

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN TN P.L.K. DENGAN HIPERTENSI DI RUANG
KOMODO RSUD. PROF. DR. W.Z. JOHANES KUPANG**

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



**MIMING KUSNIAWATI RAHMAN
NIM. PO.5303201181219**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
REKOGNISI PEMBELAJARAN LAMPAU KEPERAWATAN KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES
KUPANG**

**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN TN P.L.K. DENGAN HIPERTENSI DI
RUANGAN KOMODO RSUD. PROF. DR. W.Z. JOHANES 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)**



**MIMING KUSNIAWATI RAHMAN
NIM. PO.5303201181219**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
REKOGNISI PEMBELAJARAN LAMPAU KEPERAWATAN KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES
KUPANG**

**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

**Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Miming Kusniawati Rahman, NIM.
PO.5303201181219 Asuhan Keperawatan Pada Tn P.L.K. Dengan Hipertensi Di
Ruang Komodo RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang
Diperiksa Dan Disetujui Untuk Diujikan.**

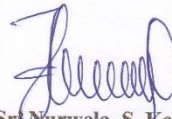
Disusun Oleh:



**Miming Kusniawati Rahman
NIM. PO.5303201181219**

**Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Di depan Dewan Penguji Prodi D-III
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada Tanggal 26 Juli 2019**

Pembimbing



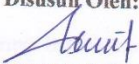
**Trifonia Sri Nurwela, S. Kep, Ns., M. Kes
NIP. 197710192001122001**

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN TN P.L.K. DENGAN
HIPERTENSI DI RUANGAN KOMODO RSUD. PROF. DR. W.Z. JOHANES
KUPANG

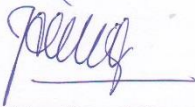
Disusun Oleh:


MIMING KUSNIAWATI RAHMAN
NIM. PO. 5303201181219

Telah Diuji Pada Tanggal 26 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I



Dr. Sabina Gero, S.Kp., MSc
NIP. 195608291985022001

Penguji II



Trifonia Sri Nurwela, S.Kep, Ns., M. Kes
NIP. 197710192001122001

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan




Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M. Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teli, S.Kep.Ns., MSc-PH
NIP. 197707272000032002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Miming Kusniawati Rahman

NIM : PO. 5303201181219

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Politektik Kesehatan Kemenkes Kupang

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

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat buktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 2019

Mimng Kusniawati Rahman
NIM. PO.5303201181219

Mengetahui

Dosen Pembimbing

Trifonia Sri Nurwela, S.Kep, Ns., M.Kes
NIP. 197710192001122001

BIODATA PENULIS

Nama : Miming Kusniawati Rahman
Tempat/Tanggal Lahi : Wamelai, 10 Juni 1984
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Asrama Tentara Birigf 21 Komodo Naibonat
Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SD N 1 Tampo tahun 1998
2. Tamat SMP Negeri 1 Tampo, Tahun 2001
3. Tamat SPK PEMDA MUNA tahun 2003
4. Sejak Tahun 2015 Kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang

MOTTO

**Jika Kamu Tidak Membangun Mimpimu, Seseorang Akan Mempekerjakanmu
Untuk Membangun Mimpinya.**

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Tn P.L.K Dengan Hipertensi Di Ruang Komodo, RSUD Prof Dr W.Z Johannes Kupang oleh Miming Kusniawati Rahman. NIM: PO.5303201181219. Pembimbing: Trifonia Sri Nurwela, S. Kep., Ns., M. Kes* Dr. Sabina Gero, S. Kp., MSc

Latar Belakang: hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah sistolikny ≥ 140 mmHg dan tekanan diastolik ≥ 90 mmHg. Pada populasi manula hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg. Riwayat penyakit hipertensi yang bersamaan dengan pola hidup yang tidak sehat seperti mengkonsumsi alkohol, garam yang berlebihan, kurang olahraga, kegemukan, dan stres, akan memperberat resiko komplikasi seperti infark miokardium, stroke, gagal ginjal, bahkan kematian.

Tujuan: penelitian ini untuk mengetahui penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi. Jenis penelitian kualitatif dengan desainnya adalah studi kasus.

Hasil penelitian: didapatkan diagnosa Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Implementasi yang dilakukan pada tiga diagnosa adalah memonitor tanda-tanda vital pasien, membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti makan, mandi, melatih pasien melakukan *Range Of Motion* (ROM).

Kesimpulan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari, didapatkan satu diagnosa teratasi yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, sedangkan dua diagnosa tidak teratasi, dan intervensi akan dilanjutkan oleh perawat ruangan dan keluarga.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan, Hipertensi, Ruang Komodo

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, yang telah memberikan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan studi kasus ini dengan judul Asuhan Keperawatan pada Tn P.L.K. dengan Hipertensi di ruang Komodo RSUD. PROF. DR. W.Z. Johanes Kupang

Penulis menyadari bahwa selama proses penulisan studi kasus ini, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada ibu Trifonia Sri Nurwela, S.Kep, Ns., M.Kes., selaku pembimbing dan penguji II yang sudah meluangkan waktu untuk membimbing dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta segala totalitas menyumbangkan ide-ide, dengan mengoreksi serta melengkapi karya tulis ilmiah ini. Ucapan terima kasih juga kepada ibu Dr. Sabina Gero, S.Kp., MSc, selaku penguji I yang telah memberikan masukan serta kritik yang membangun bagi kemajuan penulisan karya tulis ilmiah ini. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu R.H Kristina, SKM., M.Kes., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes., selaku ketua jurusan keperawatan kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
3. Seluruh staf dosen dan karyawan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu dalam menyelesaikan studi kasus ini.
4. Kedua orang tua tercinta serta suami dan anak dan adik kaka semua yang telah memberikan dukungan, semangat serta doa sehingga penulis dapat menyelesaikan studi kasus ini.

5. Teman-teman RPL terima kasih buat semua dukungan dan kekompakkannya. sempurna, maka saran dan kritik yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan studi kasus selanjutnya.

Kupang, Mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI

JUDUL	Halaman
Judul	
Lembar persetujuan.....	i
Lembar penegasan penguji.....	ii
Lembar pernyataan keaslian.....	iii
Biodata penulis	iv
Abstrak	v
kata Pengantar	vi
Daftar isi.....	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	2
1.3 Manfaat Studi Kasus	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	4
2.1 Konsep Hipertensi.....	4
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	10
2.2.1 Pengkajian	10
2.2.2 Diagnosa.....	16
2.2.3 Perencanaan.....	16
2.2.4 Pelaksanaan	19
2.2.5 Evaluasi	19
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	20
3.1 Hasil studi kasus.....	20
3.1.1 Pengkajian	21
3.1.2 Diagnosa.....	23
3.1.3 Intervensi.....	24

3.1.4 Implementasi	25
3.1.4 Evaluasi	26
3.2 Pembahasan.....	28
3.2.1 Pengkajian	29
3.2.2 Diagnosa.....	30
3.2.3 Intervensi.....	30
3.2.4 Implementasi	30
3.2.4 Evaluasi	31
BAB 4 PENUTUP	33
4.1 Kesimpulan	33
4.2 Saran.....	34
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. 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.

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.

Menurut *World Health Organization* (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. Dan menurut data Riskesdas tahun 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.

