

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D.A DENGAN
HIPERTENSI DI PUSKESMAS NAPAN KECAMATAN BIKOMI UTARA”**



OLEH

GODELIVA PRISKA BANO
NIM : PO.5303201191211

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
2020**

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D.A DENGAN
HIPERTENSI DI PUSKESMAS NAPAN KECAMATAN BIKOMI UTARA”**

**Karya Tulis Ilmiah ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
dan mendapatkan Gelar Ahli Madya Keperawatan melalui
Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)**



OLEH

GODELIVA PRISKA BANO
NIM : PO.5303201191211

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

2020

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Godeliva Priska Bano,
NIM : PO.5303201191211 dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. D.A
Dengan Hipertensi Di Puskesmas Napan Kecamatan Bikomi Utara”
telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

Disusun Oleh



Godeliva Priska Bano
NIM : PO.5303201191211

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji D III Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada Tanggal 11 Agustus 2020

Pembimbing



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

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D.A DENGAN
HIPERTENSI DI PUSKESMAS NAPAN KECAMATAN BIKOMI UTARA”**

Disusun Oleh



Godeliva Priska Bano
NIM : PO.5303201191211

Telah Diuji Pada Tanggal 12 Agustus 2020

Dewan Penguji

Penguji I



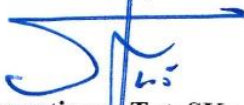
Rohana Mochsen, SKp.,M.Kes
NIP. 195704161980102001

Penguji II



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

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp.,M.Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan



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

PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Godeliva Priska Bano
NIM : PO.5303201191211
Program Studi : D III Keperawatan
Institusi : Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

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

Kupang, 12 Agustus 2020
Pembuat Pernyataan



Godeliva Priska Bano
NIM : PO.5303201191211

Mengetahui :
Pembimbing



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

BIODATA PENULIS



I. IDENTITAS

Nama Lengkap : Godeliva Priska Bano
Tempat/Tanggal Lahir : Kefamenanu, 07 Juli 1992
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katholik
Suku/Kebangsaan : Dawan/Indonesia
Alamat : Benpasi B, Kabupaten TTU
No. Telp/HP : 085238331317

II. PENDIDIKAN

1. Sekolah Dasar Katholik Leob Tahun 1998-2004
2. SMPK Hati Tersuci Maria Halilulik Tahun 2004-2007
3. SPK St.Elisabeth Lela-Maumere Tahun 2007-2010
4. Sejak Tahun 2019 Kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Kupang

MOTTO

“Kesuksesan adalah buah dari usaha-usaha kecil yang diulangi hari demi hari”

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tugas akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Ny. D.A Dengan Hipertensi Di Puskesmas Napan Kecamatan Bikomi Utara. Penyusunan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

Dalam penyusunan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menyadari masih banyak kesulitan dan hambatan, tetapi berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak penyusunan tugas akhir ini dapat diselesaikan.

Untuk itu penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penulisan dan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini, baik secara langsung maupun tidak langsung. Pihak-pihak tersebut antara lain :

1. Dr. R. H. Kristina, SKM.,M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Ujian Akhir Program,
2. Dr. Florentianus Tat, SKp.,M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kupang yang telah mendukung dan membimbing penulis selama menjalani pendidikan di Jurusan Keperawatan,
3. Ibu Margaretha Teli, S.Kep,Ns.,MSc-PH, selaku Ketua Prodi D III Keperawatan dan dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini,
4. Ibu Rohana Mochsen, SKp.,M.Kes, selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan kepada penulis,
5. Bapak Ibu Dosen serta karyawan Prodi D III Keperawatan Poltekkes Kupang yang telah membimbing, mengarahkan, serta memfasilitasi penulis selama mengikuti pendidikan baik di kampus maupun di lahan praktek,
6. Ibu Elisabeth Bano Bara, selaku Kepala Puskesmas Napan dan Pembimbing Klinik/CI yang telah memberikan ijin dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus,

7. Seluruh staf Puskesmas Napan, yang telah membantu penulis selama mengikuti Ujian Akhir Program di Puskesmas Napan untuk penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini,
8. Orang Tua tercinta Bapak Fransiskus Bano dan Mama Bernadetha Fretis, yang selalu mendoakan dan mengajarkan banyak hal kepada penulis dengan penuh cinta kasih,
9. Suami dan anak tercinta, yang telah memberikan dukungan motivasi dan doa restu selama penulis mengikuti pendidikan,
10. Teman-teman Angkatan III Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL), yang selalu memberikan saran, dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini,
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah memberikan dukungan doa dan motivasi dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Kupang, 12 Agustus 2020

Penulis,

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Ny. D.A Dengan Hipertensi Di Puskesmas Napan
Kecamatan Bikomi Utara.

Oleh :

Godeliva Priska Bano

Hipertensi disebut sebagai “*the silent killer*” karena sering tanpa keluhan, sehingga penderita tidak mengetahui dirinya menyandang hipertensi dan baru diketahui setelah terjadi komplikasi. Kerusakan organ target akibat komplikasi hipertensi akan tergantung kepada besarnya peningkatan tekanan darah dan lamanya kondisi tekanan darah yang tidak terdiagnosis dan tidak diobati.

Tujuan studi kasus ini untuk menerapkan bagaimana asuhan keperawatan pada penderita hipertensi. Metode penelitian menggunakan studi kasus yang dilakukan dengan observasi. Waktu pengambilan kasus dilakukan pada tanggal 28 Juli 2020 sampai dengan tanggal 30 Juli 2020 bertempat di Puskesmas Napan.

Hasil studi kasus pada Ny. D.A dengan pengkajian keluhan utama adalah pusing dan tengkuk tegang saat beraktivitas. Diagnosa keperawatan utama yang dirumuskan pada Ny. D.A yaitu nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral. Intervensi keperawatan yang ditetapkan yaitu mengajarkan manajemen nyeri. Pada implementasi keperawatan mengajarkan manajemen nyeri dengan hasil yang didapatkan adalah nyeri yang dirasakan berkurang dari lima menjadi dua. Evaluasi dari tindakan yang dilakukan menggunakan metode *Subjektif, Objektif, Assessment* dan *Planning* (SOAP), dan masalah nyeri akut pada Ny. D.A sudah teratasi.

Kata kunci : Hipertensi, Asuhan Keperawatan, Puskesmas

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Halaman Judul	i
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Pernyataan Keaslian Penulisan	iv
Biodata Penulis	v
Kata Pengantar	vi
Abstrak	viii
Daftar Isi	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	2
1.3 Manfaat Studi Kasus	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	4
2.1 Konsep Teori Hipertensi	4
2.1.1 Pengertian Hipertensi	4
2.1.2 Etiologi Hipertensi	4
2.1.3 Patofisiologi Hipertensi	6
2.1.4 Pathway	8
2.1.5 Tanda dan Gejala Hipertensi	9
2.1.6 Klasifikasi Hipertensi	10
2.1.7 Komplikasi Hipertensi	11
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang	11
2.1.9 Penatalaksanaan Hipertensi	12
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	13
2.2.1 Pengkajian	13
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	16
2.2.3 Intervensi Keperawatan	17

2.2.4 Implementasi Keperawatan	25
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	25
BAB III HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	26
3.1 Hasil Studi Kasus	26
3.1.1 Pengkajian	26
3.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	29
3.1.3 Intervensi Keperawatan.....	30
3.1.4 Implementasi Keperawatan	31
3.1.5 Evaluasi Keperawatan	33
3.2 Pembahasan.....	34
3.2.1 Pengkajian	34
3.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	35
3.2.3 Intervensi Keperawatan.....	36
3.2.4 Implementasi Keperawatan	37
3.2.5 Evaluasi Keperawatan	38
3.3 Keterbatasan Studi Kasus.....	38
BAB IV PENUTUP	39
4.1 Kesimpulan.....	39
4.2 Saran.....	39
Daftar Pustaka.....	41
Lampiran	42

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Hipertensi merupakan salah satu penyakit kardiovaskuler yang paling umum dan paling banyak disandang masyarakat. Hipertensi sekarang jadi masalah utama kita semua, tidak hanya di Indonesia tapi di dunia, karena hipertensi merupakan salah satu pintu masuk atau faktor risiko penyakit seperti jantung, gagal ginjal, diabetes dan stroke (Kemenkes RI, 2019).

Hipertensi disebut sebagai “*the silent killer*” karena sering tanpa keluhan, sehingga penderita tidak mengetahui dirinya menyandang hipertensi dan baru diketahui setelah terjadi komplikasi. Kerusakan organ target akibat komplikasi hipertensi akan tergantung kepada besarnya peningkatan tekanan darah dan lamanya kondisi tekanan darah yang tidak terdiagnosis dan tidak diobati.

Hipertensi adalah suatu keadaan ketekanan darah di pembuluh darah yang meningkat secara kronis. Hal tersebut dapat terjadi karena jantung bekerja lebih keras memompakan darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen tubuh. Jika dibiarkan, penyakit ini dapat mengganggu fungsi organ-organ lain, terutama organ-organ vital, serta jantung dan ginjal.

Menurut data WHO tahun 2015 menunjukkan sekitar 1,13 miliar orang di dunia menyandang hipertensi, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis hipertensi. Jumlah penyandang hipertensi terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan pada tahun 2025 akan ada 1,5 miliar orang yang terkena hipertensi, dan diperkirakan setiap tahunnya 9,4 juta orang meninggal akibat hipertensi dan komplikasinya.

Berdasarkan Riskesdas 2018 prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran pada penduduk usia ≥ 18 tahun sebesar 34,1%, tertinggi di Kalimantan Selatan (44,1%), sedangkan terendah di Papua sebesar (22,2%). Hipertensi terjadi pada kelompok umur 31-44 tahun (31,6%), umur 45-54 tahun (45,3%), umur 55-64 tahun (55,2%). Dari prevalensi hipertensi sebesar 34,1% diketahui bahwa sebesar 8,8% terdiagnosis hipertensi dan 13,3% orang yang terdiagnosis hipertensi tidak minum obat serta 32,3% tidak rutin minum obat. Hal

ini menunjukkan bahwa sebagian besar penderita hipertensi tidak mengetahui bahwa dirinya hipertensi sehingga tidak mendapatkan pengobatan (Riskesdas, 2018).

