

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN“ Tn. R”
DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI
DI RUANG MELATI RSUD BANGIL
PASURUAN**



**Oleh :
INTAN INDAH PERMATASARI
NIM. 1501013**

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN DIAGNOSA
MEDIS *HIPERTENSI* DI RUANG MELATI
RSUD BANGIL PASURUAN**

**Sebagai Persyaratan untuk Memperoleh Gelar
Ahli Madya Keperawatan (Amd. Kep)
Di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo**



**Oleh :
INTAN INDAH PERMATASARI
NIM. 1501013**

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2019**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Intan Indah Permatasari
NIM : 1501013
Tempat, Tanggal Lahir : Jayapura, 16 Juli 1995
Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah berjudul: **“ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI RUANG MELATI RSUD BANGIL PASURUAN”** adalah bukan karya tulis ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Sidoarjo, 8 Juli 2019

Yang Menyatakan,

Intan Indah Permatasari

Mengetahui,

Pembimbing 1

Pembimbing 2

Ns. Dini Prastyo Wijayanti, S.Kep, M.Kep.

NIDN. 0704068901

Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep., MNS.

NIDN. 0731108603

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : INTAN INDAH PERMATASARI

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Hipertensi
RSUD Bangil Pasuruan

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada
tanggal : 8 Juli 2019

Oleh,

Pembimbing 1

Pembimbing 2

Ns. Dini Prastyo Wijayanti, S.Kep, M.Kep.

NIDN. 0704068901

Ns. Kusuma WijayaRidi Putra, S.Kep., MNS.

NIDN. 0731108603

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes.

NIDN.0703087801

HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji pada sidang di Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal : 8 Juli 2019

TIM PENGUJI

Tanda Tangan

Ketua : Agus Sulistyowati, S.Kep.,M.Kes

Anggota: 1. Ns. Dini PrastyoWijayanti,S.Kep, M.Kep.

2. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep. Ns., MNS

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Agus Sulistyowati, S.Kep.,M.Kes
NIDN. 0703087801

MOTTO

“ Kesuksesan hanya dapat diraih dengan segala upaya dan usaha yang disertai dengan doa, karena sesungguhnya nasib seseorang manusia tidak akan berubah dengan sendirinya tanpa berusaha.....”

Lembar Persembahan

Dengan segala puja dan puji syukur kepada Tuhan yang Maha Esa dan atas dukungan dan do'a dari orang-orang tercinta, akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat dirampungkan dengan baik dan tepat pada waktunya. Oleh Karena itu, dengan rasa bangga dan bahagia saya khaturkan rasa syukur dan terima kasih saya kepada:

1. Tuhan YME, karena hanya atas izin dan karunia Nyalah maka skripsi ini dapat dibuat dan selesai pada waktunya. Puji syukur yang tak terhingga pada Tuhan penguasa alam yang meridhoi dan mengabulkan segala do'a.
2. Kedua orang tua, yang telah memberikan dukungan moril maupun materi serta do'a yang tiada henti untuk kesuksesan saya, karena tiada kata seindah lantunan do'a dan tiada do'a yang paling khusuk selain do'a yang terucap dari orang tua. Ucapan terima kasih saja takkan pernah cukup untuk membalas kebaikan orang tua, karena itu terimalah persembahan bakti dan cintaku untuk kalian bapak ibuku.
3. Adik cindy fitriani dwi monica, yang telah memberikan dukungan dan sindiran untuk segera menyelesaikan Karya Tulisan Ilmiah ini. Dan terima kasih karna telah bersedia membantu meminjamkan buku sebagai tambahan sumber untuk karya tulis ilmiah ini.
4. Ibu Ns. Dini Prastyo Wijayanti,S.Kep,M.Kep. Selaku Dosen pembimbing 1 dan Bapak Ns. KusumaWijayaRidi Putra, MNS selaku Dosen Pembimbing 2 beserta penguji dan pengajar, yang selama ini telah tulus dan ikhlas meluangkan waktunya untuk menuntun dan mengarahkan saya, memberikan bimbingan dan pelajaran yang tiada ternilai harganya, agar saya menjadi lebih baik. Terima kasih banyak Bapak dan Ibu dosen, jasa kalian akan selalu terpatri di hati.

Terima kasih yang sebesar-besarnya untuk kalian semua, akhir kata saya persembahkan Karya Tulis Ilmiah ini untuk kalian semua, orang-orang yang saya sayangi. Dan semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat dan berguna untuk kemajuan ilmu pengetahuan di masa yang akan datang, Aamiinnn.