Data (Riskesdas 2013) menunjukan bahwa data prevalensi hipertensi provinsi Nusa Tenggara Timur yaitu berjumlah 20,3 %. Data (Riskesdas 2018) menunjukan 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 yang ditemukan di RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang ruang di Komodo dari bulan Januari sampai Maret 2019 sebanyak 20 orang.

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

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah dengan judul Asuhan Keperawatan pada Tn P.K dengan Hipertensi Di Ruang Komodo RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.2. Tujuan Studi Kasus

1.2.1. Tujuan Umum

Penulis mampu menerapkan asuhan keperawatan kompherensif pada Tn P.L.K dengan Hipertensi menggunakan pendekatan proses keperawatan

1.2.2. Tujuan Khusus

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pasien Tn P.L.K dengan Hipertensi di ruang Komodo RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang
2. Penulis mampu menegakan diagnosa keperawatan pasien Tn P.L.K dengan Hipertensi di ruang Komodo RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang
3. Penulis mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pasien Tn P.L.K dengan Hipertensi di ruang Komodo RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang
4. Penulis mampu melaksanakan implementasi pasien Tn P.L.K dengan Hipertensi di ruang Komodo RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang

5. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pasien Tn P.L.K dengan Hipertensi di ruang Komodo RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang
6. Penulis mampu melakukan dokumentasi pasien Tn P.L.K dengan Hipertensi di ruang Komodo RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang

1.3. Manfaat Penulisan

1.3.1. Bagi akademik

Sebagai bahan evaluasi sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan hipertensi

1.3.2. Bagi pembaca

Sebagai salah satu sumber atau literature dalam pengembangan bidang profesi keperawatan khususnya tentang hipertensi

1.3.3. Bagi penulis

1. Untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan pengalaman dalam pemebrian asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi
2. Menambah ketrampilan atau kemampuan penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Teori Hipertensi

2.1.1. Pengertian

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan diastolik ≥ 90 mmHg. Pada populasi manula hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg (Brunner & Suddart, 2015).

Hipertensi merupakan penyebab utama gagal jantung, stroke, dan gagal ginjal. disebut sebagai “pembunuh diam-diam” karena orang dengan hipertensi sering tidak menampakan gejala (Nurarif, 2015).

Berdasarkan definisi diatas maka disimpulkan bahwa hipertensi adalah peningkatan tekanan darah yang abnormal dengan sistolik lebih dari 140mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg. Pada usia, peningkatan tekanan sistolik diatas 160mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg.

2.1.2. Etiologi

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

1. Hipertensi essensial (hipertensi primer) yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya. Hipertensi primer terdapat pada lebih dari 90 % penderita hipertensi, sedangkan 10 % sisanya disebabkan oleh hipertensi sekunder. Meskipun hipertensi primer belum diketahui dengan pasti penyebabnya, data-data penelitian telah menemukan beberapa penelitian beberapa faktor yang sering menyebabkan terjadinya hipertensi. Faktor tersebut adalah sebagai berikut :
 - a) Faktor keturunan

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

b) Ciri perseorangan

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

c) Kebiasaan hidup

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

2. Hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang di sebabkan oleh penyakit lain

Penyebab dari hipertensi sekunder meliputi: koarktasio aorta, stenosis arteri renalis, penyakit parenkim ginjal, pamakaian preparat kontrasepsi oral, kokain, epoetin alfa dan hipertensi yang ditimbulkan oleh kehamilan.

2.1.3. Klasifikasi

Secara klinis derajat hipertensi dapat dikelompokkan sesuai dengan rekomendasi dari “The Sixth Report of The Join National Committee, Prevention, Detection and Treatment of High Blood Pressure “(JNC – VII, 2003) sebagai berikut:

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah

Klasifikasi tekanan darah orang dewasa 18 tahun keatas		
Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastole (mmHg)
Optimal	< 120	<80

Normal	120-129	80-84
Pre-hipertensi	130-139	85-89
Hipertensi		
Stadium 1 (ringan)	140-159	90-99
Stadium 2 (sedang)	160-179	100-109
Stadium 3 (berat)	180-209	110-119
Stadium 4 (sangat berat)	≥ 210	≥ 120

Sumber: Kemenkes RI (2017).

2.1.4. Patofisiologi

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

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi. Kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons

vasokonstriksi pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin 1 yang kemudian di ubah menjadi angiotensin II. Suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan keadaan hipertensi.

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 (Brunner & Suddarth, 2015).

2.1.5. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi:

1. Tidak ada gejala

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

2. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan, dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis. Beberapa keluhan yang tidak spesifik pada penderita hipertensi antara lain: Sakit kepala, Perasaan gelisa, Jantung berdebar-

debar, Pusing, Penglihatan kabur, Rasa sakit di dada, Leher terasa tegang, Mudah Lelah, dan Mual muntah (Nurarif, 2015).

2.1.6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium yang terdiri dari Hb/Ht: untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengidentifikasi factor-factor resiko seperti hipokoagulabilitas dan anemia. BUN/kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal. Glukosa: Hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin. Urinalisa: darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM. CT-Scan: mengkaji adanya tumor cerebral, encelopati. EKG: Dapat menunjukkan pola rengangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi. IUP: mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti: batu ginjal, perbaikan ginjal. Radiologi: menunjukkan destruksi kalsifikasi pada area katup, pembesaran jantung (Nurarif, 2015).

2.1.7. Komplikasi

Tekanan darah tinggi dalam waktu lama akan merusak pembuluh darah sehingga mempercepat terjadinya penyempitan dan pengerasan pembuluh darah arteri. komplikasi dari hipertensi termaksud rusaknya organ tubuh seperti jantung, mata, ginjal, otak, dan pembuluh darah besar. hipertensi adalah factor risiko utama untuk penyakit serebrovaskular (stroke, transient ischemic attack), penyakit arteri coroner (infark myocard, angina), gagal ginjal, demensia, dan atrial fibrilasi. Menurut studi Framingham, pasien dengan hipertensi mempunyai peningkatan risiko yang bermakna untuk

penyakit coroner, stroke, penyakit arteri perifer, dan gagal jantung (Kowalak, 2016).

2.1.8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan dengan:

1. Terapi non farmakologi

Pada saat seseorang ditegakkan diagnosanya hipertensi derajat satu, maka yang pertama dilakukan adalah mencari factor risiko apa yang ada. kemudian dilakukanlah upaya untuk menurunkan factor resiko yang ada. Dilakukan upaya untuk menurunkan factor risiko yang ada dengan memodifikasi gaya hidup, sehingga dapat dicapai tekanan darah yang diharapkan. Bila dalam waktu 1 (satu) bulan tidak tercapai tekanan darah normal, maka terapi obat diberikan. Bila hipertensi derajat dua maka intervensi obat diberikan bersamaan dengan memodifikasi gaya hidup.