Masalah yang mungkin muncul pada pasien dengan hipertensi yaitu tidak memahami kondisi yang dialaminya dan komplikasi yang mungkin muncul akibat kondisinya, tidak ada keluhan sehingga menganggap tidak ada masalah, ketidakpatuhan minum obat dan dukungan keluarga yang kurang sehingga peran perawat sebagai pendidik membantu klien mengenal kesehatan dan prosedur asuhan keperawatan yang perlu mereka lakukan guna memulihkan atau memelihara kesehatan tersebut agar tidak terjadi penyakit lainnya (Kozier, 2010). Peran perawat memberikan informasi yang benar tentang hipertensi dan menganjurkan untuk diet garam serta memberikan informasi tentang pencegahannya dan dapat meningkatkan pengetahuan penderita hipertensi untuk melaksanakan pola hidup sehat dan mencegah terjadinya penyakit lain/komplikasi. Jika penyakit hipertensi tidak di tanggulangi maka akan menyebabkan timbulnya penyakit lain seperti penyakit gagal jantung, jantung coroner, resiko stroke dan menyebabkan kerusakan ginjal (Nanda, 2016).

Hipertensi dapat dicegah dengan mengendalikan perilaku berisiko seperti merokok, diet yang tidak sehat, seperti kurang konsumsi sayur dan buah serta konsumsi gula, garam dan lemak berlebih, obesitas, kurang aktifitas fisik, konsumsi alcohol berlebihan dan stress. Hari hipertensi dunia yang digelar setiap 17 Mei ini bertujuan meningkatkan pemahaman dan kesadaran masyarakat bahwa hipertensi dapat dicegah dan diobati. Upaya yang telah dilakukan dalam pencegahan dan pengendalian hipertensi diantaranya adalah meningkatkan promosi kesehatan melalui KIE dalam pengendalian hipertensi dengan perilaku CERDIK dan PATUH, meningkatkan pencegahan dan pengendalian hipertensi berbasis masyarakat dengan *Self Awareness* melalui pengukuran tekanan darah secara rutin, penguatan pelayanan kesehatan khususnya hipertensi.

1.2 Tujuan Studi Kasus

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu menerapkan kerangka berpikir ilmiah dalam melakukan asuhan keperawatan pada Ny. D.A dengan Hipertensi di Puskesmas Napan.

1.2.2 Tujuan Khusus

Mahasiswa mampu :

1. Melakukan pengkajian pada Ny. D.A dengan Hipertensi di Puskesmas Napan
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. D.A dengan Hipertensi di Puskesmas Napan
3. Menetapkan intervensi keperawatan pada Ny. D.A dengan Hipertensi di Puskesmas Napan
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. D.A dengan Hipertensi di Puskesmas Napan
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. D.A dengan Hipertensi di Puskesmas Napan.

1.3 Manfaat Studi Kasus

1.3.1 Bagi Mahasiswa

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

1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan

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

1.3.3 Bagi Puskesmas

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

1.3.4 Bagi Masyarakat

Diharapkan dapat menambah wawasan bagi masyarakat bahwa pengetahuan tentang hipertensi sangat dibutuhkan agar anggota keluarga terhindar dari penyakit hipertensi serta memiliki motivasi yang kuat untuk hidup sehat dan terhindar dari hipertensi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Hipertensi

2.1.1 Pengertian Hipertensi

Hipertensi adalah suatu keadaan ketika seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal atau peningkatan abnormal secara terus menerus lebih dari suatu periode, dengan tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg. (Aspiani, 2014)

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri yang mengangkut darah dari jantung dan

memompa ke seluruh jaringan dan organ-organ tubuh secara terus-menerus lebih dari suatu periode. (Irianto, 2014)

Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi adalah suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terganggu sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya. (Vitahealth, 2010)

2.1.2 Etiologi Hipertensi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi terbagi menjadi dua golongan menurut (Aspiani, 2014) :

1. Hipertensi primer atau hipertensi esensial

Hipertensi primer atau hipertensi esensial disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. Faktor yang mempengaruhi yaitu:

a. Genetik

Individu yang mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi, berisiko tinggi untuk mendapatkan penyakit ini. Faktor genetika tidak dapat dikendalikan, jika memiliki riwayat keluarga yang memiliki tekanan darah tinggi.

b. Jenis kelamin dan usia

Laki-laki berusia 35-50 tahun dan wanita menopause berisiko tinggi untuk mengalami hipertensi. Jika usia bertambah maka tekanan darah meningkat, faktor ini tidak dapat dikendalikan serta jenis kelamin laki-laki lebih tinggi dari pada perempuan.

c. Diet

Konsumsi diet tinggi garam secara langsung berhubungan dengan berkembangnya hipertensi. Faktor ini bisa dikendalikan oleh penderita dengan mengurangi konsumsinya, jika garam yang dikonsumsi berlebihan, ginjal yang bertugas untuk mengolah garam akan menahan cairan lebih banyak dari pada yang seharusnya di dalam tubuh. Banyaknya cairan yang tertahan menyebabkan peningkatan pada volume darah. Beban ekstra yang dibawa oleh pembuluh darah inilah yang menyebabkan pembuluh darah

bekerja ekstrahard yang menyebabkan peningkatan tekanan darah di dalam dinding pembuluh darah dan menyebabkan tekanan darah meningkat.

d. Berat badan

Faktor ini dapat dikendalikan dengan menjaga berat badan dalam keadaan normal atau ideal. Obesitas (>25% di atas BB ideal) dikaitkan dengan berkembangnya peningkatan tekanan darah atau hipertensi.

e. Gaya hidup

Faktor ini dapat dikendalikan dengan pola hidup sehat, seperti menghindari faktor pemicu hipertensi yaitu merokok, dengan merokok berkaitan dengan jumlah rokok yang dihisap dalam waktu sehari dan dapat menghabiskan berapa pun tung rokok dan lama merokok berpengaruh dengan tekanan darah pasien. Konsumsi alkohol yang sering, atau berlebihan dan terus menerus dapat meningkatkan tekanan darah pasien sebaiknya jika memiliki tekanan darah tinggi pasien diminta untuk menghindari alkohol agar tekanan darah pasien dalam batas stabil danelihara gaya hidup sehat penting agar terhindar dari komplikasi yang bisa terjadi.

2. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder terjadi akibat penyebab yang jelas. Salah satu contoh hipertensi sekunder adalah hipertensi vaskular renin, yang terjadi akibat stenosis arteri renalis. Kelainan ini dapat bersifat kongenital atau akibat aterosklerosis. Stenosis arteri renalis menurunkan aliran darah ke ginjal sehingga terjadi pengaktifan baroreseptor ginjal, perangsangan pelepasan renin, dan pembentukan angiotensin II. Angiotensin II secara langsung meningkatkan tekanan darah dan secara tidak langsung meningkatkan sintesis aldosteron dan reabsorpsi natrium. Apabila dapat dilakukan perbaikan pada stenosis, atau apabila ginjal yang terkena diangkat, tekanan darah akan kembali ke normal (Aspiani, 2014).

2.1.3 Patofisiologi Hipertensi

Tekanan arteri sistemik adalah hasil dari perkalian cardiac output (curah jantung) dengan total tahanan perifer. Cardiac output (curah jantung) diperoleh dari perkalian antara stroke volume dengan heart rate (denyut jantung). Pengaturan tahanan perifer dipertahankan oleh sistem saraf otonom dan sirkulasi hormon. Empat sistem kontrol yang berperan dalam mempertahankan tekanan darah antara lain sistem baroreseptor arteri, pengaturan volume cairan tubuh, sistem renin-angiotensin dan autoregulasi vaskular (Udjianti, 2010).

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di vasomotor, pada medula otak. Pusat vasomotor ini bermula pada saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke dorsal spinalis dan keluar dari kolomna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor di hantar ke dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Titik neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf kaganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah (Padila, 2013).

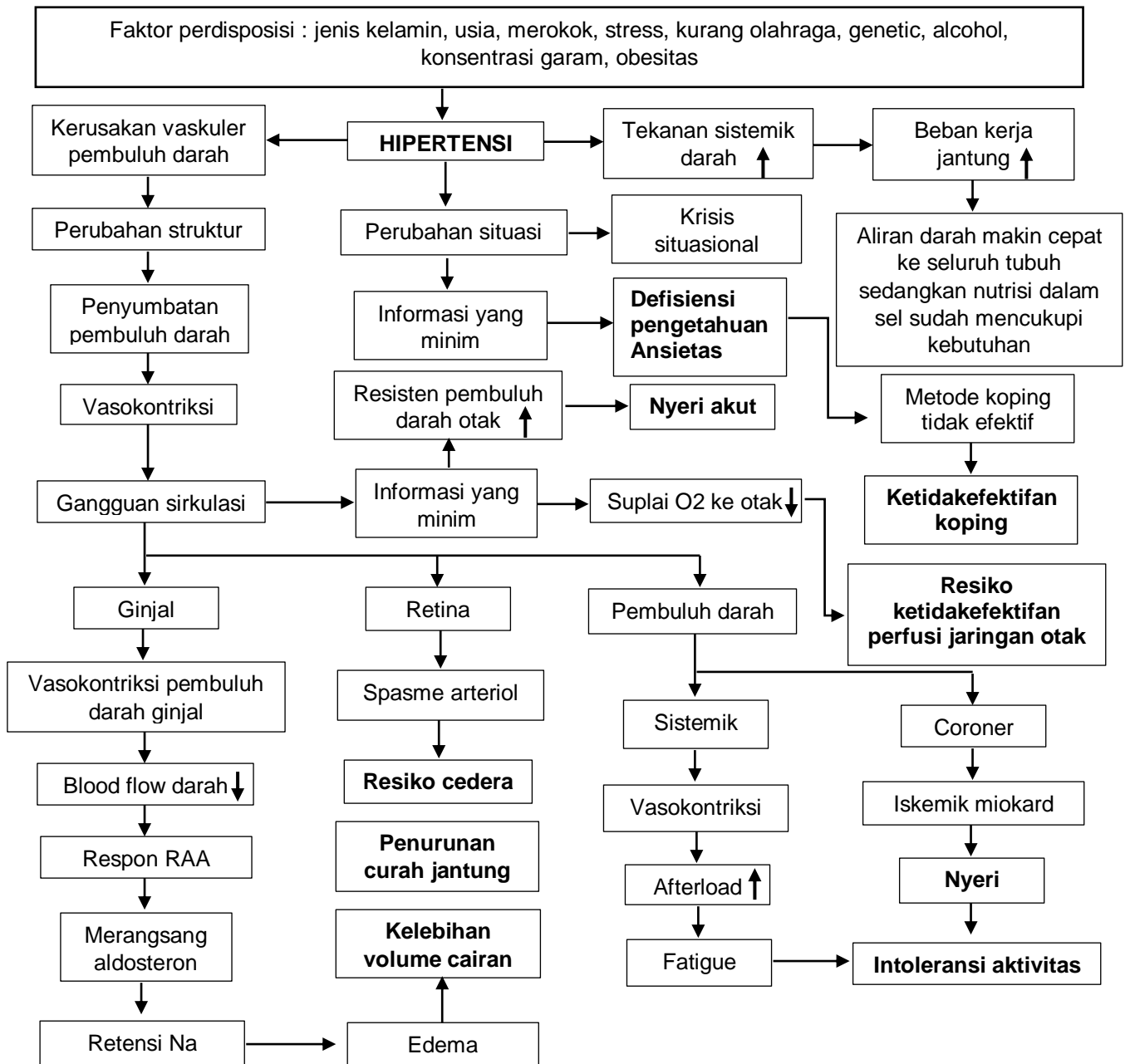
Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi (Padila, 2013). Meskipun etiologi hipertensi masih belum jelas, banyak faktor diduga memegang peran dalam genesis hipertensi seperti yang sudah dijelaskan dan faktor psikis, sistem saraf, ginjal, jantung pembuluh darah, kortikosteroid, katekolamin, angiotensin, sodium, dan air (Syamsudin, 2011).

Sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah (Padila, 2013).

Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan rennin. Rennin merangsang pembentukan angiotensin I

yang kemudiandiubahmenjadiangiotensinII,suatuvasokonstriktorkuat,yang padagilirannyamerangsangsekresialdosteronolehkorteksadrenal.Hormonini menyebabkanretensinatriumdan airolehtubulus ginjal,menyebabkan peningkatanvolumeintra vaskuler. Semuafaktorinicendrung mencetuskan keadaan hipertensi (Padila, 2013)

2.1.4 Pathway



Sumber : Nurarif & Kusuma, 2016

2.1.5 Tanda dan Gejala Hipertensi

Tanda dan gejala 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 lazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala karena adanya peningkatan tekanan darah sehingga mengakibatkan hipertensi dan tekanan intracranial naik, dan kelelahan. Dalam kenyataan ini merupakan gejala lazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

Beberapa pasien yang menderita hipertensi mengalami gejala sebagai berikut :

- a. Mengeluh sakit kepala, pusing dikarenakan peningkatan tekanan darah dan hipertensi sehingga intracranial naik.
- b. Lemas, kelelahan karena stress sehingga mengakibatkan ketegangan yang mempengaruhi emosi, pada saat ketegangan emosi terjadi dan aktivitas saraf simatis sehingga frekuensi dan krontaktilitas jantung naik, aliran darah menurun sehingga suplai O₂ dan nutrisi otot rangka menurun, dan terjadi lemas.
- c. Susah nafas, kesadaran menurun karena terjadinya peningkatan krontaktilitas jantung.
- d. Palpitasi (berdebar-debar) karena jantung memompa terlalu cepat sehingga dapat menyebabkan berdebar-debar, gampang marah. (Nurarif & Kusuma, 2015)

Menurut teori (Brunner dan Suddarth, 2014) klien hipertensi mengalami nyeri kepala sampai tengkuk karena terjadi penyempitan pembuluh darah akibat dari vasokonstriksi pembuluh darah yang menyebabkan peningkatan tekanan

vasculer cerebral, keadaan tersebut akan menyebabkan nyeri kepala sampai tengkuk pada klien hipertensi.

2.1.6 Klasifikasi Hipertensi

Menurut (WHO, 2018) batas normal tekanan darah adalah tekanan darah sistolik kurang dari 120 mmHg dan tekanan darah diastolik kurang dari 80 mmHg. Seseorang dikatakan hipertensi bila tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg.

Tabel 1
Klasifikasi hipertensi (INASH, 2019)

Kategori	Tekanan Sistolik	Tekanan Diastolik
Optimal	< 120 mmHg	< 80 mmHg
Normal	120-129 mmHg	80-84 mmHg
Normal tinggi	130-139 mmHg	85-89 mmHg
Hipertensi derajat 1	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Hipertensi derajat 2	160-179 mmHg	100-109 mmHg
Hipertensi derajat 3	≥ 180 mmHg	≥ 110 mmHg

Klasifikasi hipertensi berdasarkan penyebabnya yaitu hipertensi primer dan hipertensi sekunder (Aspiani, 2014). Hipertensi primer adalah peningkatan tekanan darah yang tidak diketahui penyebabnya. Dari 90% kasus hipertensi merupakan hipertensi primer. Beberapa faktor yang diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi primer adalah genetik, jenis kelamin, usia, diet, berat badan, gaya hidup. Hipertensi sekunder adalah peningkatan tekanan darah karena suatu kondisi fisik yang ada sebelumnya seperti penyakit ginjal atau gangguan tiroid. Dari 10% kasus hipertensi merupakan hipertensi sekunder. Faktor pencetus munculnya hipertensi sekunder antara lain: penggunaan kontrasepsi oral, kehamilan, peningkatan volume intravaskular, luka bakar dan stres (Aspiani, 2014).

2.1.7 Komplikasi Hipertensi

Komplikasi hipertensi menurut Triyanto (2014) adalah :

1. Penyakit jantung

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

2. Ginjal

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

3. Otak

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

4. Mata

Komplikasi berupa perdarahan retina, gangguan penglihatan, hingga kebutaan.

5. Kerusakan pada pembuluh darah arteri

Jika hipertensi tidak terkontrol, dapat terjadi kerusakan dan penyempitan arteria tau yang sering disebut dengan aterosklerosis dan arterosklerosis (pengerasan pembuluh darah).

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

1. Riwayat dan pemeriksaan fisik secara menyeluruh

2. Pemeriksaan retina

3. Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kerusakan organ seperti ginjal dan jantung

4. EKG untuk mengetahui hipertropi ventrikel kiri

5. Urinalisa untuk mengetahui protein dalam urin, darah, glukosa

6. Pemeriksaan: renogram, pielogram intravena arteriogram renal, pemeriksaan fungsi ginjal terpisah dan penentuan kadar urin.

7. Foto dadadan CTscan.

2.1.9 Penatalaksanaan Hipertensi

Terapi pada penyakit hipertensi menurut Marya (2013) dibagi menjadi dua yaitu terapi farmakologis dan non farmakologis.

1. Terapi farmakologis

a. Diuretic

Peranan sentral retensi garam dan air dalam proses terjadinya hipertensi essensial, penggunaan diuretic dalam pengobatan hipertensi dapat masuk akal. Akan tetapi, akhir-akhir ini rasio manfaat terhadap resikonya masih belum jelas. Efek samping yang ditimbulkan dari penggunaan diuretic seperti hypokalemia, hipereurisemia, dan intoleransi karbohidrat dapat meniadakan efek manfaat obat tersebut dalam menurunkan tekanan darah tinggi.

b. Vasodilator

Peningkatan resistensi perifer merupakan kelainan utama hipertensi essensial, maka pemberian obat vasodilator dapat menjawab kelainan ini. Obat-obat vasodilator akan menyebabkan vasodilatasi atau pelebaran pembuluh darah yang akan menurunkan tekanan darah.

2. Terapi non farmakologis

Terapi non farmakologis bagi penderita hipertensi, yaitu :

- a. Mengurangi atau menghilangkan factor-faktor seperti stress, merokok dan obesitas
- b. Melakukan aktivitas olahraga aerobik secara teratur
- c. Membatasi asupan jumlah kalori, garam, kolesterol, lemak dan lemak jenuh dari makanan.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Menurut Debora (2011) tahapan pengkajian sebagai berikut, yaitu :

1. Biodata

Data lengkap dari pasien meliputi : nama lengkap, umur, jenis kelamin, kawin/belum kawin, agama, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan alamat, identitas penanggung meliputi : nama lengkap, jenis kelamin, umur, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, hubungan dengan pasien dan alamat.

2. Keluhan utama

Keluhan hipertensi biasanya bermula dari nyeri kepala yang disebabkan oleh peningkatan tekanan aliran darah ke otak.

3. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

Keadaan yang didapatkan pada saat pengkajian misalnya pusing, jantung kadang berdebar-debar, cepat lelah, palpitasi, kelainan pembuluh retina (hipertensi retinopati), vertigo dan muka merah dan epistaksis spontan.

b. Riwayat kesehatan masa lalu

Berdasarkan penyebab hipertensi dibagi menjadi dua golongan :

1) Hipertensi essensial atau hipertensi primer yang tidak diketahui penyebabnya. Banyak factor yang mempengaruhi seperti genetic, lingkungan, hiperaktivitas, susunan saraf simpatis dan factor-faktor yang meningkatkan resiko seperti : obesitas, alcohol, merokok serta polisitemia.

2) Hipertensi sekunder atau hipertensi renal, penyebabnya seperti : penggunaan estrogen, penyakit ginjal, hipertensi vascular dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit hipertensi lebih banyak menyerang wanita daripada pria dan penyakit ini sangat dipengaruhi oleh factor keturunan yaitu jika orang tua mempunyai riwayat hipertensi maka anaknya memiliki resiko tinggi menderita penyakit seperti orang tuanya.

4. Riwayat psikososial

Gejala : Riwayat kepribadian, ansietas, depresi, euphoria, marah kronik, factor stress multiple.

Tanda : Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontinu perhatian, tangisan yang meledak, gerak tangan empati, muka tegang, gerak fisik, pernafasan menghela nafas, penurunan pola bicara.

5. Riwayat spiritual

Pada riwayat spiritual bila dihubungkan dengan kasus hipertensi belum dapat diuraikan lebih jauh, tergantung dari dan kepercayaan masing-masing individu.

6. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum : pasien nampak lemah

b. Tanda-tanda vital

Suhu tubuh kadang meningkat, pernapasan dangkal dan nadi juga cepat, tekanan darah sistolik diatas 140 mmHg dan diastolic di atas 90 mmHg.

c. Review of sistem

1) Sirkulasi

Gejala : Riwayat hipertensi, atherosclerosis, penyakit jantung kongesti/katup dan penyakit serebrovaskuler.

