan diagnose kelima Risiko cedera, dengan intervensi Jam 12.00 Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi risiko jatuh; dan Jam 12.20 Mengkaji ulang riwayat jatuh bersama dengan pasien dan keluarga.

Pada hari kedua (Rabu, 17 Juli 2019 pukul 11.00 wita) dilakukan implementasi pada diagnose nyeri akut, dengan intervensi Jam 11.05 Mengkaji skala nyeri pada pasien, skala nyeri 3, nyeri ringan; Jam 11.10 Mengobservasi ketidaknyamanan

(raut wajah yang meringis); Jam 11.25 Menyarankan pasien untuk menarik nafas dalam ketika nyeri muncul; Jam 11.30 Menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat; dan Jam 12.00 Menginformasikan kepada anggota keluarga mengenai teknik tarik nafas dalam yang dilakukan oleh pasien.

Pada diagnose kedua Gangguan pola tidur, dengan intervensi Jam 11.06 Mengkaji mengenai pola tidur pasien dalam jumlah jam tidur; Jam 11.10 Menganjurkan pasien untuk minum susu hangat sebelum tidur untuk merangsang pasien dapat tidur; Jam 11.16 Menginformasikan kepada pasien dan keluarga mengenai penyebab dari kesulitan tidur yang dialami oleh pasien; dan Jam 11.30 Memberikan penkes terkait dengan kesulitan tidur kepada pasien dan keluarga.

Diagnose ketiga Ketidakpatuhan minum obat, dengan intervensi Jam 11.20 Menjelaskan kepada pasien mengenai sistem pelayanan kesehatan; Jam 11.26 Menganjurkan pasien untuk mengetahui jenis layanan yang bisa diharapkan dari setiap faskes; dan Jam 12.00 Memberikan informasi mengenai biaya, waktu, proses dan risiko dari pelayanan kesehatan.

Diagnose keempat Kurang pengetahuan, dengan intervensi Jam 11.00 Mengkaji pengetahuan pasien mengenai penyakit hipertensi; Jam 11.30 Menjelaskan terkait dengan penyakit hipertensi; dan Jam 12.35 Memberikan informasi kepada pasien mengenai kondisinya.

Dan diagnose terakhir yaitu Risiko cedera, dengan intervensi Jam 11.07 Mengkaji riwayat jatuh pada pasien; Jam 11.09 Mengukur tekanan darah; Jam 11.12 Menganjurkan pasien untuk memakai kaca mata saat melakukan aktivitas; dan Jam 12.25 Mengajarkan kepada anggota keluarga mengenai faktor risiko yang memicu adanya risiko kejadian jatuh.

Dan pada hari terakhir (Kamis, 18 Juli 2019 pukul 11.00) dilakukan implementasi pada diagnose nyeri akut, dengan intervensi Jam 11.05 Mengkaji skala nyeri; Jam 11.06 Mengobservasi adanya ketidaknyamanan karena nyeri; Jam 11.08 Menganjurkan pasien untuk tetap melakukan teknik nafas dalam ketika nyeri muncul; dan Jam 11.10 Menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat.

Pada diagnose kedua Gangguan pola tidur, dengan intervensi Jam 11.05 Mengkaji pola tidur pasien; dan Jam 11.08 Menganjurkan pasien untuk minum susu hangat sebelum tidur.

Diagnose ketiga Ketidapatuhan minum obat, dengan intervensi Jam 11.08 Mengkaji pasien terkait dengan pelayanan kesehatan; dan Jam 11.14 Mengajukan pasien untuk berobat ke Puskesmas.

Diagnose keempat Kurang pengetahuan, dengan intervensi Jam 11.05 Mengkaji kembali tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit hipertensi.

Dan diagnose kelima Risiko cedera, dengan intervensi Jam 11.09 Mengukur tekanan darah, yaitu TD: 150/90 mmHg.

Berdasarkan implementasi diatas penulis menyimpulkan bahwa semua rencana tindakan yang sudah ditentukan, dilaksanakan sesuai dengan prioritas masalah yang dialami oleh Ny. E.L dan pada saat tindakan dilaksanakan reaksi Ny. E.L dapat menerima dengan baik.