2. Terapi farmakologi

Tatalaksanaan hipertensi dengan obat dilakukan bila dengan perubahan pola hidup tekanan darah belum mencapai target (masih \geq 140/90 mmHg) atau $>$ 130/80 mmHg pada diabetes atau gagal ginjal kronik. Pemilihan obat berdasarkan ada/tidaknya indikasi khusus. bila tidak ada indikasi khusus pilihan obat tergantung dari derajat hipertensi. Terdapat 9 kelas obat antihipertensi dan obat ini baik sendiri atau kombinasi, harus digunakan untuk mengobati pasien. kebanyakan pasien dengan hipertensi memerlukan dua atau lebih obat antihipertensi untuk mencapai target tekanan darah yang di inginkan. Penambahan obat kedua dari kelas yang berbeda dimulai apabila pemakaian obat dosis tunggal dengan dosis lazim gagal mencapai target tekanan darah. apabila tekanan darah melebihi 20/10 mmHg diatas target, dapat dipertimbangkan untuk memulai terapi dengan dua obat (Kemenkes, 2017).

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi

2.2.1. Pengkajian Keperawatan

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 ((Nursalam, 2001). 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 pasien
 - a. 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,
 - b. Umur dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko dalam menentukan dosis obat, skap yang belum matang, mental dan psikisnya belum siap;
 - c. Agama untuk memberikan motivasi dorongan moral sesuai dengan agama yang dianut;
 - d. Suku untuk mengetahui faktor bawaan atau ras serta pengaruh adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari;
 - e. Pendidikan perlu dinyatakan karena tingkat pendidikan berpengaruh pada tingkat pemahaman pengetahuan, sehingga perawat dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya;
 - f. Alamat untuk mengetahui tempat tinggal serta mempermudah pemantauan bila diperlukan melakukan kunjungan rumah;
 - g. 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 (Nurarif & Kusuma, 2015).
 - 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 (Haryanto & Rini, 2015).
 - 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 (Pikir dkk, 2015).
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 (Pikir dkk, 2015).

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 Meningkatkan pada arteri karotis, jugularis, pulsasi radialis; perbedaan denyut nadi atau tidak ada denyut nadi pada beberapa area seperti arteri popliteal, posterior tibia. (Udjianti, 2013).

b. Kepala, mata, hidung, telinga dan leher

- 1) Untuk kepala: dilakukan dengan metode inspeksi untuk mengetahui bentuk kepala, warna rabut, kebersihan kulit kepala, ketombe, kutu serta bekas luka, sedangkan palpasi untuk mengetahui adanya benak atau benjolan pada kepala;
- 2) 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)
- 3) Untuk hidung: melihat adanya polip dan kebersihan lobang hidung adanya skret atau tidan 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.

- 4) Untuk telinga: dilakukan inspeksi untuk mengetahui adanya serum dalam telinga dan paipasi dilakukan tes pendengangan dengan garputala seperti Tesi Rine, Weber dan Swebe dengan menggunakan Garputala.
- 5) Untuk mulut: dilakukan inspeksi untuk mengetahui kebersihan gigi dan gusi, karang gigi, keutuhan gigi dan penggunaan gigipalsu;
- 6) 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 tiroit jika ada, serta pengukuran vena jugularis, serta mengetahui adanya kaku kuduk atau tidak.

c. Dada: Biasanya dilakukan dengan menggunakan

- 1) Inspeksi untuk mengetahui bentuk dada lordosis, skoliosis, dan kiposis atau normal serta menilai keadaan kulit disekitarnya
- 2) 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.
- 3) Perkusi untuk membedakan bunyi perkusi pada jantung biasanya redup karena ruang terisi benda padat (jantung) ataukah bunyi nyaring karena perkusi pada ruangan kosong.
- 4) 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 pernafasan, terdengar suara napas tambahan (ronkhi 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 pembesar 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 musculoskeletal

Dilakukan inspeksi: untuk mengetahui adanya farices pada kedua tungkai bawah, adanya luka serta keseimbangan berjalan dan beraktivitas serta menilai kekuatan otot pada anggota gerak atas dan bawah biasanya dengan nilai

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).

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/kreatinin: Urinalisa: darah dan CT Scan.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan (NANDA 2012)

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, iskemia miokardia, hipertropi/irigiditas (kelakuan) ventrikulasi.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidak seimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen.
3. Nyeri akut, sakit kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler cerebral.
4. Perubahan pola tidur berhubungan dengan fisiologis (kerusakan neurologis).

2.2.3. Intervensi Keperawatan (NIC NOC 2016)

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

NOC: 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.

NIC:

- a. Pantau tekanan darah, ukur pada kedua tangan / paha evaluasi awal gunakan ukuran manset yang tepat dan teknik yang akurat.

Rasional: Perbandingan dari tekanan memberikan gambaran yang lebih lengkap tentang keterlibatan / bidang masalah vaskular.

- b. Catat perbedaan, kualitas denyutan sentral dan perifer.

Rasional: 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.

Rasional: S4 umum terdengar pada pasien hipertensi berat karena adanya hipertropi atrium (peningkatan volume/tekanan atrium). Perkembangan S3 menunjukkan hipertrofi ventrikel dan kerusakan fungsi.

- d. Amati warna kulit, kelembapan, suhu dan masa pengisapan kapiler.
dengan

Rasional: Adanya pucat, dingin, kulit lembab, dan masa pengisapan kapiler lambat mungkin berkaitan dengan vasokonstriksi atau mencerminkan dekomensasi / penurunan curah jantung.

- e. Catat adanya edema

Rasional: Dapat mengidentifikasi 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

Rasional: Mengurangi ketidaknyamanan dan dapat menurunkan rangsangan simpatis.

i. Anjurkan teknik relaksasi, panduan imajinasi, aktivitas penglihatan

Rasional: 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.

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

NIC:

a. Kaji respon pasien terhadap aktivitas, perhatikan frekuensi nadi lebih dari 20 kali per menit di atas frekuensi istirahat dengan

Rasional: 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 Rasional: mengurangi penggunaan energi. Juga membantu keseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen.
 - c. Instruksikan pasien tentang teknik pengamatan energi seperti Menggunakan kursi saat mandi, duduk saat menyisir rambut dan mengikat gigi melakukan aktivitas dengan perilaku dengan Rasional: mengurangi penggunaan energi. Juga membantu keseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen.
3. Nyeri akut, sakit kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler cerebral.

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

NIC:

- a. Mempertahankan tirah baring setelah fase akut Rasional: 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 Rasional: 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.

Rasional: untuk mengurangi sakit kepala

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

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

NIC:

- a. Berikan kesempatan untuk istirahat /tidur sejenak, anjurkan latihan saat siang hari, turunkan aktivitas mental/fisik pada sore hari dengan

Rasional: 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

Rasional: peningkatan kebingungan, disorientasi dan tingkah laku yang tidak kooperatif dapat mengganggu waktu tidur.

2.2.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan dari perencanaan intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Implementasi membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping Nursalam (2009).

2.2.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah sebagian yang direncanakan dan diperbandingkan yang sistematis pada status kesehatan klien. Dengan mengukur perkembangan klien dalam mencapai suatu tujuan. Evaluasi ini dilakukan dengan menggunakan

format evaluasi SOAP meliputi data subyektif, data obyektif, data analisa dan data perencanaan (Nursalam, 2009). Evaluasi berdasarkan NOC 2016

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Studi Kasus

3.1.1. Gambaran lokasi studi kasus

Ruangan Komodo yang diambil sebagai tempat penelitian merupakan ruang rawat inap kelas II laki, dengan jumlah perawat 19 orang, 1 tenaga administrasi, dan 1 tenaga cleaning service. Ruang Komodo memiliki 8 kamar yang masing-masing kamar terdiri dari 1 kamar untuk kepala ruangan, 1 kamar untuk ruang perawat, dan 6 kamar rawat inap untuk pasien dengan masing-masing kamar 4 tempat tidur.