Tanda : Kenaikan tekanan darah

Nadi : denyutan jelas dari karotis, jugularis, radialis, perbedaan denyut.

Denyut apical : titik point of maksimum impuls, mungkin bergeser atau sangat kuat.

Frekuensi/irama : takikardia, berbagai disritmia.

Bunyi jantung : tidak terdengar bunyi jantung I, pada dasar bunyi jantung II dan bunyi jantung III.

Murmur stenosis valvular.

Distensi vena jugularis/kongesti vena.

Desiran vaskuler tidak terdengar di atas karotis,

femoralis atau epigastrium (stenosis arteri).

Ekstremitas : perubahan warna kulit, suhu dingin, pengisian kapiler mungkin lambat atau tertunda.

2) Neurosensory

Gejala : Keluhan pening/pusing, berdenyut, sakit kepala sub occipital.

Episode bebas atau kelemahan pada satu sisi tubuh.

Gangguan penglihatan dan episode statis staksis.

Tanda : Status mental : perubahan keterjagaan, orientasi.

Pola/isi bicara, afek, proses pikir atau memori.

Respon motoric : penurunan kekuatan, genggaman tangan.

Perubahan retinal optic : sclerosis, penyempitan arteri ringan-mendatar, edema, papiladema, exudat, hemoragi.

3) Nyeri/ketidaknyamanan

Gejala : Angina (penyakit arteri coroner/keterlibatan jantung).

Nyeri tungkai yang hilang timbul/klaudasi.

Sakit kepala oxipital berat.

Nyeri abdomen/masa.

4) Pernafasan (berhubungan dengan efek cardiopulmonal tahap lanjut dari hipertensi menetap/berat).

Gejala : Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja tachypnea, ortopnea, dispnea, nocturnal paroxysmal, batuk dengan/tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok.

Tanda : Distress respirasi/penggunaan otot aksesori pernafasan, bunyi nafas tambahan, sianosis.

5) Keamanan

Keluhan : Gangguan koordinasi/cara berjalan.

Gejala : Episode parastesia unilateral transien, hipotensi postural.

7. Aktivitas sehari-hari

a. Aktivitas

Gejala : Kelemahan, letih nafas pendek, gaya hidup monoton.

Tanda : Frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea.

b. Eliminasi

Gejala : Gejala ginjal saat ini atau yang lalu (misalnya : infeksi, obstruksi atau riwayat penyakit ginjal masa lalu).

c. Makanan dan cairan

Gejala : Makanan yang disukai mencakup makanan tinggi garam, lemak, kolesterol serta makanan dengan kandungan tinggi kalori.

Tanda : Berat badan normal atau obesitas.

Adanya edema, kongesti vena, distensi vena jugularis, glikosuria.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien hipertensi menurut NANDA (2015), yaitu :

1. Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload vasokonstriksi, hipertropi/rigiditas ventrikuler, iskemia miocard.
2. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.
4. Potensial perubahan perfusi jaringan serebral, ginjal, jantung berhubungan dengan gangguan sirkulasi.
5. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri.
6. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan nyeri.

7. Cemas berhubungan dengan krisis situasional sekunder adanya hipertensi yang diderita klien.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Rencana atau intervensi pada klien hipertensi berdasarkan NANDA, NIC, NOC (2015) adalah sebagai berikut :

1. Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload vasokonstriksi, hipertropi/rigiditas ventrikuler, iskemia miocard.
 - a. Tujuan (NOC) :
 - 1) Cardiac Pump effectiveness
 - 2) Circulation Status
 - 3) Vital Sign Status
 - b. Kriteria hasil :
 - 1) Vital dalam rentang normal (Tekanan darah, Nadi, Respirasi)
 - 2) Dapat mentoleransi aktifitas, tidak ada kelelahan.
 - 3) Tidak ada penurunan kesadaran.
 - c. Intervensi (NIC) :
 - 1) Cardiac care
 - Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi)
 - Catat adanya disritmia jantung
 - Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output
 - Monitor status cardio vaskuler
 - Monitor status yang menandakan gagal jantung
 - Monitor abdomen sebagai indicator penurunan perfusi
 - Monitor balance cairan
 - Monitor adanya perubahan tekanan darah dan monitor respon pasien terhadap efek pengobatan anti aritmia
 - Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan
 - Monitor toleransi aktifitas pasien
 - Monitor adanya dyspneu, takipneu, dan ortopneu
 - Anjurkan untuk menurunkan stress.

2) Vital Sign Monitor

- Monitor tekanan darah , nadi, suhu dan respirasi
- Catat adanya fluktuasi tekanan darah.

2. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.

a. Tujuan (NOC) :

- 1) Pain Level,
- 2) Pain control,
- 3) Comfort level

b. Kriteria hasil :

- 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
- 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
- 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
- 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, Tanda vital dalam rentang normal

c. Intervensi (NIC) :

1) Pain Management

- Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
- Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
- Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
- Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
- Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau
- Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau
- Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan

- Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
- Kurangi faktor presipitasi nyeri
- Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)
- Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
- Ajarkan tentang teknik non farmakologi
- Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
- Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
- Tingkatkan istirahat
- Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
- Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.

2) Analgesic Administration

- Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
- Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
- Cek riwayat alergi
- Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
- Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
- Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
- Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
- Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
- Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
- Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping).

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.

a. Tujuan (NOC) :

- 1) Energy conservation
 - 2) Self Care : ADLs
- b. Kriteria hasil :
- 1) Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR
 - 2) Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri
- c. Intervensi (NIC) :
- 1) Energy Management
 - Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
 - Dorong anal untuk mengungkapkan perasaan terhadap keterbatasan
 - Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan
 - Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat
 - Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
 - Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas
 - Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien
 - 2) Activity Therapy
 - Kolaborasikan dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalam merencanakan program terapi yang tepat.
 - Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
 - Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social
 - Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan
 - Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek
 - Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai
 - Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang
 - Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas

- Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas
 - Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan
 - Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual.
4. Potensial perubahan perfusi jaringan serebral, ginjal, jantung berhubungan dengan gangguan sirkulasi.
- a. Tujuan (NOC) :
- 1) Sirkulasi tubuh tidak terganggu
- b. Kriteria hasil :
- 1) Pasien mendemonstrasikan perfusi jaringan yang membaik seperti ditunjukkan dengan : TD dalam batas yang dapat diterima, tidak ada keluhan sakit kepala, pusing, nilai-nilai laboratorium dalam batas normal.
 - 2) Haluaran urin 30 ml/ menit
 - 3) Tanda-tanda vital stabil
- c. Intervensi (NIC) :
- Pertahankan tirah baring; tinggikan kepala tempat tidur
 - Kaji tekanan darah saat masuk pada kedua lengan; tidur, duduk dengan pemantau tekanan arteri jika tersedia
 - Pertahankan cairan dan obat-obatan sesuai pesanan
 - Amati adanya hipotensi mendadak
 - Ukur masukan dan pengeluaran
 - Pantau elektrolit, BUN, kreatinin sesuai pesanan
 - Ambulasi sesuai kemampuan; hindari kelelahan.
5. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri.
- a. Tujuan (NOC) :
- 1) Knowledge : disease process
 - 2) Knowledge : health Behavior
- b. Kriteria hasil :

- 1) Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan
- 2) Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar
- 3) Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.

c. Intervensi (NIC) :

1) Teaching : disease Process

- Berikan penilaian tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik
- Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat.
- Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat
- Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat
- Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat
- Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat
- Hindari harapan yang kosong
- Sediakan bagi keluarga atau informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat
- Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit
- Diskusikan pilihan terapi atau penanganan
- Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan
- Eksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan, dengan cara yang tepat
- Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat

- Instruksikan pasien mengenal tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat.

6. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan nyeri.

a. Tujuan (NOC) :

- 1) Status respirasi : ventilasi
- 2) Status tanda vital : suhu, nadi, respirasi dan tekanan darah dalam rentang yang diharapkan

b. Kriteria hasil :

- 1) Klien menunjukkan pola pernapasan efektif, dibuktikan dengan status pernapasan yang tidak berbahaya :
 - Ventilasi dan status tanda vital
- 2) Pasien akan mempunyai kecepatan dan irama respirasi dalam batas normal : RR:16-24 x/menit

c. Intervensi (NIC) :

1) Manajemen jalan napas

➤ Aktivitas :

- Buka jalan nafas dengan teknik mengangkat dagu atau dengan mendorong rahang sesuai keadaan
- Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi yang potensial
- Posisikan pasien untuk mengurangi dispneu.
- Monitor pernafasan dan status oksigen
- Sediakan peralatan oksigen, system humidifikasi
- Pantau aliran oksigen
- Secara teratur pantau jumlah oksigen yang diberikan pada pasien sesuai dengan indikasi
- Pelihara kepatenan jalan nafas

2) Pemantauan respirasi

➤ Aktivitas :

- Monitor frekuensi, rata-rata, irama, kedalaman dan usaha bernafas

- Monitor pola nafas seperti bradipneu, takipneu, hiperventilasi, pernafasan kussmaul, Ceyne stokes, apneu, biot dan pola ataksi
 - Auskultasi bunyi nafas, catat ventilasi yang turun atau hilang.
7. Cemas berhubungan dengan krisis situasional sekunder adanya hipertensi yang diderita klien.
- a. Tujuan (NOC) :
- 1) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, cemas pasien berkurang.
- b. Kriteria hasil :
- 1) Anxiety Control
 - 2) Coping
 - 3) Vital Sign Status
 - Menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas dengan teknik nafas dalam
 - Postur tubuh pasien rileks dan ekspresi wajah tidak tegang
 - Mengungkapkan cemas berkurang
 - TTV dalam batas normal.
- c. Intervensi (NIC) :
- 1) Anxiety Reduction
 - Gunakan pendekatan yang menenangkan
 - Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien
 - Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur
 - Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut
 - Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis
 - Dorong keluarga untuk menemani anak
 - Lakukan back / neck rub
 - Dengarkan dengan penuh perhatian
 - Identifikasi tingkat kecemasan
 - Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan

- Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi
- Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi
- Berikan obat untuk mengurangi kecemasan.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Menurut (Kozier, 2010) implementasi keperawatan adalah sebuah fase dimana perawat melaksanakan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan sebelumnya. Berdasarkan terminology NIC, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang digunakan untuk melakukan intervensi.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap yang menentukan apakah tujuan yang telah disusun tercapai atau tidak. Menurut Friedman (dalam Harmoko, 2012) evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi-intervensi yang dilakukan oleh keluarga, perawat dan yang lainnya. Ada beberapa metode evaluasi yang dipakai dalam perawatan. Factor yang paling penting adalah bahwa metode tersebut harus disesuaikan dengan tujuan dan intervensi yang sedang di evaluasi.