3.2.5 Evaluasi

Hasil studi kasus yang dilakukan pada Ny. E.L di Puskesmas Penfui, yaitu :

- 1) Nyeri akut, sudah teratasi. Alasannya karena tujuan dari kriteria hasil sudah tercapai, yaitu pasien mengatakan bahwa nyeri berkurang, pasien dapat mengontrol nyeri dengan teknik nafas dalam.
- 2) Gangguan pola tidur, belum teratasi. Alasannya karena tujuan dari kriteria hasil belum tercapai, yaitu pasien belum dapat tidur dengan efektif, waktu tidur tidak banyak, dan terlihat lelah.
- 3) Ketidapatuhan minum obat, sudah teratasi. Alasannya karena tujuan dari kriteria hasil sudah tercapai, yaitu pasien memperoleh obat yang diinginkan, pasien mendapat informasi tentang semua obat yang dikonsumsi, mengkonsumsi semua obat sesuai interval yang diberikan, minum obat sesuai dosis yang diberikan.
- 4) Kurang pengetahuan, sudah teratasi. Alasannya karena tujuan dari kriteria hasil sudah tercapai, yaitu mengetahui tekanan darah normal, tidak ditemukannya komplikasi, pasien tahu tanda dan gejala hipertensi, pasien mengetahui diet yang dianjurkan.
- 5) Risiko cedera, belum sudah tertasi. Alasannya karena tujuan dari kriteria hasil sudah tercapai, yaitu pasien dapat berlatih untuk mengurangi risiko jatuh, pasien tahu terkait dengan penyakitnya yang

meyebabkan risiko jatuh, dan perubahan tekanan darah yang meningkatkan risiko jatuh.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Setelah penulis menguraikan berbagai hal yang menyangkut asuhan keperawatan pada pasien Ny. N dengan hipertensi grade II, penulis dapat menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut:

- 1) Pengkajian secara menyeluruh diperlukan untuk mencari kemungkinan penyebab, pengaruh yang ada hubungan dengan pasien dan faktor-faktor pendukung yang ada dalam keluarga yang dapat membantu dalam tindakan keperawatan.
- 2) Selama 3 hari perawatan di Puskesmas Penfui, pada Ny. E.L ditemukan 5 diagnosa keperawatan: a) Nyeri akut, b) Gangguan Pola tidur, c) Ketidakpatuhan minum obat, d) Kurang pengetahuan dan e). Risiko cederah
- 3) Perencanaan keperawatan diberikan berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien yang meliputi: observasi, tindakan mandiri, promosi kesehatan dan kolaborasi.
- 4) Implementasi dilaksanakan sesuai dengan Intervensi Keperawatan yang telah direncanakan. Tindakan-tindakan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik berkat adanya kerjasama antara perawat, pasien, dan keluarga.
- 5) Evaluasi selama perawatan yang dilakukan selama 3 hari, dari 5 diagnosa yang ditegakkan 4 diagnosa dapat teratasi.

4.2 Saran

- 1) Bagi lahan/Puskesmas

Hasil studi kasus ini dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di Puskesmas.

- 2) Bagi institusi pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan dapat memperbanyak sumber rujukan yang berkaitan dengan Hipertensi, agar peneliti selanjutnya dapat memperoleh sumber informasi yang lebih jelas tentang Hipertensi.

- 3) Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti berikutnya dapat meneliti tentang Asuhan keperawatan pada pasien dengan Hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

Doenges E. Marilyn (2005). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Editor : Monica Ester. Edisi : 3, Jakarta. EGC.

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2017). *NANDA Internasional Diagnosis Keperawatan: Definisi & Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: EGC.

Indonesia, K. K. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas*. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (diakses tanggal 16-07-2019 jam 19.00 Wita)

Moprhhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, Edisi Keenam. Singapore: Elsevier.

Bulechek, M. G., Butcher, K. H., Dochterman, M. J., & Wagner, M. C. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC)*, Edisi Keenam. Singapore: Elsevier.

Join Nasional Committee On Detection, Evaluasition and Treatment Of Higt Blood Pressure (JNC VII, 2003).