3.1.2. Pengkajian

Pengkajian pada Tn. P.L.K dengan diagnosa medis Hipertensi, di Ruang Komodo RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang dilakukan pada Selasa, 15 Juli 2019 jam 05.35. Wita dengan keluhan utama lemas seluruh badan dan sesak nafas. Data pengkajian yang didapatkan adalah: Identitas: Tn. P.L.K Jenis kelamin laki-laki, Lahir tanggal 31 September 1936, berusia 82 tahun, NMR 034569, Alamat penfui timur, Pendidikan terakhir: SMA, Status: Menikah, Pekerjaan: Pensiun PNS.

Keluhan utama: Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 03 Juli 2019 pukul 11.30 WITA dan diterima melalui UGD dengan keluhan jatuh dikamar dan tidak sadarkan diri, keluarga pasien juga mengatakan pasien mengeluh leher terasa tegang tanggal 2 Juli 2019, dan saat pengkajian keluarga pasien mengatakan sesak nafas.

Riwayat penyakit sebelumnya, keluarga Tn P.L.K mengatakan sudah pernah masuk rumah sakit karena menderita stroke dan diabetes melitus. tidak ada riwayat alergi terhadap makanan, tidak pernah melakukan operasi, pasien

tidak merokok dan tidak minum alcohol. Saat ini pasien mendapat obat injeksi piracetam 3 mg/iv, captopril 3 mg/oral, ranitidin 25ml/iv.

Riwayat penyakit keluarga, pasien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit seperti yang pasien derita.

Pola kegiatan sehari-hari. Nutrisi: Saat ini pola makan pasien diatur dengan jadwal makan pagi jam 07.00, makan siang jam 12.00 dan makan malam jam 19.00, , pasien makan bubur saring melalui selang Nasogastrik

Eliminasi: Pasien terpasang kateter, berwarna kuning keruh, tidak ada perubahan sebelum dan saat sakit, untuk kebiasaan BAB keluarga pasien mengatakan 1x dalam sehari dengan konsistensi normal. olahraga/ aktivitas: pasien tidak melakukan aktivitas karena atau bekerja karena pasien mempunyai riwayat stroke dan sebelum sakit pasien biasanya menggunakan kursi roda. Keluarga mengatakan pasien tidak mengalami gangguan tidur.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan, TD: 140/100 mmHg, RR: 24x/menit, N: 106x/menit, S: 37⁰C. Kepala dan leher: Bentuk, ukuran dan posisi kepala normal, tidak ada lesi, tidak ada masa, sakit kepala, observasi wajah simetris, konjungtiva anemis, sklera putih, tidak menggunakan kacamata, penglihatan kabur, tidak ada nyeri pada mata saat dipalpasi, tidak pernah melakukan operasi pada mata, pasien mengalami gangguan pendengaran, tidak ada nyeri pada telinga saat dipalpasi, pasien tidak memiliki riwayat penyakit pada telinga diantaranya Rhinitis, Polip, Sinusitis dan Epitaksis, gigi tampak bersih, tidak ada karies gigi, pasien tidak menggunakan gigi palsu, pasien mengalami mengalami gangguan pada saat berbicara, tidak ada nyeri saat menelan, pasien terpasang NGT (Nasogastrik Tube), tidak ada pembesaran pada kelenjar leher. Kardiovaskuler: tidak ada keluhan nyeri di dada, bentuk dada normal, bibir normal, tidak sianosis, kuku normal tidak sianosis, capillary refill time lebih dari 3 detik, tidak terdapat udem pada kedua ekstremitas bawah, saat diauskultasi bunyi jantung 1 dan 2 lemah, tidak ada bunyi jantung tambahan S3 dan S4, tidak ada murmur.

Respiratori: Pasien tampak sesak napas dan terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, tidak ada jejas pada dada, irama napas cepat, tidak ada retraksi dinding dada, saat diperkusi tidak ada cairan, bunyi napas normal, terdengar ronchi dikedua lobus paru.

Pencernaan: Saat ditanya keluarga pasien mengatakan tidak ada keluhan, turgor kulit kembali cepat, keadaan bibir kering, tidak ada luka pada mulut, tidak ada tanda-tanda peradangan pada mulut, keadaan gusi normal, tidak ada luka pada abdomen, tidak ada pembesaran pada perut, tidak ada luka pada rektal, pasien tidak mengalami hemoroid ataupun perdarahan, bising usus 14x/menit, saat diperkusi tidak ada cairan, tidak ada udara dan tidak ada masa pada abdomen, tidak ada nyeri pada abdomen saat dipalpsi. Persarafan: Kesadaran somnolen, GCS E4V1M3= 8, pupil mengecil saat diberi cahaya, pasien tidak mengalami kejang, pasien mengalami kelumpuhan. Muskuloskeletal: keluarga pasien mengatakan aktifitas dibantu oleh keluarga, tidak ada kelainan pada ekstremitas atas maupun bawah hanya ekstremitas atas dan bawah sulit digerakan,kekuatan otot

3	3
2	2

Integumen: Turgor kulit baik, tidak ada petekie. Perkemihan: Saat ini pasien tidak mengalami gangguan pada sistem perkemihan seperti kencing menetes, inkontinensia, poliuria, anuria, oliguria. Pasien menggunakan kateter, kandung kencing tidak membesar, intake cairan 500 cc/hari, parenteral: terpasang infus Nacl 0,9% 500 cc dalam 24 jam 8 tpm.

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada tanggal 13 Juli 2019 jam 09:51 didapatkan hasil yaitu eosinofil 0,9% (H), monosit 0,85% (H), limfosit 19,3% (L), leukosit 10,76% (H), neutrofil 71,6% (H).

3.1.3. Diagnosa keperawatan

3.1.3.1. Analisa data

1. Risiko penurunan curah jantung b.d perubahan peningkatan afterload
Diagnosa ini ditegakan berdasarkan hasil pengkajian yang didapati yaitu:

DS: -

DO: Perubahan tekanan darah, TTV: TD: 140/100mmhg, Nadi: 90x/m, RR: 27x/m, S: 36°C, Napas cepat dan dangkal (takipnea), Akral dingin, menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter/menit.

2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.

Diagnosa ini ditegakan berdasarkan hasil pengkajian yaitu:

DS: -

DO: pasien tampak sesak, RR:27x/m, terpasang O2 3lp/nasal kanul, terdengar bunyi ronchi dikedua lobus paru.

3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Diagnosa ini ditegakan berdasarkan hasil pengkajian yaitu keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari, sebelum masuk rumah sakit, pasien hanya di kursi roda, pasien memiliki riwayat stroke.

DO: pasien tampak lemah, hanya berbaring, semua aktivitas dibantu oleh perawata dan keluarga, kekuatan otot pasien 3/2.

3.1.3.2. Diagnosa keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan yang diangkat pada pasien berdasarkan hasil pengumpulan data yaitu:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.

3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

3.1.4. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang direncanakan pada tanggal 15 Juli sampai 17 Juli 2018.

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload.