BAB III

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 28 Juli 2020, Jam 10.30 WITA, hasil pengkajian pada kasus ini diperoleh melalui wawancara, observasi langsung, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis maupun catatan perawat. Dari pengkajian tersebut didapatkan data dan masalah keperawatan pasien.

1. Identitas Pasien

Nama pasien Ny. D.A, Umur 46 tahun, Jenis kelamin perempuan, Agama Katholik, Pendidikan terakhir SMA, Suku Dawan, Bangsa Indonesia, Pekerjaan Ibu rumah tangga, Alamat Desa Napan RT 002/RW 001, Nomor register 02.0068, Penanggung jawab Tn. N.S, Hubungan dengan pasien sebagai suami pasien, Pekerjaan Petani. Klien rawat jalan pada tanggal 28 Juli 2020. Klien berobat di Puskesmas Napan dengan diagnosa Medik Hipertensi Grade II.

2. Riwayat Kesehatan

- a. Keluhan Utama : Pasien mengatakan pusing, tengkuk tegang dan nyeri di bagian belakang kepala seperti ditusuk-tusuk saat beraktivitas.
- b. Riwayat keluhan utama : Pasien mengatakan keluhan dirasakan sejak 2 hari yang lalu pada waktu pasien beraktivitas. Sifat keluhan hilang timbul, sehingga pihak keluarga memutuskan untuk memeriksakan diri pasien di Puskesmas Napan, lalu pasien mendapatkan perawatan dengan hasil pemeriksaan : Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, GCS 15 (E4M6V5), ekspresi wajah tampak meringis kesakitan, skala nyeri 5 (sedang), TD 160/100 mmHg, Suhu 36,2°C, Nadi 86 x/menit, RR 24 x/menit. Keluhan lain yang menyertai pasien mengatakan badan lemas. Keluhan bertambah saat pasien emosi, upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan pasien minum air hangat dan berobat ke Puskesmas, pasien mendapat terapi Amlodipine 1 x 10 mg.

- c. Riwayat penyakit sebelumnya : Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit kronis selain hipertensi, tidak ada alergi makanan atau alergi obat-obatan, dan tidak pernah melakukan tindakan operasi.
- d. Riwayat kesehatan keluarga : Pasien mengatakan penyakit yang diderita pasien adalah factor keturunan dari ibu karena sebelum pasien menderita hipertensi, ibu pasien juga pernah menderita hipertensi, ibu pasien meninggal dengan riwayat penyakit hipertensi.

3. Pemeriksaan Fisik

Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah : 160/100 mmHg, Pernapasan : 24 x/menit, Nadi : 86 x/menit, Suhu badan : 36,2°C. Kepala simetris, ada keluhan sakit kepala dan pusing, bentuk, ukuran dan posisi normal, tidak ada lesi dan massa, wajah simetris, penglihatan normal, konjungtiva merah muda, sklera ikterik, tidak memakai kacamata, tidak ada nyeri dan peradangan. Pendengaran normal, tidak ada nyeri dan peradangan. Hidung normal, tidak ada riwayat polip, sinusitis tidak teraba adanya cairan. Tenggorokan dan mulut, keadaan gigi bersih, tidak ada karies gigi, tidak memakai gigi palsu, tidak ada gangguan bicara dan menelan, tidak ada pembesaran kelenjar leher.

Pemeriksaan sistem kardiovaskuler: tidak ada nyeri dada, inspeksi kesadaran kompos mentis/GCS 15 (E4M6V5), bentuk dada normal, bibir dan kuku warna merah muda, Capillary Refill normal (<2 detik), tangan dan kaki bisa digerakkan dengan normal, sendi normal, Ictus cordis/Apical pulse teraba, Vena jugularis teraba, perkusi tidak ada pembesaran jantung, auskultasi bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 normal, murmur tidak ada. Pemeriksaan sistem respirasi : keluhan tidak ada, inspeksi jejas tidak ada, bentuk dada normal, jenis pernapasan normal, irama napas teratur, tidak ada retraksi otot dan penggunaan alat bantu pernapasan, perkusi cairan, udara, dan massa tidak ada, auskultasi inspirasi dan ekspirasi normal, clubbing finger normal. Pemeriksaan sistem pencernaan : tidak ada keluhan, inspeksi turgor kulit normal, keadaan bibir lembab, keadaan rongga mulut : warna mukosa merah muda, tidak ada luka dan tanda-tanda radang, keadaan gusi normal, keadaan

abdomen : warna kulit sawo matang, tidak ada luka, pembesaran normal, keadaan rektal : tidak ada luka, perdarahan, hemmoroid dan lecet/tumor/bengkak, auskultasi bising usus 15 x/menit, perkusi cairan, udara dan massa normal, palpasi tonus otot, nyeri dan massa normal. Pemeriksaan sistem persyarafan : keluhan tidak ada, tingkat kesadaran composmentis, GCS (E4M6V5), pupil isokor, kejang normal, tidak ada kelumpuhan dan parestesia, koordinasi gerak, cranial nerves dan reflex normal. Pemeriksaan sistem musculoskeletal : tidak ada keluhan, kelainan ekstremitas, nyeri otot dan nyeri sendi tidak ada, refleksi sendi normal, atropi normal,

kekuatan otot $\frac{55}{5 \quad 5}$

Pemeriksaan sistem integument : tidak ada rash dan lesi, turgor kulit baik, warna kulit sawo matang, kelembaban normal, tidak ada petechie. Pemeriksaan sistem perkemihan : tidak ada gangguan dan penggunaan alat bantu, kandung kencing tidak membesar dan tidak ada nyeri tekan, produksi urin ± 800 cc/hari, intake cairan 2000 cc/hari, bentuk alat kelamin dan uretra normal. Pemeriksaan sistem endokrin : tidak ada keluhan dan pembesaran kelenjar. Pemeriksaan sistem reproduksi : keluhan tidak ada, siklus menstruasi lancar, keadaan payudara normal, riwayat persalinan normal, abortus tidak ada, pengeluaran pervagina normal.

Pola kegiatan sehari-hari (ADL) : nutrisi, kebiasaan pola makan baik, frekuensi makan 3 kali sehari, nafsu makan baik, makanan pantangan daging, makanan yang disukai jagung dan daun sup, banyaknya minum 8 gelas/hari ± 2000 cc, BB 66 kg, TB 165 cm, tidak ada kenaikan atau penurunan BB, perubahan selama sakit tidak ada. Eliminasi : kebiasaan buang air kecil (BAK) 4 kali/hari, warna kuning jernih, bau pesing, jumlah ± 800 cc/hari, perubahan selama sakit tidak ada. Buang air besar (BAB) frekuensi 1-2 kali/hari, warna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, perubahan selama sakit tidak ada. Olahraga dan aktivitas : kegiatan olahraga yang disukai bola volley, olahraga tidak dilaksanakan secara teratur. Istirahat dan tidur : tidur malam jam 20.30 WITA, bangun jam 04.30 WITA, tidur

siang jam 13.00 WITA, bangun jam 14.30 WITA, pasien mudah terbangun dan tidak mengetahui apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman.

Pola interaksi sosial : orang yang penting/terdekat suami dan anak-anak, organisasi sosial yang diikuti kelompok PKK, keadaan rumah dan lingkungan bersih, status rumah milik sendiri, cukup, tidak bising dan banjir. Jika ada masalah selalu menceritakan pada suaminya, keluarga selalu berkumpul untuk mengatasi masalah, interaksi dalam keluarga selalu harmonis. Kegiatan keagamaan/spiritual : ketaatan menjalankan ibadah sesuai ajaran agama katolik, selalu aktif di KUB. Keadaan psikologis selama sakit : persepsi klien bahwa ia merasa cemas dengan penyakitnya dan mengatakan bahwa ia pasti akan sembuh, pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya baik dan komunikatif.

4. Pengobatan : Amlodipine 1x10 mg.

Amlodipine adalah obat darah tinggi atau hipertensi. Amlodipine bekerja dengan cara melemaskan dinding pembuluh darah. Efeknya akan memperlancar aliran darah menuju jantung dan mengurangi tekanan darah. Selain untuk mengatasi hipertensi, amlodipine juga digunakan untuk meredakan gejala nyeri dada atau angina pectoris pada penyakit jantung coroner (Alodokter, 2019).

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

1. Analisa Data

- a. **Data Subjektif** : Pasien mengatakan pusing, tengkuk tegang dan nyeri di bagian belakang kepala. **Data Objektif**: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, GCS 15 (E4M6V5), Ekpresi wajah tampak meringis kesakitan, skala nyeri 5 (sedang), TTV : TD 160/100 mmHg, Suhu 36,2°C, Nadi 86 x/menit, RR 24 x/menit. **Masalah** : Nyeriakut. **Penyebab** : Peningkatan tekanan vaskuler serebral.
- b. **Data Subjektif** : Pasien mengatakan belum mengetahui tentang penyakit hipertensi. **Data Objektif** : Pasien tampak kebingungan saat ditanyatentang apa itu hipertensi

dan faktor penyebabnya. **Masalah:** Kurang pengetahuan. **Penyebab :** Kurangnya informasi tentang penyakit dan perawatan diri.

2. Prioritas Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral, ditandai dengan, Pasien mengatakan pusing, tengkuk tegang dan nyeri di bagian belakang kepala, Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, GCS 15 (E4M6V5), Ekspresi wajah tampak meringis kesakitan, skala nyeri 5 (sedang), TTV : TD 160/100 mmHg, Suhu 36,2°C, Nadi 86 x/menit, RR 24 x/menit.
- b. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri, ditandai dengan, Pasien mengatakan belum mengetahui tentang penyakit hipertensi, Pasien tampak kebingungan saat ditanyai tentang apa itu hipertensi dan faktor penyebabnya.