Medikal Record Puskesmas Penfui (diakses tanggal 18-07-2019 jam 09.00 Wita)

[www.academia.edu>askep_hipertensi](http://www.academia.edu/askep_hipertensi). (diakses tgl 18-07-2019. Pukul 14.30 wita)

<http://www.google.com/amp/s/samoke2012.wordpress.com/2018/09/01/asuhan-keperawatan-pasien-dengan-hipertensi/amp/> (diakses tgl 16-07-2019. Pukul 16.30 wita)

www.depkes.go.id (diakses tgl 24 Juli 2019 jam 21.25 Wita)

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Format Asuhan Keperawatan
Lampiran 2 Satuan Acara Penyuluhan Hipertensi
Lampiran 3 Leaflet Hipertensi
Lampiran 4 Proses Bimbingan Laporan Karya Tulis Ilmiah



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



Lampiran 1

Nama : Widodo
Mahasiswa
NIM : PO 5303201181245

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Ny. E.L
Ruang/Kamar : -
Diagnosa Medis : Hipertensi grade III
No. Medical Record : 072271/21306
Tanggal Pengkajian : 15 Juli 2019 Jam : 10.00 wita
Masuk Rumah Sakit : - Jam : -

Identitas Pasien

Nama Pasien	: Ny. E.L	Jenis Kelamin	: Perempuan
Umur/Tanggal Lahir	: 74 tahun	Status Perkawinan	: Menikah
Agama	: Katolik	Suku Bangsa	: Adonara/Indonesia
Pendidikan Terakhir	:	Pekerjaan	: IRT
Alamat	: Penfui, RT/RW: 07/03 Kelurahan Penfui, Kecamatan Maulafa Kabupaten Kupang		

Identitas Penanggung

Nama	: Tn. J.M.L	Pekerjaan	: Wiraswasta
Jenis Kelamin	: Laki-laki	Hubungan dengan klien	: Anak
Alamat	: Penfui RT 07/ RW 03		

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

- Kapan : Keluhan terasa sejak tanggal 01 Mei 2019
- Lokasi : Kepala dan leher

2. Riwayat Keluhan Utama

- Mulai timbulnya keluhan : Pasien mengatakan keluhan terjadi saat pasien sedang duduk, tiba-tiba pasien merasa sakit kepala dan leher terasa tegang.
- Sifat keluhan : Hilang timbul.
- Lokasi : Kepala dan leher.
- Keluhan lain yang menyertai : Lemas, penglihatan kabur dan sulit tidur.
- Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Tekanan darah yang tinggi.
- Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana): Saat pasien sedang tidur, keluhan kadang tidak terasa, akan tetapi saat pasien melakukan aktivitas, keluhan akan muncul.
- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan: Pasien diantar oleh anaknya ke Puskesmas Penfui.

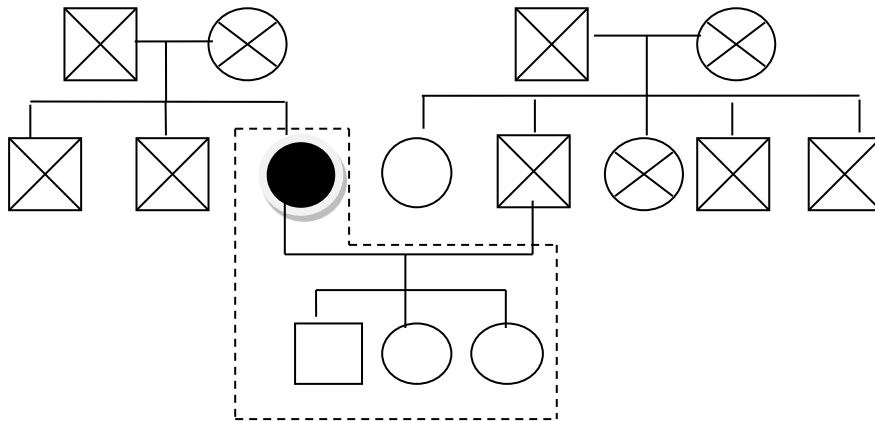
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

- Riwayat penyakit yang pernah diderita
 - **Ya** , Sebutkan : Pasien pernah menderita katarak pada tahun 2016, dan juga rematik sejak tahun 2014.
Cara Mengatasi : Pasien menjalani operasi katarak tahun 2016.
Penyakit rematik, pasien mengkonsumsi obat dari Puskesmas.
 - Tidak
- Riwayat Alergi
 - Ya , Jenis , Waktu
Cara Mengatasi :
 - **Tidak**
- Riwayat Operasi
 - **Ya** , Jenis : Operasi katarak, Waktu : Tahun 2016
 - Tidak