Goal: pasien akan meningkatkan curah jantung yang normal selama dalam perawatan

Objektif: dalam jangka waktu 1x30 menit tidak terjadi perubahan frekuensi jantung dengan kriteria hasil TTV dalam batas normal, curah jantung tetap adekuat.

Intervensi: pantau tekanan darah, catat perubahan saturasi O₂, auskultasi tonus jantung, amati warna kulit dan kelembapan, pertahankan pembatasan aktivitas, lakukan tindakan yang nyaman seperti pijat ringan pada punggung dan leher, kolaborasi pemberian obat antihipertensi.

2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.

Goal: pasien akan meningkatkan kebutuhan oksigen selama dalam perawatan

Objektif: dalam jangka waktu 1x30 menit oksigenasi pasien terpenuhi dengan kriteria hasil: sesak berkurang, suara paru normal, pola nafas normal, sekret berkurang.

Intervensi: monitor jalan napas, monitor TTV, kurangi aktivitas pasien, ajarkan teknik relaksasi napas dalam, lakukan tindakan fisioterapi dada, kolaborasi pemberian O₂.

3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Goal: pasien akan meningkatkan mobilitas yang baik selama dalam perawatan

Objektif: dalam jangka waktu 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: tidak terjadi kontraktur sendi, kekuatan otot bertambah.

Intervensi: monitor kekuatan otot, latih pasien melakukan ROM pasif, posisikan pasien senyaman mungkin, miringkan pasien setiap 2 jam, bantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL.

3.1.5. Implementasi keperawatan

Implementasi dilakukan mulai tanggal 16 Juli sampai 17 Mei 2019. Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik.

1. Implementasi hari pertama (16 Juli 2019 Jam 08.00 Wita)

Diagnosa keperawatan Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan peningkatan afterload, tindakan yang dilakukan: mengobservasi tekanan darah pasien, auskultasi bunyi jantung, mencatat perubahan saturasi O₂, melakukan injeksi kalnex 1 ampul/iv, piracetam 3ml/iv, captopril 25mg/oral.

Diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, tindakan yang dilakukan adalah: monitor jalan nafas, membatasi aktivitas pasien.

Diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, memonitor kekuatan otot, melatih pasien ROM pasif pada semua ekstremitas.

2. Implementasi hari kedua (17 Juli 2019 jam 09.00)

Diagnosa keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan frekuensi jantung. Tindakan yang dilakukan adalah: mengukur tanda-tanda vital, mengajarkan teknik relaksasi, melakukan injeksi ranitidin 1ampul/iv, piracetam 3ml/iv, ceftriaxon 1ampul/iv, captopril 25mg/oral.

Diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, tindakan yang dilakukan adalah: monitor jalan nafas, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, melakukan fisioterapi dada

Diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot tindakan yang dilakukan adalah: membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL, monitor kekuatan otot, memberikan posisi yang nyaman pada pasien, membantu memiringkan pasien setiap 2 jam

3. Implementasi hari ketiga (18 Juli 2019 jam 09.00)

Diagnosa keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, tindakan yang dilakukan adalah: mengukur tanda-tanda vital, mempertahankan pembatasan aktivitas pasien, melayani injeksi Piracetam 3ml/iv, Ranitidin 1 ampul/iv, ceftriaxon 1ampul/iv, captopril 25mg/oral.

Diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, tindakan yang dilakukan adalah: memonitor jalan nafas, mengajarkan teknik nafas dalam.

Diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan ketahanan tubuh, tindakan yang dilakukan mengkaji kekuatan otot, melatih ROM pasif pada ekstremitas, membantu pasien dalam pemenuhan, membantu merubah posisi pasien miring kiri miring kanan setiap dua jam, memberikan posisi yang nyaman pada pasien.

3.1.6. Evaluasi Keperawatan

1. Evaluasi hari pertama (Selasa, 16 Juli 2019 jam 13.40 Wita)

Diagnosa keperawatan Penurunan curah jantung berhubungan dengan frekuensi jantung, S:- O: TTV TD: 140/100 mmHg, N: 102x/menit, RR: 21x/menit, saat diauskultasi bunyi jantung normal, pasien masih

menggunakan oksigen nasal kanul 3 lpm, A: masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi yang tertahan, S: -, O: pasien masih tampak sesak, masih terpasang Oksigen nasal kanul 3lpm, masih terdengar bunyi ronchi di kedua lobus paru, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi

Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan ketahanan otot, S-, O: kekuatan otot 3/2, ADL pasien dibantu oleh keluarga seperti, A: masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan

2. Evaluasi hari kedua (Rabu, 17 Juli 2019 jam 13.40 Wita)

Diagnosa keperawatan Penurunan curah jantung berhubungan dengan frekuensi jantung, evaluasi yang didapatkan adalah: S: -, O: TTV: Td:120/90, N: 98x.m, S: 36⁰c, RR: 25x/m, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi

Diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan ketahanan sekret, S: -, O: pasien masih terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit, masih terdengar bunyi ronchi di kedua lobus paru, RR:25x/menit, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi

Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan ketahan otot, S: -, O: pasien hanya berbaring dan semua ADL dibantu keluarga dan perawat ruangan, kekuatan otot 3/2, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi

3. Evaluasi hari ketiga (kamis, 18 juli 2019 jam 14.00)

Diagnosa keperawatan Penurunan curah jantung berhubungan dengan frekuensi jantung, evaluasi yang didapatkan adalah: S: -, O: TTV: Td:120/80, N: 90x.m, S: 36⁰c, RR: 20x/m, bunyi jantung normal, A: masalah teratasi, P: intervensi di hentikan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan

Diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas berhubungan dengan ketahanan sekresi, evaluasi yang didapatkan, S:-, O: pasien tidak menggunakan oksigen, tidak sesak, RR:20x/m, A: masalah bersihan jalan nafas teratasi, P: intervensi dihentikan

Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan ketahanan otot, evaluasi yang didapatkan adalah S: keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa untuk beraktivitas, pasien hanya berbaring, O: pasien tampak lemah dan berbaring, kekuatan otot $\frac{3}{4}$, A: masalah belum teratasi, P: Intervensi dihentikan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

3.2. Pembahasan

Berdasarkan asuhan keperawatan pada Tn. A. N dengan Hipertensi yang dilaksanakan di ruang Komodo RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang selama 4 hari dari tanggal 15 sampai 18 Juli 2019, pada bab ini penulis membahas seluruh tahapan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

3.2.1. Pengkajian

Menurut Padila (2013). Tanda dan gejala pada hipertensi adalah: sakit kepala, perdarahan hidung, vertigo, mual muntah, perubahan penglihatan, kesemutan pada kaki dan tangan, sesak nafas, kejang atau koma, nyeri dada, kelelahan. Pada kasus nyata tidak ditemukan tanda dan gejala perdarahan hidung, vertigo, mual muntah, perubahan penglihatan, kesemutan pada kaki dan tangan, hal ini disebabkan karena penanganan awal hipertensi pada pasien telah dilakukan dengan baik, sehingga menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata

Dalam pengkajian difokuskan pada pemeriksaan keadaan umum dan pemeriksaan fisik pada sistem respirasi dan kardiovaskuler. Menurut teori

dalam Padila (2012) didapatkan data bahwa hasil pengkajian pada sistem pernapasan dan kardiovaskuler ditemukan dispnea saat beraktivitas, tidur sambil duduk atau dengan beberapa bantal, terdapat bunyi jantung tambahan S3 gallop, nadi perifer berkurang, perubahan warna kulit, dan terdapat udem. Pengkajian yang didapatkan pada kasus nyata tidak ditemukan data tersebut sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek. Pada kasus nyata pasien mengalami sesak nafas, dan memakai oksigen nasal kanul 3liter/menit. Sesak nafas pada pasien dapat disebabkan oleh adanya penumpukan sekret pada jalan nafas akibat tirah baring hal ini sesuai dengan teori Smeltzer & Bare (2002).