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “**Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis Hipertensi di RSUD Bangil Pasuruan**” ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan terima kasih kepada:

1. Allah SWT telah memberikan kemudahan, kesehatan dan memberikan kesabaran untuk mengerjakan karya tulis ilmiah ini.
2. Orang tua tercinta yang selalu mendukung dan mendoakan sehingga semua bisa berjalan lancar.
3. Agus Sulistyowati, S. Kep., M. Kes selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia. Yang dengan penuh perhatian telah meluangkan kesempatan dalam memberikan arahan dan bimbingan kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
4. Ns. Dini Prastyo Wijayanti, S.Kep, M.Kep. selaku pembimbing I.
5. Kusuma Wijaya Ridi Putra, Ns., MNS selaku pembimbing II.
6. Sahabat dan teman seperjuangan yang saling mendukung.
7. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Sidoarjo, 8 Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Sampul Dan Persyaratan	ii
Surat Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Halaman Pengesahan	v
Motto	vi
Lembar Persembahan	vii
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi.....	x
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.5 Metode Penulisan	6
1.5.1 Metode	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	7
1.5.3 Sumber Data.....	7
1.5.3 Studi Kepustakaan	7
1.6 Sistematika Penulisan.....	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Dasar Penyakit	9
2.1.1 Definisi.....	9
2.1.2 Etiologi.....	10
2.1.3 Klasifikasi	11
2.1.4 Manifestasi Klinis.....	11
2.1.5 Patofisiologi	12
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	13
2.1.7 Faktor Resiko	13
2.1.8 Diagnosa Banding	14
2.1.9 Komplikasi.....	14
2.1.10 Pencegahan	15
2.1.11 penatalaksanaan.....	15
2.2 Dampak Masalah.....	16
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	17
2.3.1 Pengkajian.....	17
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	22
2.3.3 Perencanaan	22
2.3.4 Pelaksanaan.....	29
2.3.5 Evaluasi.....	32
2.4 pathway.....	33

BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	34
3.1 Pengkajian	34
3.1.1 Identitas pasien.....	34
3.1.2 Riwayat Keperawatan	35
3.2 Genogram.....	36
3.3 Pemeriksaan fisik.....	37
3.4 Analisa Data	45
3.5 Diagnosa Keperawatan.....	47
3.3.1 Daftar Masalah Keperawatan.....	47
3.3.2 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas.....	47
3.4 Rencana Tindakan Keperawatan.....	48
3.5 Implementasi Keperawatan.....	50
3.6 Catatan Perkembangan.....	53
3.7 Evaluasi Keperawatan.....	55
BAB 4 PEMBAHASAN	56
4.1 Pengkajian Keperawatan.....	56
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	62
4.3 Perencanaan.....	62
4.4 Pelaksanaan.....	63
4.5 Evaluasi	64
BAB 5 PENUTUP.....	65
5.1 Simpulan	65
5.2 Saran.....	67
DAFTAR PUSTAKA	68
LAMPIRAN	70

DAFTAR TABEL

No Tabel	Judul Tabel	Hal
Tabel 3.1	Hasil Laboratorium dengan diagnose medis hipertensi di RSUD Bangil pasuruan.....	13
Tabel 3.2	Analisa data dengan diagnose medis hipertensi di RSUD Bangil Pasuruan	20
Tabel 3.3	Rencana Tindakan Keperawatan dengan diagnosa Medis hipertensi di RSUD Bangil Pasuruan.....	21
Tabel 3.4	Tindakan Keperawatan dengan diagnose medis hipertensi di RSUD Bangil Pasuruan.....	28
Tabel 3.5	Evaluasi Keperawatan dengan diagnose medis Hipertensidi RSUD Bangil Pasuruan.....	30

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul Gambar	Hal
Gambar 2.1	KerangkaMasalah.	42

DAFTAR LAMPIRAN

No Lampiran	Judul Lampiran	Hal
Lampiran 1	Surat Pengantar studi penelitian.....	35
Lampiran 2	Surat Balasan.....	36
Lampiran 3	Informed Consent.....	37
Lampiran 4	Format pengkajian.....	38
Lampiran 5	Lembar Konsultasi	40

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi atau lebih dikenal dengan penyakit tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang ditunjukkan oleh angka sistolik (bagian atas) dan *diastolic* (bagian bawah) pada pemeriksaan tekanan darah menggunakan alat pengukur tekanan darah baik yang berupa cuff air raksa (*sphygmomanometer*) ataupun alat digital lainnya. Hipertensi merupakan salah satu penyakit paling mematikan di dunia. Sebanyak 1 milyar orang di dunia atau 1 dari 4 orang dewasa menderita penyakit ini. Hipertensi secara tidak langsung membunuh penderitanya, melainkan memicu terjadinya penyakit lain yang tergolong kelas berat dan mematikan serta memberi gejala yang berlanjut untuk organ tubuh, seperti stroke untuk otak, penyakit jantung koroner untuk pembuluh darah dan otot jantung (Murwani, 2009). Fenomena pemahaman di masyarakat menganggap bahwa penyakit hipertensi disebabkan karena sering marah-marah dan terlalu banyak mengkonsumsi garam. Masyarakat percaya bahwa hanya dengan mengkonsumsi rebusan air mengkudu tanpa dicampur gula, penyakit hipertensi bisa disembuhkan (Ardiansyah, 2009)