3.1.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan 1 : Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral. **Tujuan (NOC) :** Pain Level, Pain control, Comfort level, dengan kriteria hasil : 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan), 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri), 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, tanda vital dalam rentang normal. **Intervensi (NIC) :** Pain Management, 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, 2) Observasi tanda-tanda vital, 3) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, 4) Ajarkan tentang teknik non farmakologi, 5) Evaluasi keefektifan control nyeri, 6) Kolaborasi untuk pengobatan.

Diagnosa keperawatan 2 : Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri. **Tujuan (NOC) :** Knowledge : disease process, knowledge : health behaviour, dengan kriteria

hasil : 1) Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan, 2) pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar, 3) pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya. **Intervensi (NIC) : Teaching : disease process**, 1) Kaji tingkat pengetahuan pasien tentang hipertensi, 2) Beri penjelasan kepada pasien tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan dan penanganan, 3) Beri kesempatan kepada pasien untuk bertanya.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan tindakan keperawatan terhadap klien yang didasarkan pada rencana keperawatan yang telah disusun untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

Hari pertama dilakukan pada tanggal 28 Juli 2020. **Diagnosa keperawatan 1** :Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral. **Implementasi** : Jam 10.30, melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif : P (saat ditekan), Q (nyeri seperti ditusuk-tusuk), R (nyeri dirasakan pada bagian kepala dan tengkuk), S (skala nyeri 5, dengan menggunakan angka 0-10), T (nyeri dirasakan hilang timbul). Jam 10.35, mengobservasi tanda-tanda vital : tekanan darah 160/100 mmHg, Suhu 36,2°C, Nadi 86 x/menit, Pernapasan 24 x/menit. Jam 10.40, mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan : ekspresi wajah tampak meringis kesakitan, sering memegang kepala dan tengkuk. Jam 10.45, mengajarkan tentang teknik non farmakologi, yaitu latihan teknik napas dalam. Jam 10.55, mengevaluasi keefektifan control nyeri : rasa nyeri dapat dikontrol dengan teknik napas dalam. Jam 11.00, melakukan kolaborasi untuk pengobatan : terapi amlodipine 1 x 10 mg.

Diagnosa keperawatan 2 :Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri. **Implementasi** : Jam 11.05, mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang hipertensi : pasien tampak kebingungan saat ditanya tentang apa itu hipertensi dan faktor penyebabnya. Jam 11.15, memberi penjelasan kepada pasien tentang pengertian,

penyebab, tanda dan gejala, pencegahan dan penanganan : pasien nampak kooperatif dan mendengarkan penjelasan dengan seksama. Jam 11.30, memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya.

Hari kedua dilakukan pada tanggal 29 Juli 2020. **Diagnosa keperawatan 1** :Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral. **Implementasi** : Jam 08.30, melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif : P (saat ditekan), Q (nyeri seperti ditusuk-tusuk), R (nyeri dirasakan pada bagian kepala), S (skala nyeri 3, dengan menggunakan angka 0-10), T (nyeri dirasakan hilang timbul). Jam 08.35, mengobservasi tanda-tanda vital : tekanan darah 150/90 mmHg, Suhu 36°C, Nadi 86 x/menit, Pernapasan 24 x/menit. Jam 08.40, mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan : ekspresi wajah tampak meringis kesakitan, sering memegang kepala. Jam 08.45, mengajarkan tentang teknik non farmakologi, yaitu latihan teknik napas dalam. Jam 08.55, mengevaluasi keefektifan control nyeri : rasa nyeri dapat dikontrol dengan teknik napas dalam. Jam 09.00, melakukan kolaborasi untuk pengobatan : terapi amlodipine 1 x 10 mg.

Diagnosa keperawatan 2 :Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri. **Implementasi** : Jam 09.05, mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang hipertensi : pasien mampu menjelaskan apa itu hipertensi dan faktor penyebabnya. Jam 09.15, memberi penjelasan kepada pasien tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan dan penanganan : pasien nampak kooperatif dan mendengarkan penjelasan dengan seksama. Jam 09.30, memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya.

Hari ketiga dilakukan pada tanggal 30 Juli 2020. **Diagnosa keperawatan 1** :Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral. **Implementasi** : Jam 08.30, melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif : P (saat ditekan), Q (nyeri seperti ditusuk-tusuk), R (nyeri dirasakan pada bagian kepala), S (skala nyeri 2, dengan menggunakan angka 0-10), T (nyeri dirasakan hilang timbul). Jam 08.35, mengobservasi tanda-tanda vital : tekanan darah 140/90 mmHg, Suhu 36°C, Nadi 84 x/menit, Pernapasan 24 x/menit. Jam 08.40, mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan :

ekspresi wajah tampak meringis kesakitan. Jam 08.45, mengajarkan tentang teknik non farmakologi, yaitu latihan teknik napas dalam. Jam 08.55, mengevaluasi keefektifan control nyeri : rasa nyeri dapat dikontrol dengan teknik napas dalam. Jam 09.00, melakukan kolaborasi untuk pengobatan : terapi amlodipine 1 x 10 mg.

Diagnosa keperawatan 2 :Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri. **Implementasi** : Jam 09.05, mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang hipertensi : pasien mampu menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan dan penanganan.

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap yang menentukan apakah tujuan yang telah disusun tercapai atau tidak.

Hari pertama dilakukan pada tanggal 28 Juli 2020. **Diagnosa keperawatan 1** :Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral. **Evaluasi** : Jam 13.00, S : Pasien mengatakan pusing, tengkuk tegang dan nyeri di bagian belakang kepala. O : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, GCS 15 (E4M6V5), Ekpresi wajah tampak meringis kesakitan, skala nyeri 5 (sedang), TTV : TD 160/100 mmHg, Suhu 36,2°C, Nadi 86 x/menit, RR 24 x/menit. A : Masalah belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 2 :Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri. **Evaluasi** : Jam 13.15, S : Pasien mengatakan belum mengetahui tentangpenyakit hipertensi. O : Pasientampakkebingungansaattitanyatentang apaituhipertensi danfaktorpenyebabnya. A : Masalah belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan.

Hari kedua dilakukan pada tanggal 29 Juli 2020. **Diagnosa keperawatan 1** :Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral. **Evaluasi** : Jam 13.00, S : Pasien mengatakan pusing, tengkuk tegang dan nyeri di bagian belakang kepala berkurang. O : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, GCS 15 (E4M6V5), Ekpresi wajah tampak meringis kesakitan, skala nyeri 3 (sedang), TTV : TD 150/90 mmHg, Suhu 36°C, Nadi 86

x/menit, RR 24 x/menit. A : Masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 2 :Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri. **Evaluasi** : Jam 13.15, S : Pasien mengatakan sudah memahami pengertian dan faktor penyebab hipertensi. O : Pasien mampu menjelaskan pengertian hipertensi dan faktor penyebabnya. A : Masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan.

Hari ketiga dilakukan pada tanggal 30 Juli 2020. **Diagnosa keperawatan 1** :Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral. **Evaluasi** : Jam 13.00, S : Pasien mengatakan tengkuk tegang dan nyeri di kepala berkurang. O : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, GCS 15 (E4M6V5), pasien tampak rileks, skala nyeri 2 (ringan), TTV : TD 140/90 mmHg, Suhu 36°C, Nadi 84 x/menit, RR 24 x/menit. A : Masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan.

Diagnosa keperawatan 2 :Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri. **Evaluasi** : Jam 13.15, S : Pasien mengatakan sudah memahami tanda dan gejala, pencegahan dan penanganan. O : Pasien mampu menjelaskan tanda dan gejala, pencegahan dan penanganan. A : Masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan.

3.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada klien dengan Diagnosa Medis Hipertensi Grade II di Puskesmas Napan, yang meliputi : Pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

3.2.1 Pengkajian

Menurut Debora (2011), keluhan hipertensi biasanya bermula dari nyeri kepala yang disebabkan oleh peningkatan tekanan aliran darah ke otak. Keadaan yang didapatkan pada saat pengkajian misalnya pusing, jantung kadang berdebar-debar, cepat lelah, palpitasi, kelainan pembuluh retina

(hipertensi retinopati), vertigo, muka merah dan epistaksis spontan. Pada pemeriksaan fisik : keadaan umum pasien nampak lemah, tanda-tanda vital : suhu tubuh kadang meningkat, pernapasan dangkal dan nadi juga cepat, tekanan darah sistolik di atas 140 mmHg dan diastolic di atas 90 mmHg.

Berdasarkan hasil pengkajian yang ditemukan pada kasus yaitu : Ny. D.A mengatakan pusing, tengkuk tegang dan nyeri di bagian belakang kepala seperti ditusuk-tusuk saat beraktivitas, hasil pemeriksaan : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, GCS 15 (E4M6V5), ekspresi wajah tampak meringis kesakitan, skala nyeri 5 (sedang), TD 160/100 mmHg, Suhu 36,2°C, Nadi 86 x/menit, RR 24 x/menit.

Data yang ditemukan dalam kasus sesuai teori yaitu peningkatan tekanan darah (TD 160/100 mmHg), pusing dan nyeri kepala yang disebabkan oleh peningkatan tekanan aliran darah ke otak.

Adapun keluhan yang ditemukan dalam teori tetapi tidak ditemukan dalam kasus yaitu : jantung kadang berdebar-debar, cepat lelah, palpitasi, muka merah, kelainan pembuluh retina (hipertensi retinopati) biasanya timbul akibat hipertensi berat atau menahun dan tidak diobati sehingga merusak organ yang spesifik dan epistaksis spontan terjadi sebagai suatu kompensasi tubuh terhadap adanya tekanan darah yang tinggi, pecahnya pembuluh darah hidung dapat mengurangi tekanan aliran darah ke otak sehingga penyakit stroke dapat dicegah. Gejala ini tidak ditemukan pada Ny. D.A sehingga pasien mengalami nyeri kepala yang tergolong nyeri sedang, pusing dan suhu tubuh normal.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien hipertensi menurut NANDA (2015), yaitu : 1) Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload vasokonstriksi, hipertropi/rigiditas ventrikuler, iskemia miocard, 2) Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral, 3) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen, 4) Potensial perubahan perfusi jaringan serebral, ginjal, jantung berhubungan dengan gangguan sirkulasi, 5) Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi

tentang proses penyakit dan perawatan diri, 6) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan nyeri, 7) Cemas berhubungan dengan krisis situasional sekunder adanya hipertensi yang diderita klien.