3.2.2. Diagnosa keperawatan

Menurut teori Nurarif & Padila (2015) ada 4 diagnosa keperawatan keperawatan yaitu: Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, iskemia miokardia, hipertropi/irgidity (kelakuan) ventrikulasi, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen, nyeri akut, sakit kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler cerebral, perubahan pola tidur berhubungan dengan fisiologis (kerusakan neurologis).

Pada kasus nyata hanya ditemukan 1 diagnosa keperawatan dalam teori yaitu risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload yang ditandai dengan tekanan darah pasien meningkat.

Pada kasus nyata tidak ditemukan masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, tetapi ditemukan masalah hambatan mobilitas fisik, hal ini didukung oleh faktor usia, dan Tn P.L.K sebelumnya pernah menderita penyakit stroke yang ditandai dengan semua aktivitas dibantu keluarga dan tergantung pada kursi roda. Diagnosa nyeri akut tidak ditemukan pada kasus nyata. Dalam teori Miller (2004), beberapa faktor yang dapat menghambat mobilitas fisik adalah berkurangnya kekuatan otot,

keterbatasan rentang gerak persendian. Maka menurut penulis ada kesenjangan antara teori dan praktik karena pasien sudah dirawat selama 12 hari dan sudah mendapat tindakan medis untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien. Diagnosa perubahan pola tidur berhubungan dengan tekanan psikologi, diagnosa ini tidak ditemukan pada kasus nyata ditandai dengan tidak ada gangguan pola tidur, tidak ada nyeri yang menyebabkan pasien terbangun, maka menurut penulis ada kesenjangan antara teori dan praktik.

3.2.3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang ditetapkan berdasarkan teori Taylor & Ralph (2003) dalam buku diagnosa keperawatan dengan rencana asuhan direncanakan tindakan untuk ke tiga diagnosa adalah:

Rencana tindakan untuk masalah keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload: 1) pantau TTV, catat perubahan saturasi oksigen dalam darah, 2) uskultasi tonus jantung, 3) amati warna kulit dan kelembapan, 4) pertahankan pembatasan aktivitas, 5) lakukan tindakan yang nyaman seperti pijat ringan pada punggung dan leher. Semua diagnosa dilakukan dengan didampingi keluarga pasien untuk mengatasi masalah yang dialami pasien.

Rencana tindakan untuk masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan ketahanan sekret: 1) monitor jalan napas, monitor TTV, 2) kurangi aktivitas pasien, 3) ajarkan teknik relaksasi napas dalam, 4) lakukan tindakan fisioterapi dada, 5) kolaborasi pemberian O₂.

Rencana tindakan untuk masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot: 1) monitor kekuatan otot, 2) latih pasien melakukan ROM pasif, 3) posisikan pasien nyaman mungkin, 4) miringkan pasien setiap 2 jam, 5) bantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL.

Pada kasus nyata intervensi yang disusun sesuai dengan teori Taylor & Ralph (2003), dengan demikian tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

3.2.4. Implementasi keperawatan

Menurut teori Nursalam (2009) implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi yang telah disusun.

Untuk diagnosa pertama penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload semua implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat diantaranya mengukur tanda-tanda vital pasien, auskultasi bunyi jantung, mencatat perubahan saturasi O₂, melakukan injeksi kalnex 1 ampul/iv, piracetam 3ml/iv, captopril 25mg/oral.

Diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, tindakan yang dilakukan adalah: monitor TTV, monitor jalan nafas, membatasi aktivitas pasien, mengajarkan teknik relaksasi, kolaborasi pemberian oksigen.

Diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, memonitor kekuatan otot, melatih pasien ROM pasif pada semua ekstremitas, membantu ADL pasien, memberikan posisi nyaman pada pasien, membantu pasien untuk miring kiri dan kanan setiap 2 jam. Implementasi yang dilakukan pada pasien sesuai dengan intervensi yang disusun berdasarkan teori Taylor dalam buku diagnosa keperawatan dengan rencana asuhan. Dengan demikian, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

3.2.5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah sebagian yang direncanakan dan diperbandingkan yang sistematis pada status kesehatan klien. Dengan mengukur perkembangan klien dalam mencapai suatu tujuan. Evaluasi ini dilakukan dengan

menggunakan format evaluasi SOAP meliputi data subyektif, data obyektif, data analisa dan data perencanaan (Nursalam, 2009). Evaluasi berdasarkan NOC 2016.

Diagnosa keperawatan Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, masalah teratasi dengan data yang didapatkan adalah: TTV: Td:120/80, N: 90x.m, S: 36⁰c, RR: 20x/m, bunyi jantung normal, Diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas berhubungan dengan ketahanan sekresi, masalah teratasi dengan data yang didapatkan, pasien tidak menggunakan oksigen, tidak sesak, RR:20x/m.

Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan ketahanan otot, masalah belum teratasi dengan data yang didapatkan adalah: keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa untuk beraktivitas, pasien hanya berbaring.

Keterbatasan Studi Kasus

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, banyak kendala yang penulis temui sehingga permasalahan ini mempengaruhi karya tulis ini. Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini membutuhkan waktu dan persiapan yang baik. Karena keterbatasan waktu sehingga penulis kurang mempersiapkan diri dengan baik. Selain keterbatasan waktu, penulis juga mengalami kesulitan dalam mencari sumber buku yang ingin digunakan, sehingga penulis merasa karya tulis ilmiah ini mempunyai keterbatasan dan masih jauh dari kesempurnaan dan masih membutuhkan perbaikan dalam penulisan hasil. Oleh karena itu penulis mengharapkan masukan dari berbagai pihak yang membangun guna menyempurnakan karya tulis ilmiah ini.

BAB 4

PENUTUP

4.1. Kesimpulan

Penerapan asuhan keperawatan pada pasien jantung koroner pada umumnya sama antara teori dan kasus. Hal ini dapat dibuktikan dalam penerapan teori pada kasus Tn. P.L.K yang menderita Hipertensi . Penerapan kasus ini dilakukan dengan menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn. P.L.K ditemukan adanya keluhan utama lemas seluruh badan dan sesak nafas. Klien masuk rumah sakit karena jatuh di kamar. Terdapat luka dipelipis kiri, konjungtiva anemi, saat diauskultasi terdengar bunyi ronchi pada kedua lobus paru, tingkat kesadaran somnolen GCS: E4V1M3 jumlah 8.

Diagnosa keperawatan yang diangkat adalah: Penurunan curah jantung berhubungan dengan frekuensi jantung, Bersihan alan nafas tidak efektif berhubungan dengan ketahanan sekret, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Rencana tindakan yang di lakukan untuk diagnosa keperawatan pada pasien adalah: Memonitor tekanan darah, Auskultasi bunyi jantung, diagnosa hambatan mobilitas fisik, tindakan yang direncanakan adalah, Monitor kekuatan otot, Bantu pemenuhan kebutuhan pasien, Lakukan latihan *Range Of Motion* (ROM) pasif pada semua ekstremitas.