Kecenderungan prevelensi hipertensi mengalami kenaikan dari 7,6 % tahun 2007 menjadi 9,5 % pada tahun 2013. Prevelensi hipertensi pada penduduk umur 18 tahun keatas di Indonesia adalah sebesar 25,8 %. Prevlensi hipertensi tertinggi di Bangka Belitung (30,9 %), di ikuti Kalimantan selatan (26,7) dan terendah di Papua Barat (16,8 %) provinsi Kalimantan Timur (29,6 %), Gorontalo (29,0 %), Sulawesi Tengah (28,7 %), Sulawesi Barat (33,9 %), Kalimantan Barat (28,3 %), Kalimantan Tengah (33,6 %), Jawa Barat (29,4 %), Jawa Tengah (37 %), Jawa Timur (37,4 %). Hipertensi dapat menyerang hampir semua golongan masyarakat di seluruh dunia. Jumlah penderita hipertensi terus bertambah dari tahun ketahun sedangkan dalam perbandingan kota yang sangat di Indonesia kasus hipertensi cenderung tinggi pada daerah urban, seperti Jabodetabek , Medan, Bandung, Surabaya, dan Makassar yang capai 30-34% (Tyas,2013). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Pasuruan, penderitaan hipertensi pada tahun 2016 tercatat sebanyak 337 orang yang terdiri dari 33 pasien rawat inap dan 303 pasien rawat jalan (Rekam Medis RSUD Pasuruan 2017). Sedangkan Indonesia memiliki angka yang cukup tinggi, yaitu 15 %. Dari 230 juta penduduk Indonesia, hampir 35 juta penduduk menderita hipertensi. Di seluruh dunia hampir 1 miliar orang menderita hipertensi. Dua pertiga penyakit hipertensi ini terjadi di negara berkembang. Di tahun 2025 di perkirakan 1,56 miliar orang yang menderita hipertensi. Menyatakan bahwa hipertensi merupakan penyakit nomor sebelas oleh karena itu, Negara Indonesia yang sedang membangun di segala bidang perlu memperhatikan pendidikan kesehatan masyarakat untuk mencegah tumbuhnya penyakit seperti hipertensi. Hipertensi perlu dideteksi dini yaitu dengan pemeriksaan tekanan darah secara berkala, yang dapat dilakukan pada

waktu chek-up kesehatan atau saat periksa kedokteran. Penyakit hipertensi dapat dicegah dengan menjaga pola makan, yang salah satunya dengan melakukan diet rendah garam. Namun demikian, konsumsi rendah garam ini akan diperlukan beberapa faktor yang meliputi sikap, pengetahuan dan dukungan keluarga. Pada pasien hipertensi grade 4 (sangat berat) perlu dirawat di Rumah Sakit karena memerlukan perawatan yang memadai, oleh karena itu perawat dapat mengajarkan pasien untuk berhenti merokok, tidak mengonsumsi alkohol juga menghindari makanan yang mengandung garam berlebihan untuk menstabilkan tekanan darah. Penatalaksanaan penderita hipertensi dapat dilakukan dengan cara minum obat secara teratur dan benar sesuai dengan anjuran dokter dengan sekali dalam sehari (Susilo dan Wulandari, 2010).

Banyaknya masyarakat yang tidak rutin dalam mengontrol hipertensi diantaranya karena merasa jenuh terhadap cara pengobatan dalam jangka waktu yang lama sehingga penderita tidak melaksanakan program pengobatan yang ada, serta kurangnya kesadaran pada penyakit hipertensi yang dianggap biasa. Penyebab hipertensi yang utama adalah kebiasaan dan gaya hidup yang tidak sehat, misalnya suka minuman alkohol, suka merokok, kurang olahraga atau beraktivitas, stress, suka makanan dengan kadar berlebihan, suka minum berkafein dan sering mengonsumsi makanan berkolesterol tinggi sehingga pada tahap yang lebih berat dapat terjadi kerusakan pada beberapa organ tertentu. Akibat bila hal ini dibiarkan maka akan beresiko bertambah parahnya penyakit hipertensi sehingga jatuh pada keadaan yang lebih berat, misalnya bisa mengakibatkan berbagai komplikasi yang lebih buruk seperti stroke bahkan kematian mendadak.

Untuk itu tingkat pemahaman sangat penting dalam menyikapi penyakit ini, karena dapat mempercepat proses penyembuhan dan penekanan angka kejadian hipertensi (Anindya,2009).