Berdasarkan penjelasan tersebut diatas terdapat kesesuaian antara teori dan kasus nyata yang dialami oleh Ny. D.A. Pada kasus nyata ditemukan dua masalah keperawatan yang terdapat dalam teori yaitu : 1) Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral, 2) Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri.

Penulis mengangkat dua masalah keperawatan tersebut karena data pada Ny. D.A sangat mendukung antara lain : Diagnosa 1 : Nyeri akut, data subjektif : pasien mengatakan pusing, tengkuk tegang dan nyeri di bagian belakang kepala, data objektif:keadaan umum baik, kesadaran composmentis, GCS 15 (E4M6V5), ekspresi wajah tampak meringis kesakitan, skala nyeri 5 (sedang), TTV : TD 160/100 mmHg, Suhu 36,2°C, Nadi 86 x/menit, RR 24 x/menit, penyebab : peningkatan tekanan vaskuler serebral. Diagnosa 2 : Kurang pengetahuan, data subjektif : pasien mengatakan belum mengetahui tentang penyakit hipertensi, data objektif : pasien tampak kebingungan saat ditanyatentang apa itu hipertensi dan faktor penyebabnya, penyebab : kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan NOC & NIC (2015), perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan. Diharapkan perawat mampu memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan/hasil yang diharapkan, memilih intervensi yang paling tepat, menulis dan mendokumentasikan rencana keperawatan.

Pada kasus Ny. D.A dengan penyakit hipertensi, dua masalah keperawatan yang berurutan sesuai dengan prioritas masalah keperawatan yaitu : nyeri akut dan kurang pengetahuan. Tujuan dari masalah keperawatan 1 yaitu : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien bebas dari rasa nyeri dengan kriteria hasil : 1) Mampu mengontrol nyeri, 2) Melaporkan bahwa nyeri

berkurang, 3) Mampu mengenali nyeri, 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, tanda vital dalam rentang normal, dengan rencana tindakan : 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, 2) Observasi tanda-tanda vital, 3) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, 4) Ajarkan tentang teknik non farmakologi, 5) Evaluasi keefektifan control nyeri, 6) Kolaborasi untuk pengobatan.

Tujuan dari masalah keperawatan 2 yaitu : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien mengetahui penyakit dengan kriteria hasil: 1) Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, 2) Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar, 3) Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya, dengan rencana tindakan : 1) Kaji tingkat pengetahuan pasien tentang hipertensi, 2) Beri penjelasan kepada pasien tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan dan penanganan, 3) Beri kesempatan kepada pasien untuk bertanya.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Menurut (Kozier, 2010) implementasi keperawatan adalah sebuah fase dimana perawat melaksanakan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan sebelumnya. Berdasarkan terminology NIC, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang digunakan untuk melakukan intervensi.

Implementasi keperawatan pada Ny. D.A dilaksanakan selama 3 hari dan didasarkan atas intervensi yang disusun sebelumnya. Untuk Diagnosa Keperawatan 1 : Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral, implementasi yang telah dilakukan adalah : melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, mengobservasi tanda-tanda vital, mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, mengajarkan tentang teknik non farmakologi yaitu latihan teknik napas dalam, mengevaluasi keefektifan control nyeri, melakukan kolaborasi untuk pengobatan : terapi amlodipine 1 x 10 mg, untuk memperlancar aliran darah menuju jantung dan mengurangi tekanan darah.

Diagnosa keperawatan 2 :Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri. Implementasi yang telah dilakukan adalah : mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang hipertensi, memberi penjelasan kepada pasien tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan dan penanganan, memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya. Media penyuluhan yang digunakan yaitu poster dan leaflet, manfaatnya untuk meningkatkan perhatian dan daya ingat, sehingga sasaran mau dan mampu untuk mengubah perilaku sesuai dengan pesan yang disampaikan.

Berdasarkan implementasi diatas, penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana semua intervensi yang sudah direncanakan dapat dilaksanakan sesuai dengan yang diharapkan, dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif dengan perawat.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap yang menentukan apakah tujuan yang telah disusun tercapai atau tidak, yang terjadi saat melakukan kontak dengan pasien dan penulis menggunakan teori SOAP yaitu : S (*Subjektif*) berisi data pasien melalui anamnesis yang mengungkapkan perasaan langsung, O (*Objektif*) berisi data yang ditemukan setelah melakukan tindakan, dapat dilihat secara nyata dan dapat diukur, A (*Assesment*) merupakan kesimpulan tentang kondisi pasien setelah dilakukan tindakan dan P (*Planning*) adalah rencana lanjutan terhadap masalah yang dialami pasien.

Setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari dari tanggal 28-30 Juli 2020, Ny. D.A mengatakan nyeri berkurang, mengikuti semua anjuran dan latihan yang sudah diajarkan, skala nyeri 2 (ringan), pasien tampak rileks sehingga dapat disimpulkan bahwa masalah utama teratasi dan intervensi dihentikan. Untuk masalah kedua Ny.D.A mengatakan sudah memahami tentang penyakit hipertensi, paham untuk meningkatkan status kesehatan, dan mulai mengatur pola hidup, masalah kedua pun teratasi dan intervensi dihentikan.

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

Keterbatasan studi kasus yang ditemukan selama melakukan penelitian hingga penyusunan karya tulis ilmiah adalah keterbatasan waktu dimana penulis harus mengefisienkan waktu yang disediakan dengan sebaik mungkin dan membutuhkan kemampuan lebih untuk menyelesaikannya.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan pada pasien hipertensi di Puskesmas Napan, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Dalam melaksanakan pengkajian terhadap Ny. D.A, penulis memperoleh data dari pasien melalui wawancara, observasi langsung, pemeriksaan fisik, menelaah catatanmedicmaupuncatatanperawat. Dimana didapatkan bahwa pada teori hampir seluruh sistem dalam tubuh mengalami gangguan, sedangkan pada kasus hanya didapatkan sebagian sistem yang mengalami masalah.
2. Proses perawatan yang dilakukan selama 3 hari perawatan di Puskesmas Napan, pada Ny. D.A ditemukan 2 diagnosa keperawatan yaitu : a) Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral, b) Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri.
3. Dalam perencanaan penulis melibatkan keluarga dalam menentukan prioritas masalah, memilih tindakan yang tepat dalam proses keperawatan Hipertensi. Pada tahap ini intervensi yang dilaksanakan disesuaikan dengan intervensi yang terdapat dalam teori.
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. Dalam mengevaluasi proses keperawatan pada pasien dengan Hipertensi selalu mengacu pada tujuan pemenuhan kebutuhan pasien. Hasil evaluasi yang dilakukan selama 3 hari menunjukkan semua masalah dapat teratasi.

4.2 Saran

Setelah penulis melakukan studi kasus, penulis mengalami beberapa hambatan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini. Namun, dengan bantuan dari

berbagai pihak penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini tepat pada waktunya. Demi kemajuan selanjutnya, maka penulis menyarankan kepada :

1. Pasien lebih kooperatif, selalu memperhatikan serta tidak melakukan hal-hal yang menyimpang dari petunjuk dokter/perawat. Bila di rumah harus dapat menjaga diri agar tidak terjadi komplikasi yang lebih parah.
2. Untuk perawatan pasien dengan hipertensi, harus ada kerjasama antara perawat ruangan dan keluarga agar selalu memberikan informasi tentang perkembangan kesehatan pasien dan memberi pendidikan kesehatan pada keluarga yang paling sederhana dan senantiasa memotivasi pasien dan keluarga untuk selalu menjaga pola makan dan kesehatan pasien.
3. Perawat sebagai tim kesehatan yang paling sering berhubungan dengan pasien sangat perlu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan agar mampu merawat pasien secara komprehensif dan optimal. Dan perawat juga harus bekerjasama dengan tim kesehatan lain (dokter, ahli gizi) dalam melakukan perawatan/penanganan pasien dengan hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Amlodipine. <https://www.alodokter.com/amlodipine>
- Aspiani, R.Y. 2014. *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler*. Jakarta: EGC
- Brunner dan Suddarth. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC
- Debora. 2011. *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik*. Salemba Medika : Jakarta
- Harmoko. 2012. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Irianto, K. 2014. *Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular, Panduan Klinis*. Alfabeta. Bandung
- Kemendes RI. 2019. Hipertensi Penyakit Paling Banyak Diidap Masyarakat. <http://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20190517/5130282/hipertensi-penyakit-paling-banyak-diidap-masyarakat/>
- Kozier. 2010. *Fundamental Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Marya, R. 2013. *Buku Ajar Patofisiologi*. Tangerang : Binarupa Aksara Publisher
- Nurarif. A.H. dan Kusuma. H. 2015. *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta : MediAction
- Padila. 2013. *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018.
- Syamsudin. 2011. *Buku Ajar Farmakologi Kardiovaskuler dan Renal*. (M.Salemba, Ed) (1st Ed.)
- Triyanto, Endang. 2014. *Pelayanan Keperawatan bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Udjianti, Wajan Juni. 2010. *Keperawatan Kardiovaskuler*. Salemba Medika
- Vitahealth. 2010. *Hipertensi*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama

LAMPIRAN



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 : Godeliva Priska Bano

NIM : PO.5303201191211

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Ny. D.A

Ruang/Kamar : Puskesmas Napan

Diagnosa Medis : Hipertensi Grade II

No. Medical Record : 02.0068

Tanggal Pengkajian : 28 Juli 2020 Jam : 10.30 WITA

Masuk Rumah Sakit : 28 Juli 2020 Jam : 10.30 WITA

Identitas Pasien

Nama Pasien : Ny. D.A Jenis Kelamin : Perempuan

Umur/Tanggal Lahir : 46 Thn/09-10-1974 Status : Kawin

Perkawinan

Agama : Katholik Suku/Bangsa : Dawan/Indonesia

Pendidikan Terakhir : SMA Pekerjaan : IRT

Alamat : Desa Napan,

RT/RW : 002/001

Identitas Penanggung

Nama : Tn. N.S Pekerjaan : Petani
Jenis Kelamin : Laki-laki Hubungan dengan : Suami
klien
Alamat : Desa Napan, RT/RW : 002/001