4. Kebiasaan

- Merokok
 - Ya ,Jumlah: , waktu
 - **Tidak**
- Minum alkohol
 - Ya , Jumlah: , waktu
 - **Tidak**
- Minum kopi : Ya, Lamanya : Sejak masih muda, pasien sudah biasa mengkonsumsi kopi, hingga sekarang.
 - **Ya** , Jumlah: 2 gelas/hari, waktu : Pagi dan sore
 - Tidak
- Minum obat-obatan
 - **Ya** , Jenis: Amlodipin dan Paracetamol, Jumlah: 20 tablet, waktu bulan Mei 2019
 - Tidak

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :



Keterangan:

	Laki – laki hidup		Pasien
	Wanita hidup	-----	Tinggal serumah
	Laki – laki meninggal	———	Garis keturunan
	Wanita meninggal		

Keterangan:

G1

- Kedua orang tua dari klien sudah lanjut usia (meninggal)
- Kedua orang tua dari suami klien sudah lanjut usia (meninggal)

G2

- Kakak dari klien sudah meninggal karena faktor usia
- Kakak dari suami klien masih hidup, suami klien bersama adik dari suami klien sudah meninggal, dikarenakan penyakit yang tidak diketahui oleh klien.

G3

- Klien mempunyai 1 orang anak laki – laki dan 2 orang anak perempuan, ketiganya tinggal serumah dengan klien.

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- | | | |
|-------------------------------|--------------|--------------|
| - Tekanan darah: 170/100 mmHg | - Nadi | : 76 x/menit |
| - Pernapasan : 18 x/menit | - Suhu badan | : 37 °C |

2. Kepala dan leher

- Kepala : Simetris
- Sakit kepala : Ya, Pusing : Ya
- ya tidak

- Bentuk , ukuran dan posisi:
 - normal** abnormal, jelaskan :
 - Lesi : ada, Jelaskan : **tidak ada**
 - Masa : ada, Jelaskan : **tidak ada**
 - Observasi Wajah : **simetris** asimetri, Jelaskan
.....
- Penglihatan : Penglihatan kabur
- Konjungtiva: Anemis
- Sklera: Ikterik
- Pakai kaca mata : Ya, Jelaskan :
- tidak**
- Penglihatan kabur : **Ya**, Jelaskan : Pasien mengatakan bahwa penglihatannya kabur tidak
- Nyeri : Tidak ada nyeri
- Peradangan : Tidak ada
- Operasi :
 - Jenis : Operasi katarak
 - Waktu: Tahun 2016
 - Tempat : Rumah sakit Kota Kupang

- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : Ya, Jelaskan :
 - tidak**
 - Nyeri : Ya, Jelaskan :
 - tidak**
 - Peradangan : Ya, Jelaskan :
 - tidak**

- Hidung
 - Alergi Rhinitus : Ya, Jelaskan :
 - tidak**
 - Riwayat Polip : Ya, Jelaskan :
 - tidak**
 - Sinusitis : Ya, Jelaskan :
 - tidak**
 - Epistaksis : Ya, Jelaskan :
 - tidak**

- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : Bersih
 - Caries : **Ya**, Jelaskan : Pada gigi pasien, rahang atas dan bawah terdapat caries tidak
 - Memakai gigi palsu : Ya, Jelaskan :
 - tidak**
 - Gangguan bicara : Ya, Jelaskan :
 - tidak**

- Gangguan menelan : Ya, Jelaskan :
tidak
- Pembesaran kelenjar leher : Ya, Jelaskan :
tidak

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : Ya, Jelaskan :
tidak
 - Inspeksi : Simetris antara dada kiri dan kanan
Kesadaran/ GCS : E4M6V5 Jumlah 15 = Composmentis
Bentuk dada : abnormal , Jelaskan :
normal
 - Bibir : sianosis **normal**
 - Kuku : sianosis **normal**
 - Capillary Refill : Abnormal **normal**
 - 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 pembesaran jantung
 - Auskultasi : BJ I : Abnormal **normal**
BJ II : Abnormal **normal**
- Murmur : Tidak terdengar bunyi murmur

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : Pasien mengatakan bahwa ia dapat bernapas dengan baik.
- Inspeksi : Lubang hidung simetris, antara lubang hidung kiri dan kanan
Jejas : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Bentuk Dada : Abnormal, Jelaskan :
Normal
- Jenis Pernapasan : Abnormal, (Dispnea, Kussmaul,)
tidak
- Irama Napas : **teratur** tidak teratur
- Retraksi otot pernapasan : Ya
tidak
- Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, Jelaskan
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 : Pasien mengatakan bahwa ia makan dengan baik, 3x sehari

b. Inspeksi :

- Turgor kulit : Abnormal, Jelaskan :