Peran perawat adalah sebagai pelaksana layanan keperawatan (care provider), pengelola (manager), pendidik (*educator*) bagi individu, keluarga dan masyarakat, serta sebagaipenelitian dan mengembangilmukeperawatan. Proses keperawatan tidak hanya sekedar sembuh dari penyakit, namun dengan ketrampilan yang dimiliki perawat, peran perawat dapat meningkatkan kesehatan fisik, mengembalikan emosional dan spiritual. Pelayanan gawat darurat merupakan pelayanan potensial yang didasarkan pada ilmu dan metodologi yang berbentuk bio-psiko-sosiospiritual yang berkomperatif ditunjukkan kepada pasien yang mempunyai masalah actual dan potensial, mengancam kehidupan, yang terjadi secara mendadak atau tidak diperkirakan. IGD rumah sakit mempunyai penyelenggaraan asuhan medis dan asuhan keperawatan sementara bagi pasien yang datang dengan gawat darurat medis. Penilaian klinis terhadap hipertensi dan fungsi ventrikuler akan dilakukan selama 24 jam sampai 48 jam tetapi dalam penanganan hipertensi tergantung dalam fasilitas local secara umum penggunaan electrocardiography yang dilakukan perawat sudah maksimal untuk mendeteksi vasokonstriksi (Mahmarian,2013).

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan hipertensi dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose hipertensi di RSUD BangilPasuruan?”

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa hipertensi di RSUDBangilPasuruan. Mengetahui hubungan antara peningkatan kadar asam urat darah dengan kejadian hipertensi.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengkaji pasien dengan diagnosa hipertensi di RSUD Bangil.

1.3.2.2 Merumuskan diagnose keperawatan pada pasien dengan diagnosa hipertensidi RSUD Bangil.

1.3.2.3 Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosaHipertensidi RSUD Bangil.

1.3.2.4 Melaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa hipertensi di RSUD Bangil.

1.3.2.5 Mengevaluasi pasien dengan diagnosa hipertensi di RSUD Bangil.

1.3.2.6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosahipertensi di RSUD Bangil.

1.4 Manfaat Penelitian

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1.4.1 Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien Hipertensi.

1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

1.4.2.1 Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di Rumah Sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa hipertensi dengan baik.

1.4.2.2 Bagi Penelitian

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa hipertensi.

1.4.2.3 Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa hipertensi.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan

yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.1 Teknik Pengumpulan Data

1.5.1.1 Wawancara

Data diambil / diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1.5.1.2 Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan kepada pasien.

1.5.1.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjukan menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.2 Sumber Data

1.5.2.1 Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

1.5.2.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.3 Studi Kepustakaan

Studi Kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1.6.1 Bagian awal, menurut halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

1.6.2 Bagian inti dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

1.6.2.1 Bab 1: Pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, sistematika penulisan studi kasus.

1.6.2.2 Bab 2: Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis Hipertensi serta kerangka masalah.

1.6.2.3 Bab 3: Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.6.2.4 Bab 4: Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

1.6.2.5 Bab 5: Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pasien Hipertensi. Konsep penyakit diuraikan dalam definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada Hipertensi dengan melakukan proses asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Definisi

Hipertensi atau lebih dikenal dengan penyakit tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang ditunjukkan oleh angka sistolik (bagian atas) dan *diastolic* (bagian bawah) pada pemeriksaan tekanan darah menggunakan alat pengukur tekanan darah baik yang berupa cuff air raksa (*sphygmomanometer*) ataupun alat digital lainnya (Murwani, 2009).

2.1.2 Etiologi

2.1.2.1 Usia

Hipertensi akan makin meningkat dengan meningkatnya usia hipertensi pada yang berusia dari 35 tahun dengan jelas menaikkan insiden penyakit arteri dan kematian *premature*.

2.1.2.2 Jenis Kelamin

Berdasarkan jenis kelamin pria umumnya terjadi insiden yang lebih tinggi dari pada wanita. Namun pada usia pertengahan, insiden pada wanita mulai meningkat, sehingga pada usia diatas 65 tahun, insien pada wanita lebih tinggi.

2.1.2.2 Ras

Hipertensi pada yang kulit hitam paling sedikit dua kalinya pada yang berkulit putih.

2.1.2.3 Pola Hidup

Faktor seperti halnya pendidikan, penghasilan dan factor pola hidup pasien telah diteliti, tanpa hasil yang jelas. Penghasilan rendah, tingkat pendidikan rendah dan kehidupan atau pekerjaan yang penuh stress agaknya berhubungan dengan insiden hipertensi yang lebih tinggi. Obesitas juga dipandang sebagai factor resiko utama. Merokok dipandang sebagai factor resiko tinggi bagi hipertensi dan penyakit arteri koroner. Hiperkolesterolemia dan hiperglikemia adalah factor utama untuk perkembangan arterosklerosis yang berhubungan dengan hipertensi (Brunner & Suddarth, 2002).

2.1.3 Klasifikasi

Menurut *The Seventh Report of The Joint National Commite on Prevention* (JNCV) tekanan darah orang dewasa 18 tahun ke atas diklasifikasikan sebagai berikut :

Tabel 2.1Klasifikasi Hipertensi.