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : Pusing, tengkuk tegang dan Nyeri di bagian belakang kepala seperti ditusuk-tusuk saat beraktivitas.
 - Kapan : Keluhan dirasakan sejak2 hariyang lalu
 - Lokasi : Kepala dan tengkuk
2. Riwayat Keluhan Utama
 - Mulai timbulnya keluhan : Sejak2 hariyang lalu
 - Sifat keluhan : Hilang timbul
 - Lokasi : Kepala dan tengkuk
 - Keluhan lain yang menyertai : Badan lemas
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Ketika pasien marah-marah
 - Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana) : Keluhan bertambah ketika pasien kurang tidur.
 - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan : Pasien minum air hangat dan berobat ke Puskesmas Napan.
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya
 - Riwayat penyakit yang pernah diderita
 - Ya , Sebutkan,
Cara Mengatasi :
 - **Tidak**
 - Riwayat Alergi
 - Ya , Jenis, Waktu,
Cara Mengatasi :
 - **Tidak**
 - Riwayat Operasi
 - Ya , Jenis, Waktu

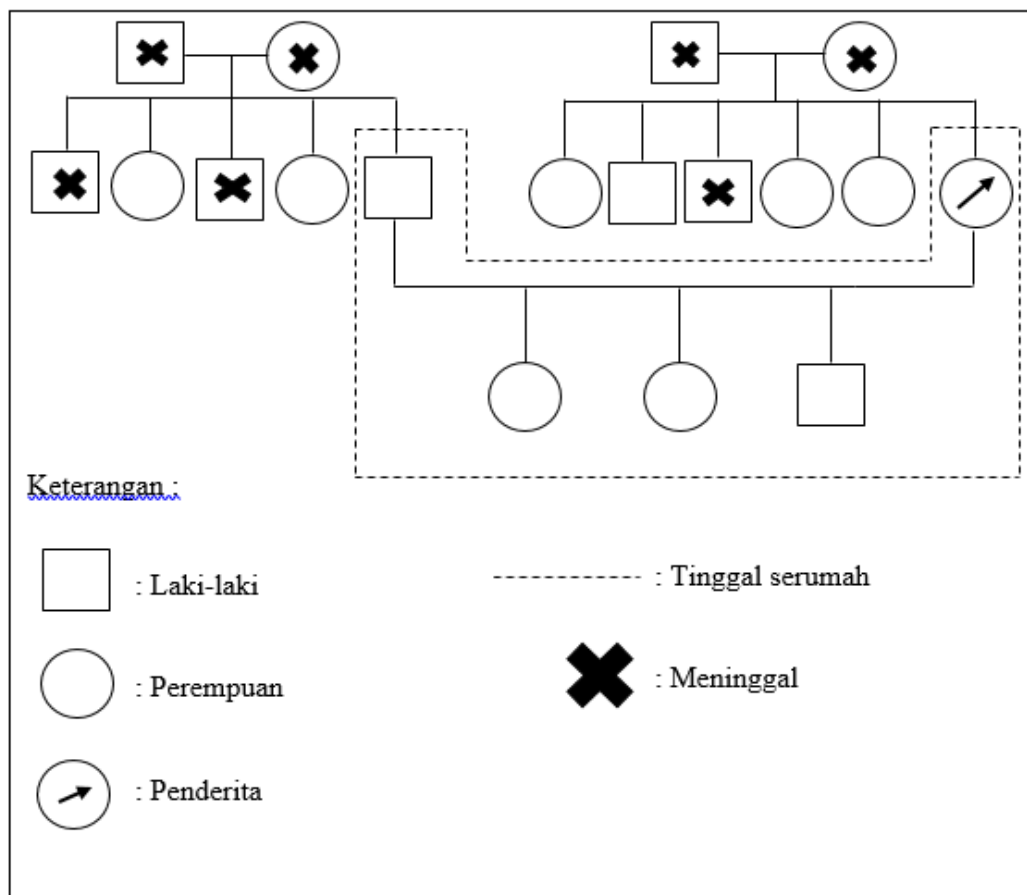
- o **Tidak**

4. Kebiasaan

- Merokok
 - o Ya ,Jumlah:, waktu
 - o **Tidak**
- Minum alkohol
 - o Ya , Jumlah:, waktu
 - o **Tidak**
- Minum kopi : Ya, Lamanya : ± 2 tahun
 - o **Ya** , Jumlah: 1 gelas/hari, waktu : Pagi atau sore hari
 - o Tidak
- Minum obat-obatan
 - o **Ya**, Jenis : Amlodipine, Jumlah : 10 tablet, waktu bulan Juni 2020
 - o Tidak

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah : 160/100 mmHg - Nadi : 86 x/menit
- Pernapasan : 24 x/menit - Suhu badan : 36,2°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 : Normal
- Konjungtiva : Merah muda
- Sklera : Ikterik
- Pakai kaca mata : Ya, Jelaskan : tidak
- Penglihatan kabur : Ya, Jelaskan : tidak
- Nyeri : —
- Peradangan : —
- Operasi :
 - Jenis : —
 - Waktu : —
 - Tempat : —
- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : Ya, Jelaskan : tidak
 - Nyeri : Ya, Jelaskan : tidak
 - Peradangan : Ya, Jelaskan : tidak
- Hidung
 - Alergi Rhinnitus : Ya, Jelaskan : tidak
 - Riwayat Polip : Ya, Jelaskan : tidak
 - Sinusitis : Ya, Jelaskan : tidak
 - Epistaksis : Ya, Jelaskan : tidak

- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : Bersih dan lengkap
 - 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**

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Inspeksi :
 - Kesadaran/ GCS : Composmentis/GCS 15 (E4M6V5)
 - 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

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : Tidak ada
- 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

5. Sistem Pencernaan

- a. Keluhan : Tidak ada
- 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 : 15 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 : Composmentis, GCS (E/M/V) : 4/6/5

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 : Tidak ada

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 hiperthropi **normal**

5	5
5	5

8. Sistem Integumentari

a. Rash : ada, Jelaskan..... **tidak ada**

b. Lesi : ada, Jelaskan..... **tidak ada**

c. Turgor : Baik Warna : Sawo matang

d. Kelembaban : Abnormal, Jelaskan **normal**

e. Petechie : ada, Jelaskan..... **Tidak ada**

f. Lain lain :

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 : ± 800 cc/hari
- e. Intake cairan : oral : 2000 cc/hr parenteral :
- 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 :

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : Tidak ada
- b. Wanita : Siklus menstruasi : Lancar
- Keadaan payudara : Abnormal, Jelaskan **normal**
 - Riwayat Persalinan : Normal
 - Abortus : Tidak ada
 - Pengeluaran pervagina: Abnormal, Jelaskan **normal**
 - Lain-lain:.....
- c. Pria : Pembesaran prostat : ada tidak ada
- d. Lain-lain:.....

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :
- Pola makan : Baik
 - Frekuensi makan : 3 kali sehari
 - Nafsu makan : Baik
 - Makanan pantangan : Daging
 - Makanan yang disukai : Jagung dan daun sup

- Banyaknya minuman dalam sehari : 8 gelas/ hari \pm 2000 cc
 - Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Tidak ada
 - BB : 66 kg TB : 165 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 kali/hari Warna : Kuning jernih

Bau : Pesing Jumlah/ hari : \pm 800 cc/hari

b. Perubahan selama sakit : Tidak ada

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : 1-2 kali/hari Frekuensi dalam sehari : 1-2 kali/hari

Warna : Kuning kecoklatan Bau : Khas

Konsistensi : Lembek

b. Perubahan selama sakit : Tidak ada

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : Pasien mengatakan bahwa ia suka main bola volly.
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : Tidak

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 20.30 WITA
Bangun jam : 04.30 WITA
- Tidur siang jam : 13.00 WITA
Bangun jam : 14.30 WITA
- Apakah mudah terbangun : Pasien mengatakan bahwa ia mudah terbangun.
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : Pasien tidak mengetahuinya.

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : Suami dan anak-anak
2. Organisasi sosial yang diikuti : Kelompok PKK
3. Keadaan rumah dan lingkungan : Bersih
Status rumah : Milik sendiri
Cukup / tidak : Cukup
Bising / tidak: Tidak
Banjir / tidak : Tidak
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Pasien mengatakan bahwa ia menceritakan pada suaminya.
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : Pasien mengatakan bahwa ia mengumpulkan anggota keluarganya untuk bersama-sama menyelesaikan masalah.
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : Pasien mengatakan bahwa ia dan keluarganya yang lain selalu harmonis.

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : Sesuai ajaran agama Katholik
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : Ya, selalu aktif di KUB

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : Pasien mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan penyakitnya.
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : Pasien mengatakan bahwa ia pasti akan sembuh.
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : Baik dan komunikatif.

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				

b. Pemeriksaan faeces:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				

c. Pemeriksaan urine:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen

- a. Foto gigi dan mulut :—
- b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus :—
- c. Cholescystogram :—
- d. Foto colon :—

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi :—
Biopsy :—
Colonoscopy :—
DII :—

Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan :—
- Obat : Amlodipine 1 x 10 mg
- Lain-lain :—

DOKUMENTASI

1. Selasa, 28 Juli 2020



2. Rabu, 29 Juli 2020



3. Kamis, 30 Juli 2020





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

POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;

Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama mahasiswa : Godeliva Priska Bano
NIM : PO.5303201191211
Nama Pembimbing : Margaretha Teli, S.Kep, Ns., MSc-PH
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. D.A Dengan Hipertensi Di
Puskesmas Napan Kecamatan Bikomi Utara

No	Hari/Tanggal	Topik Bimbingan	Paraf Pembimbing
1.	Jumat, 24 Juli 2020	Pembekalan Persiapan Ujian Praktek dan UAP	Yes
2.	Sabtu, 25 Juli 2020	Konsultasi Ujian Praktek	Yes
3.	Senin, 03 Agustus 2020	Konsultasi BAB I, II, III, IV Karya Tulis Ilmiah	Yes
4.	Jumat, 07 Agustus 2020	Revisi Karya Tulis Ilmiah BAB I sampai BAB IV	Yes
5.	Senin, 10 Agustus 2020	Konsultasi hasil revisi BAB I sampai BAB IV Karya Tulis Ilmiah	Yes
6.	Selasa, 11 Agustus 2020	Konsultasi Lembar Persetujuan untuk Ujian Karya Tulis Ilmiah	Yes
7.	Rabu, 12 Agustus 2020	Ujian Karya Tulis Ilmiah	Yes
8.	Sabtu, 15 Agustus 2020	Konsultasi revisi hasil ujian Karya Tulis Ilmiah	Yes