Normal

- Keadaan bibir : **lembab** kering

- Keadaan rongga mulut

Warna Mukosa : Merah muda

Luka/ perdarahan : Ya, Jelaskan

tidak

Tanda-tanda radang : Ya, Jelaskan

tidak

Keadaan gusi : Abnormal, Jelaskan

normal

- Keadaan abdomen

Warna kulit : Sawo matang

Luka : Ya, Jelaskan

tidak

Pembesaran : Abnormal, Jelaskan

normal

- Keadaan rektal

Luka : Ya, Jelaskan

tidak

Perdarahan : Ya, Jelaskan

tidak

Hemmoroid : Ya, Jelaskan

tidak

Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, Jelaskan.....

tidak

c. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : 12 x/menit

d. Perkusi : Cairan : Abnormal, Jelaskan

normal

Udara : Abnormal, Jelaskan

normal

Massa : Abnormal, Jelaskan

normal

e. Palpasi:

Tonus otot: Abnormal, Jelaskan

normal

Nyeri : Abnormal, Jelaskan

normal

Massa : Abnormal, Jelaskan

normal

6. Sistem Persyarafan

- a. Keluhan : Tidak ada
- b. Tingkat kesadaran: Sadar penuh (Composmentis), GCS (E/M/V): E4M6V5 Jumlah 15
- c. Pupil : **Isokor**
 anisokor
- d. Kejang : Abnormal, Jelaskan
normal
- e. Jenis kelumpuhan : Ya, Jelaskan
tidak
- f. Parasthesia : Ya, Jelaskan
tidak
- g. Koordinasi gerak : Abnormal, Jelaskan
normal
- h. Cranial Nerves : Abnormal, Jelaskan
normal
- i. Reflexes : Abnormal, Jelaskan
normal

7. Sistem Musculoskeletal

- a. Keluhan : Pasien mengatakan bahwa ia dapat bergerak dengan baik
- b. Kelainan Ekstremitas : ada, Jelaskan.....
tidak ada
- c. Nyeri otot : ada **tidak ada**
- d. Nyeri Sendi : **ada** tidak ada
- e. Refleksi sendi : abnormal, Jelaskan
normal
- f. kekuatan otot :
- g. Atropi hipertropi **normal**

5	5
5	5

8. Sistem Integumentari

- a. Rash : ada, Jelaskan..... **tidak ada**
- b. Lesi : ada, Jelaskan..... **tidak ada**
- c. Turgor : Elastis, Warna : Sawo matang
- d. Kelembaban : Abnormal, Jelaskan **normal**
- e. Petechie : ada, Jelaskan..... **Tidak ada**
- f. Lain lain: Tidak ada

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan : kencing menetes inkontinensia retensi
 gross hematuri disuria poliuri
 oliguri anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll) ya **tidak**
- c. Kandung kencing : membesar ya **tidak**

nyeri tekan ya **tidak**

d. Produksi urine :

e. Intake cairan : oral : 3000 cc/hr parenteral : Tidak ada

f. Bentuk alat kelamin : **Normal** Tidak normal,
sebutkan.....

g. Uretra : **Normal** Hipospadia/Epispadia

Lain-lain :

10. Sistem Endokrin

a. Keluhan : Tidak ada

b. Pembesaran Kelenjar : ada, Jelaskan.....
tidak ada

c. Lain – lain : Tidak ada

11. Sistem Reproduksi

a. Keluhan : Tidak ada

b. Wanita : Siklus menstruasi : Pasien sudah menopause

- Keadaan payudara : Normal
- Riwayat Persalinan : Tidak ada
- Abortus: Pasien tidak pernah mengalami abortus
- Pengeluaran pervagina: Normal
- Lain-lain: Tidak ada

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : Baik, makan pagi, siang dan malam.
 - Frekuensi makan : 3x sehari
 - Nafsu makan : Baik
 - Makanan pantangan : Daging dan ikan asin
 - Makanan yang disukai : Sayur dan buah pepaya
 - Banyaknya minuman dalam sehari : 3000 cc/hari
 - Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Tidak ada.
 - BB : 50 kg TB : 150 cm
 - Kenaikan/Penurunan BB: Tidak ada kenaikan atau penurunan BB pada pasien.
2. Perubahan selama sakit : Tidak ada perubahan. Pasien tetap makan dengan baik.