Kategori	Sistolik, mmHg	Diastolik, mmHg
Normal	<130	<85
Normal Tinggi	130-139	85-89
Hipertensi Perbatasan	130-139	85-89
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

(Depkes RI, 2006).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Adapun tanda dan gejala yang dapat ditemukan, sebagai berikut :

2.1.4.1 Peningkatan tekanan darah > 140 / 90 mmHg.

2.1.4.2 Pusing / migrain.

2.1.4.3 Penglihatan Kabur.

2.1.4.4 Mudah Marah.

2.1.4.5 Telingga berdenging / berdengung.

2.1.4.6 Rasa berat di tengkuk.

2.1.4.7 Mudah lelah dan lemah.

2.1.4.8 Sukar tidur.

2.1.4.9 Sesak nafas.

2.1.4.10 Suhu tubuh rendah.

2.1.4.11 Muka pucat.

2.1.4.12 Mata berkunang – kunang (Murwani, 2009).

2.1.5 Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jarak saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di thoraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor di hantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Berbagai factor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Angiotensin adalah hormone peptida yang berasal dari protein angiotensinogen. Angiotensinogen di ubah menjadi angiotensin 1 dengan katalis rennin selanjutnya angiotensin 1 akan di ubah menjadi angiotensin 11 dengan di katalisasi oleh enzim ACE (*Angitensin Converting Enzyme*). Angitensin 11 adalah suatu vasokonstriktor poten dan pemacu sekresi aldosteron. Aldosteron sendiri menyebabkan peningkatan volume darah sehingga meningkatkan resistensi vaskuler (Nugroho, 2012)

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

2.1.6.1 Hemoglobin / hematokrit : bukan diagnostic tetapi, mengkaji hubungan dari sel – sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan factor-faktor resiko seperti hiperkoagulabilitas, anemia.

2.1.6.2 Glukosa : Hiperglikemia (diabetes mellitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh peningkatan kadar katekolamin (meningkatkan hipertensi).

2.1.6.3 Kolesterol dan trigliserida serum : Peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus untuk adanya pembentukan plak ateromatosa (efek kardiovaskuler).

2.1.6.4 Urinalisa : Darah, protein, glukosa mengisyaratkan disfungsi ginjal dan atau adanya diabetes.

2.1.6.5 Asam Urat : Hiperurisemia telah menjadi implikasi sebagai factor resiko terjadinya hipertensi.

2.1.6.6 CT Scan : Mengkaji tumor serebral, ensefalopi.

2.1.6.7 Foto dada / thoraks : Dapat menunjukkan obstruksi klasifikasi pada area katup.

2.1.6.8 EKG : Dapat menunjukkan pembesaran jantung, pola regangan, gangguan konduksi (Doengoes, 2009).

2.1.7 Faktor Resiko

2.1.7.1 Hipertensi

Merupakan factor resiko utama hipertensi dapat menyebabkan arterosklerosis pembuluh darah serebral, sehingga pembuluh darah

tersebut mengalami penebalan dan degenerasi yang kemudian pecah / menimbulkan pendarahan.

2.1.7.2 Kolesterol Tinggi

Peningkatan kolesterol tubuh dapat menyebabkan arterosklerosis dan terbenunya emboli lemak sehingga aliran darah lambat termasuk ke otak, maka perfusi otak menurun.

2.1.7.3 Obesitas

Pada obesitas kadar kolesterol tinggi, selain itu dapat mengalami hipertensi karena terjadi gangguan pada pembuluh darah keadaan ini berkontribusi pada stroke.

2.1.7.4 Alkoholik

Pada alkoholik dapat menyebabkan hipertensi penurunan aliran darah ke otak dan kardiak aritmia serta kelainan motilitas pembuluh darah sehingga terjadi emboli serebral.

2.1.8 Diagnosa Banding

2.1.8.1 Hipertensi berat.

2.1.8.2 *Emergency* neurologi yang dapat di koreksi dengan pembedahan.

2.1.8.3 Ansietas dengan hipertensi labil.

2.1.8.4 Edema paru dengan payah jantung kiri.

2.1.8.5 Proses akibat obat.

2.1.8.6 Ensefalitis (Corwin, 2009).

2.1.9 Komplikasi

2.1.9.1 Stroke.

2.1.9.2 Gangguan pada penglihatan sampai kebutaan.

2.1.9.3 Gagal ginjal.

2.1.9.4 Ensefalopati (kerusakan otak).

2.1.9.5 Infark miokard.

2.1.9.6 kejang (Corwin, 2009).