Implementasi yang dilakukan untuk pasien Tn P.L.K dengan hipertensi adalah mengauskultasi bunyi jantung, Mengobservasi TTV, membatasi aktivitas, Monitor kekuatan otot, membantu pemenuhan kebutuhan sehari-hari pasien. Evaluasi yang dilakukan pada Tn. P.L.K untuk diagnosa Penurunan curah jantung berhubungan dengan frekuensi jantung teratasi, Diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas berhubungan dengan ketahanan sekresi teratasi, Diagnosa keperawatan

hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan ketahanan otot belum teratasi, Intervensi dihentikan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan dan keluarga.

4.2.Saran

4.2.1. Bagi Penulis

Dalam melaksanakan praktek diharapkan menguasai konsep dasar materi yang dibahas dan menyesuaikan dengan keadaan di lapangan praktek sehingga dapat memperkaya wawasan berpikir penulis tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi

4.2.2. Bagi Institusi

Diharapkan dapat memperbanyak fasilitas dalam proses pendidikan dan melengkapi perpustakaan dengan buku-buku keperawatan khususnya buku tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.

4.2.3. Bagi Rumah Sakit

Untuk pihak rumah sakit khususnya perawat, dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi diharapkan dapat melakukan setiap tindakan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan.

DAFTAR PUSTAKA

Brunner & Suddarth 2002. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Volume 2,
Jakarta: EGC

Hasil Riskesdas 2013 Kemeterian Kesehatan Republik Indonesia.

Kowalak, 2016. Buku Ajar Patofisiologi. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran: EGC.

Miller & Palenik, C. 2004. Asuhan Keperawatan Pada Klien Lanjut Usia. Jakarta:
salemba Medika

Nurarif, Amin H., Kusuma H. 2015. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan
Diagnosa Medis Dan Nanda Nic-Noc. Jilid 3. Jogjakarta : Mediaction.

Nursalam. 2009. Manajemen Keperawatan: Aplikasi dan Praktik Keperawatan
Jakarta: Salemba Medika

Padila 2013. Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam, Yogyakarta: Nuha Medika

Riskesdas 2018. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Pusat Data Informasi. Pdf

Smeltzer & Bare. 2002. Buku ajar Keperawatan Medikal Bedah, edisi 8 Volume 3.
Jakarta: EGC

Udjianti 2011. Keperawatan Kardiovaskuler, Jakarta: Salemba Medika

LAMPIRAN

Lampiran : Jadwal Kegiatan

Kegiatan	Bulan															
	1 2	1 5	1 6	1 7	1 8	1 9	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 9	3 0	3 1	0 1	0 2
Pembekalan	■															
Lapor diri di rumah sakit	■															
Pengambilan kasus		■														
Ujian praktek			■													
Perawatan kasus			■	■	■	■										
Penyusunan studi kasus dan konsultasi dengan pembimbing			■	■	■	■	■	■	■	■						
Ujian sidang										■						
Revisi hasil ujian sidang												■	■	■	■	
Pengumpulan studi kasus																■



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



Nama Mahasiswa : Miming Kusniawati Rahman

Nim : PO.5303201181219

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn P.L.K

Ruangan/Kamar : Ruangan Komodo

Diagnosa Medis : Hipertensi

No.Medikal Record : 034569

Tanggal Pengkajian : 15 Juli 2019 Jam : 17.35

Masuk Rumah Sakit : 03 Juli 2019 Jam : 19.00

Identitas Penanggung

Nama : Tn. Y.K Pekerjaan : PNS

Jenis Kelamin : Laki-Laki

Hubungan dengan Klien : anak kandung

Alamat : Penfui

Riwayat Kesehatan

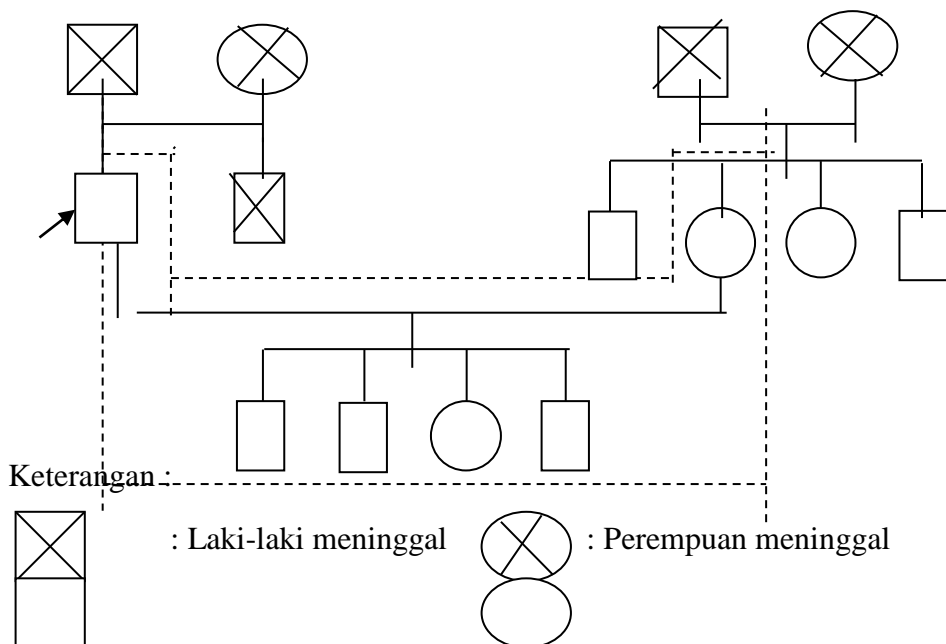
1. Keluhan Utama: Pasien mengeluh sesak nafas dan lemas seluruh badan
 - Kapan : sejak masuk rumah sakit
2. Riwayat Keluhan Utama
 - Mulai timbulnya keluhan : sejak masuk rumah skait pada tanggal 03 Juli 2019
 - Sifat keluhan : menetap

- Keluhan lain yang menyertai : pasien mengatakan tidak ada keluhan lain yang menyertai
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Pasien mengatakan ada riwayat stroke
 - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan: Pasien mengatakan jika merasa kesemutan langsung meluruskan kainya
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya
- Riwayat penyakit yang pernah diderita : Pasien mengatakan menderita penyakit stroke, diabetes melitus
 - Riwayat alergi : Tidak ada riwayat alergi.
 - Riwayat operasi: Pasien mengatakan tidak pernah melakukan operasi sebelumnya.
 - Kebiasaan merokok : Tidak pernah merokok.
 - Minum alkohol : Tidak pernah minum alkohol
 - Minum kopi : Tidak minum kopi
 - Minum obat-obatan :
Saat ini pasien mendapat obat IVFD NaCl 0,9% 20tpm, piracetam 3 mg/iv, captopril 3mg/oral, ranitidin 5ml/iv.

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.