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : 4 – 5 x/hari, Warna : Kuning jernih

Bau : Pesing, Jumlah/ hari : \pm 1000 cc/hari
b. Perubahan selama sakit : Tidak ada perubahan selama sakit.

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : 1x sehari, Frekuensi dalam sehari : 1 kali
Warna : Kuning kecoklatan, Bau : Khas
Konsistensi : Lembek

b. Perubahan selama sakit : Tidak ada perubahan selama sakit.

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : Pasien mengatakan bahwa ia lebih suka berjalan di pagi hari.
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : Ya, setiap pagi pasien selalu berjalan di pagi hari.

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 01.00 wita
Bangun jam : 04.00 wita
- Tidur siang jam : 13.00 wita
Bangun jam : 14.00 wita
- Apakah mudah terbangun : Pasien mengatakan bahwa ia sangat mudah terbangun.
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : Pasien tidak mengetahuinya.

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : Anak – anak
2. Organisasi sosial yang diikuti : Arisan Tk, RT.
3. Keadaan rumah dan lingkungan : Kurang dari kebutuhan anggota keluarga, Bersih
Status rumah : Milik sendiri
Cukup / tidak : Tidak
Bising / tidak: Ya, Lalu lintas Udara
Banjir / tidak : Tidak ada
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Pasien mengatakan bahwa ia akan menceritakan pada anak – anaknya.
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : Pasien mengatakan bahwa ia akan mengumpulkan anggota keluarganya dan musyawarah untuk menyelesaikan masalah.
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : Pasien mengatakan bahwa hubungannya dengan anggota keluarga yang lain baik – baik saja, selalu harmonis.

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : sesuai Agama Khatolik

2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : Tidak ada

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : Pasien mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan penyakit yang di alaminya.
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : Pasien mengatakan bahwa jika ia tidak dapat berobat dengan baik, maka ia bisa meninggal.
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : Pasien mengatakan bahwa ia memiliki hubungan yang baik dengan lingkungannya. Pasien akan menyambut dengan baik, setiap petugas kesehatan yang ia temui.

Data Laboratorium & Diagnostik :

Pemeriksaan laboratorium tanggal 03 Mei 2019

No	Jenis test	Hasil	Nilai normal
1.	Ureum	23	10 – 50 mg/dL
2.	Creatinin	1.0	0.60 – 1.10 mg/dL
3.	Kolesterol	144	120 – 250 mg/dL
4.	Trigliserida	139	40 – 160 mg/dL
5.	HDL	43	35.3 – 79.5 mg/dL
6.	LDL	64	0.0 – 130.00 mg/dL

Keterangan:

- Hasil pemeriksaan Laboratorium dalam batas Normal.
- Tidak dilakukan pemeriksaan diagnostik.

Penatalaksanaan/pengobatan

- Tetapi awal Bulan Mei 2019:

Paracetamol 500 mg 1x1 dan Amlodipine 10 mg 1x1

Penfui, 15 Juli 2019

Mahasiswa

Widodo

PO.5303201181245

Lampiran 2

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik : Mengenal Hipertensi
Sasaran : Pasien dan Keluarga
Hari/Tgl : Rabu, 17 Juli 2019
Waktu : 30 menit

1. Tujuan Intruksional umum (TIU)

Setelah di lakukan penyuluhan selama 30 menit tentang hipertensi, pasien dan keluarga mampu mengetahui tentang hipertensi untuk mencegah komplikasi.

2. Tujuan Intruksional khusus (TIK)

Setelah mendapatkan penyuluhan, pasien dan keluarga dapat:

- Menyebutkan pengertian hipertensi
- Menyebutkan penyebab hipertensi
- Menyebutkan tanda dan gejala hipertensi
- Menyebutkan komplikasi hipertensi
- Menyebutkan cara pencegahan hipertensi
- Menyebutkan makanan yang harus di hindari

3. Materi

- Pengertian Hipertensi.
- Penyebab Hipertensi.
- Tanda dan gejala hipertensi
- Komplikasi Hipertensi.
- Cara pencegahan Hipertensi.
- Makanan yang harus di hindari