2.1.10 Pencegahan

2.1.10.1 Berhenti merokok secara total dan tidak mengonsumsi alcohol.

2.1.10.2 Diet rendah garam atau makanan, kegemukan (kelebihan berat badan harus segera dikurangi.

2.1.10.3 Latihan olahraga yang dapat seperti senam aerobic, jalan cepat, dan bersepeda paling sedikit 7 kali dalam seminggu.

2.1.10.4 Memperbanyak minum air putih, minum 8 – 10 gelas / hari.

2.1.10.5 Memeriksa tekanan darah secara normal / berkala terutama bagi seseorang yang memiliki riwayat penderita hipertensi.

2.1.10.6 Melakukan antisipasi fisik secara teratur atau berolahraga secara teratur dapat mengurangi ketegangan pikiran (stress) membantu menurunkan berat badan, dapat membakar lemak yang berlebihan.

2.1.10.7 Menjalani gaya hidup yang wajar mempelajari cara yang tepat untuk mengendalikan stress (Bambang Sadewo, 2004).

2.1.11 Penatalaksanaan

2.1.11.1 Penatalaksanaan non Farmakologis

- 1) Diet pembatasan atau pengurangan konsumsi garam. Penurunan berat badan dapat menurunkan tekanan darah disertai dengan penurunan aktifitas rennin dalam plasma dan kadar aldosteron dalam plasma.

- 2) Aktifitas Pasien disarankan untuk berpartisipasi pada kegiatan dan disesuaikan dengan batasan medis dan sesuai dengan kemampuan serta berjalan, jogging atau berenang.

2.1.11.2 Penatalaksanaan farmakologik

Sesuai dengan rekomendasi WHO / ISH dengan mengingat kondisi pasien, sasarkan pertimbangan dan prinsip sebagai berikut :

- 1) Mulai dosis rendah yang tersedia, naikan bila respon belum optimal, contoh : agen beta bloker ACE.
- 2) Kombinasi dua obat, dosis rendah lebih baik dari pada satu obat dosis tinggi. Contoh : diuretik dengan beta bloker.
- 3) Bila tidak ada respon satu obat, respon minim atau ada efek samping ganti DHA yang lain.
- 4) Pilih yang kerja 24 jam, sehingga hanya sehari sekali yang akan meningkatkan kepatuhan.
- 5) Pasien dengan DM dan insufisiensi ginjal terapi mulai lebih dini yaitu pada tekanan darah normal tinggi (Suyono, 2001).

2.2 Dampak Masalah

Tidak ada dampak masalah yang ditimbulkan pada hipertensi stage 1, sedangkan pada hipertensi stage II pasien cenderung menjalankan bedrest sehingga aktifitas sehari – harinya menjadi terlambat (Rokhaeni, 2001). Dampak masalah yang timbul pada pasien yaitu ketakutan dan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktifitas secara optimal dan pandangan terhadap dirinya yang salah sehingga mengubah gaya hidup individu selain itu

juga berdampak pada status ekonomi pasien karena biaya perawatan dan pengobatan memerlukan dana yang tidak sedikit (Muttaqin,2008).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dan dasar bagi seorang perawat dalam melakukan pendekatan secara sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisa, sehingga dapat diketahui kebutuhan pasien tersebut. Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu menentukan status kesehatan dan pola pertahanan pasien serta memudahkan dalam perumusan diagnose keperawatan (Doengoes, 2009).

Pengkajian pada pasien dengan hipertensi (Muttaqin, 2008), yaitu :

2.3.1.1 Pengumpulan data

- 1) Identitas Meliputi nama,usia (kebanyakan terjadi pada usia muda), jenis akelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku,bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnose medis.

- 2) Keluhan Utama

Sering menjadi alasan pasien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah sakit kepala berdenyut disertai rasa berat di tengkuk, pusing.

P (Prevetif) : penyebab sakit kepala nya ?

Q (Quality) : ada dimana sakitnya ?

R (Region) : lokasi sakitnya dimana ?

S (Skala) : skala sakitnya berapa ? (1-3 Ringan, 4-6 Sedang, 7-10 Berat)

T (Time) : waktu sakitnya kapan saja ?

3) Riwayat Penyakit sekarang

Pada sebagian besar penderita hipertensi tidak menimbulkan gejala. Gejala yang di maksud adalah sakit kepala, pendarahan di hidung, pusing,wajah kemerahan, dan kelelahan yang bisa terjadi pada penderita hipertensi. Jika hipertensinya berat atau menahan tidak di obati, bisa timbul gejala sakit kepala, kelelahan, muntah, sesak nafas, pandangan menjadi kabur, yang terjadi karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung dan ginjal. Kadang penderita hipertensi berat mengalami penurunan kesadaran dan bahkan koma.

4) Riwayat kesehatan dahulu / sebelumnya

Apakah ada riwayat hipertensi sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit ginjal, obesitas, hiperkolesterol, adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan pengguna obat kontrasepsi oral dan lain – lain.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi.