Bagan 3.1 Genogram



: Laki-laki

: Perempuan



: Pasien

: Tinggal serumah

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

Tekanan darah: 140/90 mmHg, Nadi: 90x/menit

Pernapasan : 27x/menit, Suhu badan: 36,7⁰C

2. Kepala dan leher

- Kepala : -
- Sakit kepala : -

Bentuk , ukuran dan posisi:

normal abnormal, jelaskan :

Lesi : ada, Jelaskan : **tidak ada**

Masa : ada, Jelaskan : **tidak ada**

Observasi Wajah : **simetris** asimetri, Jelaskan

Penglihatan : kabur

Konjungtiva: Merah Muda

Sklera: putih

Pakai kaca mata : Ya, Jelaskan : **tidak**

Penglihatan kabur : Ya, Jelaskan : **tidak**

Nyeri : Tidak ada keluhan

Peradangan : Tidak ada keluhan

Operasi :

Jenis : Tidak ada

Waktu : Tidak ada

Tempat : Tidak ada

Pendengaran:

Gangguan pendengaran : Ya, Jelaskan : **tidak**

Nyeri : Ya, Jelaskan : **tidak**

Peradangan : Ya, Jelaskan : **tidak**

Hidung:

Alergi Rhinitis : 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 : **tidak**
Memakai gigi palsu : Ya, Jelaskan : **tidak**
Gangguan bicara : Ya, Jelaskan : **tidak**
Gangguan menelan : **Ya**, Jelaskan : tidak
Pembesaran kelenjar leher : Ya, Jelaskan : **tidak**

Sistem Kardiovaskuler:

- Nyeri Dada : Ya, Jelaskan : **tidak**
Inspeksi :
Kesadaran/ GCS : Somnolen E:4,V:4,M:4
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:
Auskultasi : BJ I : Abnormal **normal**
BJ II : Abnormal **normal**
Murmur : Tidak ada

Sistem Respirasi

- Keluhan : sesak nafas
Inspeksi :
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

Sistem Pencernaan:

Keluhan : Tidak ada keluhan

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**

Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : Normal 5-30x/menit

Perkusi : Cairan : Abnormal, Jelaskan **normal**

Udara : Abnormal, Jelaskan **normal**

Massa : Abnormal, Jelaskan **normal**

Palpasi:

Tonus otot: Abnormal, Jelaskan **normal**

Nyeri : Abnormal, Jelaskan **normal**

Massa : Abnormal, Jelaskan **normal**

Sistem Persyarafan:

Keluhan : Tidak ada keluhan

Tingkat kesadaran: Samnolen GCS (E4/M4/V4) jumlah 14.

Pupil : **Isokor** anisokor

Kejang : Abnormal, Jelaskan normal

Jenis kelumpuhan : Ya, Jelaskan **tidak**

Parasthesia : Ya, Jelaskan **tidak**

Koordinasi gerak : Abnormal, Jelaskan **normal**

Cranial Nerves : Abnormal, Jelaskan **normal**

Reflexes : Abnormal, Jelaskan **normal**

Sistem Musculoskeletal

Keluhan : Tidak ada keluhan

Kelainan Ekstremitas : ada, Jelaskan **tidak ada**

Nyeri otot : ada **tidak ada**

Nyeri Sendi : ada **tidak ada**

Refleksi sendi : abnormal, Jelaskan **normal**

kekuatan otot :

Atropi

hiperthropi normal

4	4
3	3

Sistem Integumen:

Rash : ada, Jelaskan tidak ada keluhan

tidak ada

Lesi : ada, Jelaskan **tidak ada**

Turgor : Baik Warna : Sawo matang

Kelembaban : Abnormal, Jelaskan **normal**

Petechie : ada, Jelaskan **Tidak ada**

Lain lain: Tidak ada

Sistem Perkemihan:

Gangguan : kencing menetes inkontinensia retensi
 gross hematuri disuria **poliuri**

oliguri anuri
Alat bantu (kateter, dll) **ya** **tidak**
Kandung kencing : membesar ya **tidak**
Nyeri tekan **ya** **tidak**
Produksi urine : 500cc/hari
Intake cairan : oral :. 1500 cc/hr
parenteral : 500cc
Bentuk alat kelamin : **Nomal** Tidak normal, sebutkan
Uretra : **Normal** Hipospadia/ Epispadia
Lain-lain : Tidak ada

Sistem Endokrin:

Keluhan : Tidak ada keluhan
Pembesaran Kelenjar : Tidak ada pembesaran kelenjar
Lain – lain : Tidak ada.

Sistem Reproduksi

Keluhan : Tidak ada
Wanita : Siklus menstruasi : Teratur setiap bulan
Keadaan payudara : Abnormal, Jelaskan **normal**
Riwayat Persalinan: Tidak ada
Abortus: Tidak ada
Pengeluaran pervagina: Abnormal, Jelaskan **normal**
Lain-lain: Tidak ada
Pria : Pembesaran prostat : ada **tidak ada**

Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL):

Nutrisi:

Pola makan : nafsu makan menurun
Frekuensi makan : 3x1/hari dengan porsi sedikit
Nafsu makan : menurun
Makanan pantangan : Pasien mengatakan tidak ada pantangan.
Makanan yang disukai : Semua makanan.
Banyaknya minuman dalam sehari : 1500ml/hari
Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Tidak ada
BB : 79 Kg TB : 168 Cm

Eliminasi:

- Buang air kecil (BAK)
Frekuensi dalam sehari : pasien terpasang kateter
Bau : Khas

Perubahan selama sakit : Tidak ada

- Buang air besar (BAB)

Kebiasaan : 1x/hari Frekuensi dalam sehari : 1x/hari

Warna : Kuning Bau : Khas

Konsistensi : Lembek

Perubahan selama sakit : Tidak ada

Olah raga dan Aktivitas:

Tidak ada aktivitas yang dilakukan pasien karena pasien bergantung pada kursi roda

Istirahat dan tidur:

Tidur malam jam : 22.00

Bangun jam : 04.00

Tidur siang jam : 13.00

Bangun jam : 15.00

Apakah mudah terbangun : Tidak ada

Apakah yang dapat menolong untuk tidur nyaman : Tidak ada

Pola Interaksi Sosial

Siapa orang yang penting/ terdekat : istri dan keluarga

Organisasi sosial yang diikuti : mengikuti persekutuan doa

Keadaan rumah dan lingkungan : Baik

Status rumah : Kontrakan

Cukup / tidak : Cukup

Bising / tidak: Tidak

Banjir / tidak : Tidak

Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Dibicarakan dengan istri

Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : Dibicarakan dengan baik

Bagaimana interaksi dalam keluarga : Baik dan harmonis

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

Ketaatan menjalankan ibadah : Sesuai dengan keyakinan

Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : persekutuan doa

Data Laboratorium & Diagnostik:

- Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				
			13-07-2019				
1	Leukosit	4,0-10,0	10,76				
2	Eusinofil	1,0 – 5,0	0,9				
3	Neutrofil	50-70	71,6				
4	Limfosit	20-40	19,3				
5	Monosit	0,00-0,70	0,85				

Diagnostik Test:

Foto Rontgen

Foto gigi dan mulut : Tidak dilakukan pemeriksaan

Foto oesophagus, lambung, dan usus halus : Tidak dilakukan

Cholescystogram : Tidak dilakukan

Foto colon : Tidak dilakukan

Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi : Tidak dilakukan pemeriksaan

Biopsy : Tidak dilakukan

Colonoscopy : Tidak dilakukan

DII :

Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain) Pembedahan: Tidak dilakukan