4. Metode

- a) Ceramah,
- b) Diskusi, dan tanya jawab

5. Media

- a) Leaflet

6. Kegiatan penyuluhan

No	Tahapan Kegiatan	Kegiatan Penyuluhan	Keluarga	Waktu
1.	Pembukaan	<ul style="list-style-type: none"> • Memberi salam • Perkenalan • Menjelaskan TIK • Menyebutkan topik penyuluhan 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjawab salam • Mendengarkan dan memperhatikan 	5 menit
2.	Pelaksanaan	<ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan apa yang peserta ketahui tentang pengertian hipertensi • Menjelaskan materi tentang : <ul style="list-style-type: none"> • Pengertian Hipertensi. • Penyebab Hipertensi. • Tanda dan gejala hipertensi • Komplikasi Hipertensi. • Cara pencegahan Hipertensi. • Makanan yang harus di hindari 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjawab pertanyaan penyuluh • Mendengar dan memperhatikan • Bertanya pada penyuluh bila ada yang belum jelas 	15 menit
3.	Penutup	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi • Menyimpulkan • Mengucapkan salam penutup 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjawab pertanyaan penyuluh • Memperhatikan • Menjawab salam 	5 menit

7. Evaluasi

1) Bentuk evaluasi : Lisan

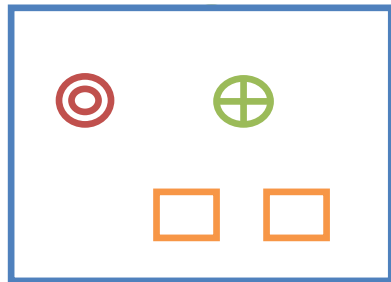
2) Metode evaluasi : Tanya jawab

8. Pengorganisasian

a. Pembimbing Akademik : Yustinus Rindu, S.Kep.,Ns.,M.Kep


b. Penyuluh : Widodo


9. Setting tempat



Keterangan:

 : Pembimbing

 : Penyuluh

 : Pasien dan Keluarga

Lampiran Materi

1. Pengertian

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah yang bersifat sistemik alias berlangsung terus menerus untuk jangka waktu lama.

2. Penyebab

- a) Mengonsumsi garam yang berlebihan
- b) Kebiasaan merokok dan minum alkohol
- c) Kurang berolahraga
- d) Kegemukan
- e) Stress

3. Tanda dan Gejala

Adapun tanda-tanda gejala pada hipertensi antara lain :

- a) Kepala pusing.
- b) Mudah lelah
- c) Sering marah – marah.
- d) Jantung berdebar -debar.
- e) Tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg.
- f) Gangguan penglihatan.
- g) Rasa berat ditengkuk.
- h) Susah tidur.
- i) Tegang pada tengkuk

4. Komplikasi

- a) Stroke
- b) Gagal ginjal
- c) Gagal jantung
- d) Gangguan penglihatan

5. Pencegahan

- a) Pertahankan berat badan yang ideal (cegah kegemukan).
- b) Batasi pemakaian garam sejak dini apabila diketahui ada faktor keturunan hipertensi dalam keluarga.
- c) Tidak merokok
- d) Hindari minum kopi dan minuman beralkohol

- e) Mempertahankan gizi (diet yang sehat seimbang dengan memperbanyak buah dan sayuran
 - f) Berolahraga 3 x seminggu dalam waktu 30 menit
 - g) Periksa tekanan darah secara teratur.
6. Makanan yang harus di hindari
- a) Ikan kering
 - b) Asinan
 - c) Rokok dan alkohol

7. Penanganan Hipertensi

- Diet rendah garam,
Intake garam yang berlebihan akan menyebabkan retensi air dan natrium di ginjal kemudian akan terjadi peningkatan volume plasma dan volume CES dengan demikian terjadi peningkatan Na^+ dan H_2O dalam dinding arteri sehingga reaktifitas pembuluh darah meningkat dan terjadi penyempitan lumen arteri. Hal ini akan menyebabkan CO meningkat dan tekanan darah pun meningkat.
- Rendah lemak.
- Batasi konsumsi alcohol dan kopi.
- Kurangi stress.
Stress akan menyebabkan beberapa mekanisme tubuh khususnya sistim saraf simpatik dan parasimpatik. Stress akan merangsang pusat vasomotor di medulla, rangsangan stress diteruskan melalui sistim saraf simpatik dan parasimpatik akan merangsang pelepasan norepineprin dan epineprin. Pelepasan norepineprin oleh serabut-serabut saraf postganglion menyebabkan vasokonstriksi yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah. Sedangkan epineprin juga mempunyai efek meningkatkan kekuatan kontraksi ventrikel sehingga CO meningkat dan akhirnya tekanan darah juga meningkat.
- Kurangi berat badan
- Minum obat secara teratur