6) Riwayat Psikososial

Meliputi perasaan pasien terhadap penyakitnya, bagaimana cara mengatasinya serta sebagaimana perilaku pasien terhadap tindakan yang dilakukan terhadap dirinya

2.3.1.2 Pemeriksaan Fisik

1) B1 (Sistem pernafasan / *Breathing*)

Adanya *dyspnea* yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja, *tachypnea*, penggunaan otot pernafasan, bunyi nafas tambahan (*crepitations*/mengi). Pemeriksaan pada sistem pernafasan sangat mendukung untuk mengetahui masalah pada pasien dengan gangguan kardiovaskuler.

❖ Infeksi : untuk melihat seberapa berat gangguan sistem kardiovaskuler. Bentuk dada yang biasa ditemukan adalah:

- Bentuk dada *barrel chest* (thoraks dada burung).
- Bentuk dada *emphysematous* (dada berbentuk seperti tong).
- Bentuk dada *hyperinflated* (panjang dan gepeng).

❖ Palpasi rongga dada

Tujuannya :

- Melihat adanya kelainan pada dinding thoraks.
- Menyatakan adanya tanda penyakit paru dan pemeriksaan sebagai berikut :

Gerakkan dinding thoraks saat inspirasi dan ekspirasi. Untuk getaran suara : Getaran yang terasa oleh tangan pemeriksaan yang diletakkan pada dada pasien mengucapkan kata – kata.

❖ Perkusi

teknik yang dilakukan adalah pemeriksaan meletakkan falang terakhir dan sebagian falang kedua jaritengah pada tempat yang hendak di perkusi. Ketukan ujung jari tengah tangan kanan pada jari kiri tersebut dan lakukan gerakan bersumbu pada pergelangan tangan Posisi pasien duduk atau berdiri.

❖ Auskultasi

Suara nafas normal :

- a. *Tracheobronchial*, suara normal yang terdengar pada *trachea* seperti meniup pipa besi. Suara nafas lebih keras dan pendek saat inspirasi.
- b. *Bronchovesicular*, suara normal di daerah bronchi, yaitu di sternum atas (*torax*).
- c. *Vesicular*, suara normal di jaringan paru, suara nafas saat inspirasi dan ekspirasi sama.

2) B2 (Sistem kardiovaskuler / *blood*)

Kulit pucat, sianosis, diaphoresis (kongesti, hipoksemia). Kenaikan tekanan darah, hipertensi postural (mungkin berhubungan dengan regimen obat), takirkadi, bunyi jantung terdengar S2 pada dasar S3 (CHF dini), S4 (pengerasan ventrikel kiri atau hipertropi ventrikel kiri). Murmur stenosis valvular. Desiran vascular terdengar diatas karotis, femoralis atau epigastrium (stenosis arteri). DVJ (Distensi Vena Jugularis).

3) B3 (Sistem persyarafan / *Brain*)

Keluhan pening atau pusing, GCS 4-5-6, penurunan kekuatan genggam tangan atau refrek tendon dalam, keadaan umum, tingkat kesadaran.

4) B4 (sistem perkemihan / *Blendder*)

Adanya infeksi pada gangguan ginjal, adanya riwayat gangguan (susah bak, sering berkemih pada malam hari).

5) B5 (Sistem pencernaan / *bowel*)

Biasanya terjadinya penurunan nafsu makan, nyeri pada abdomen / massa (feokromositoma).

6) B6 (sistem muskuloskeletal / *bone*)

Kelemahan, letih, ketidakmampuan mempertahankan kebiasaan rutin, perubahan warna kulit, gerak tangan empati, otot muka tegang (khususnya sekitar mata), gerakan fisik cepat.

2.3.1.3 Analisa Data

Analisa data adalah upaya atau cara untuk mengolah data menjadi informasi sehingga karakteristik data tersebut bisa dipahami dan bermanfaat untuk solusi permasalahan, terutama masalah yang berkaitan dengan penelitian. Atau definisi lain dari analisa data yaitu kegiatan yang dilakukan untuk merubah data dari hasil penelitian menjadi informasi yang nantinya bisa dipergunakan dalam mengambil kesimpulan. Adapun tujuan dari analisa data ialah untuk mendeskripsikan data sehingga bisa dipahami, lalu untuk membuat kesimpulan atau menarik kesimpulan mengenai karakteristik populasi berdasarkan data yang didapatkan dari sampel, biasanya ini dibuat berdasarkan pendugaan dan pengujian hipotesis. (Arita Murwani,2009). Analisa data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang dan ilmu pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Dalam melakukan analisa data, diperlukan kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dan menentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien (Nurhasanah, 2013).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Setelah data – data dikelompokkan, kemudian dilanjutkan dengan perumusan diagnosa. Diagnosa keperawatan adalah cara mengidentifikasi, memfokuskan dan mengatasi kebutuhan spesifik pasien serta respon pasien terhadap masalah aktual dan resiko tinggi (Doengoes, 2009).