- Latihan dan olahraga secara teratur, misalnya jogging atau lari pagi, bersepeda dan berenang, sedangkan latihan, seperti naik ring, angkat beban yang berat dihindari

8. Diet hipertensi

Makanan yang dianjurkan

a. Makanan yang rendah garam dan rendah lemak

b. Semangka

c. Melon

d. Sawi

e. Seldri

f. Mentimun

g. Bawang Putih

DAFTAR PUSTAKA

Wijaya S. Andra & Putri M. Yessie. 2013. Keperawatan Medikal Bedah 2.
Yogyakarta

Tim Dosen Keperawatan. 2015. Buku Panduan Keperawatan Medikal Bedah 3.
Kupang

CARA PENCEGAHAN HIPERTENSI

1. Pertahankan BB yang ideal (cegah kegemukan).
2. Batasi pemakaian garam apabila diketahui ada faktor keturunan hipertensi dalam keluarga.
3. Tidak merokok
4. Hindari minum kopi dan minuman beralkohol
5. Mempertahankan gizi (diet yang sehat seimbang dengan memperbanyak buah dan sayuran.
6. Berolahraga 3 x seminggu dalam waktu 30 menit
7. Periksa tekanan darah secara teratur.



YANG HARUS DIHINDARI

1. Ikan kering



2. Asinan



3. Rokok dan alkohol



YANG HARUS DIKONSUMSI !!!



MENGENAL HIPERTENSI



OLEH :

Widada
P.O. 3303201151243

**COLTERRIS KEMENKES KEDANE
JULUSAN KEDEAWATAN
2019**

Lampiran 3

PENGERTIAN

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah yang bersifat sistemik alias berlanasuna terus menerus untuk jangka waktu yang lama.

PENYEBAB

1. Mengonsumsi garam yang berlebihan
2. Kebiasaan merokok dan minum alkohol
3. Kurang berolahraga
4. Kegemukan
5. stress

TANDA DAN GEJALA



Adapun tanda dan gejala pada pasien dengan hipertensi yaitu:

1. Sakit kepala
2. Jantung berdebar-debar.
3. Mudah lelah.
4. Wajah kemerahan.
5. Penglihatan kabur.
6. Sulit bernapas/sesak napas.
7. Mual/muntah.
8. Leber terasa tegang.
9. Tekanan darah >140/90 mmHg.

KOMPLIKASI DARI HIPERTENSI

1. Stroke
2. Gagal ginjal
3. Gagal jantung
4. Gangguan penglihatan



Lampiran 4



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PRODI D-III KEPERAWATAN




• Direktorat: Jl. Piet A Tallo Liliba-Kupang, Telp (0380) 881880; 880880
Fax (0380) 85534188; email: poltekkeskupang@yahoo.com

PROSES BIMBINGAN LAPORAN STUDI KASUS

Nama mahasiswa : Widodo
 NIM : PO 5303201181245
 Nama pembimbing : Yustinus Rindu, S.Kep., Ns., M.Kep
 NIP : 196612311989011001
 Judul studi kasus : "Asuhan Keperawatan Pada Ny. E L. Dengan Hipertensi Grade III Di Puskesmas Penfui, Desa Penfui, Kecamatan Maulafa, Kota Kupang"

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Senin, 15 Juli 2019	Bimbingan arahan penulisan KTI 1. Judul 2. Isi Bab I 3. Latar Belakang 4. Rumusan Masalah 5. Tujuan Studi Kasus	
2.	Selasa, 16 Juli 2019	1. Konsultasi Bab I 2. Arahan Bab II a. Konsep Teori b. Konsep Asuhan Keperawatan	

3.	Rabu, 17 Juli 2019	1. Konsultasi Bab II 2. Arahan Bab III a. Hasil Studi Kasus b. pembahasan	
4.	Kamis, 18 Juli 2019	1. Konsultasi Bab III 2. Revisi Bab II 3. Arahan Bab IV a. Kesimpulan b. Saran	
5.	Kamis, 18 Juli 2019	1. Revisi Bab III 2. Konsultasi Bab IV	
6.	Jumat, 19 Juli 2019	1. Revisi Bab IV	
7.	Jumat, 19 Juli 2019	Konsultasi Lampiran	
8.	Senin, 22 Juli 2019	1. Konsultasi Revisi Bab I-IV 2. Acc Ujian Sidang	

9	25 Juli 2019	Revisi pasca sidang	
10	26 Juli 2019	ACC Jilid	