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

2.3.2.1 Nyeri akut (sakit kepala) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.

2.3.2.2 Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan *afterload*, vasokonstriksi, iskemia miokard.

2.3.2.3 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O₂.

2.3.2.4 Gangguan pola tidur berhubungan dengan peningkatan intra kranial.

2.3.2.5 Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan suplai O₂ otak menurun.

2.3.2.6 Kelebihan volume cairan berhubungan dengan edema.

2.3.3 Intervensi dan Rasional

Perencanaan adalah kategori dan perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada pasien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan yang dipilih untuk mencapai tujuan tersebut (Potter & Perry,2006).

Perencanaan pada pasien dengan Hipertensi menurut NANDA (2015), yaitu :

2.3.3.1 Diagnosa keperawatan 1 :Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.

Tabel 2.2 Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.

No	Tujuan/ kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan: Selama 1x24 jam diharapkan nyeri pasien berkurang</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>pasien menyatakan nyeri berkurang, skala 1-3 nyeri berkurang</p> <p>pasien tampak relaks, tidak gelisah.</p>	<p>1. Observasi skala nyeri pada pasien</p> <p>2. Ajarkan teknik relaksasi</p> <p>3. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian <i>analgesic</i></p>	<p>1. Untuk mengetahui skala nyeri yang dialami oleh pasien</p> <p>2. Teknik relaksasi dapat mengurangi rasa nyeri dan membuat pasien menjadi lebih tenang</p> <p>3. Dengan pemberian analgesic dapat mengurangi rasa nyeri dan mempercepat proses penyembuhan</p>

2.3.3.2 Diagnosa keperawatan 2 : Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan *afterload*, vasokonstriksi, iskemia miokard

Tabel 2.3 Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan *afterload*, vasokonstriksi, iskemia miokard

No	Tujuan/ kriteria hasil	Intervensi	Rasional
2.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan :</p> <p>Selama 2x24 jam diharapkan <i>afterload</i> tidak meningkatkan, tidak terjadi iskemia miokard, tidak terjadi vasokonstriksi</p> <p>kriteria hasil :</p> <p>Tanda vital dalam rentang normal</p> <p>TD : 90-130/60-90 mmHg</p> <p>Nadi : 60-100 x/menit</p> <p>RR : 16-20 x/menit</p> <p>Tidak ada penurunan</p>	<p>1. Pantau tekanan darah</p> <p>2. Catat kesadaran, kualitas denyutan</p> <p>3. Beri lingkungan tenang dan nyaman, kurangi aktivitas.</p> <p>4. Beri obat sesuai instruksi dokter dan sesuai indikasi</p>	<p>1. Waspada terhadap tekanan darah sehingga bisa segera dilakukan antisipasi</p> <p>2. Denyutan karotis, radialis, femoralis, denyut pada tungkai mungkin menurun, mencerminkan efek dari vasokonstriksi</p> <p>3. Membantu menurunkan rangsangan simpatis dan meningkatkan relaksasi.</p> <p>4. Untuk mempercepat proses penyembuhan</p>

	kesadaran		
--	-----------	--	--

2.3.3.2 Diagnosa keperawatan 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O₂

Table 2.3 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O₂

No	Tujuan/ kriteria hasil	Intervensi	Rasional
3	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan : Selama 1x24 jam diharapkan pasien mampu mobilisasi</p> <p>Kriteria hasil : Pasien mampu melakukan aktivitas secara bertahap dan secara mandiri</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor keterbatasan aktivitas, kelemahan saat beraktivitas 2. Beri dorongan untuk melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan pasien menghentikan aktivitas yang menyebabkan sesak, pusing, kelelahan 4. Tempatkan barang-barang kebutuhan pasien pada tempat yang mudah dijangkau 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merencanakan intervensi dengan tepat 2. Kemajuan aktivitas bertahap mencegah peningkatan kerja jantung secara tiba-tiba 3. Mencegah timbulnya masalah yang berkelanjutan. 4. Barang yang tempatnya mudah dijangkau akan mengurangi energy yang digunakan

		5. Kaji faktor yang menyebabkan kelelahan	5. Untuk mengetahui penyebab kelelahan
--	--	-------------------------------------------	----------------------------------------

Diagnosa keperawatan 4 : Gangguan pola tidur berhubungan dengan peningkatan intra kranial

Table 2.4 Gangguan pola tidur berhubungan dengan peningkatan intra kranial

No	Tujuan/ kriteria hasil	Intervensi	Rasional
4	Setelah dilakukan tindakan keperawatan : Selama 1x24 jam diharapkan pola tidur pasien tercukupi kriteria hasil : pasien tidur 7-8 jam pasien Nampak segar, kantong mata tidak	1. Kaji pola tidur dan istirahat pasien. 2. Ciptakan lingkungan yang nyaman 3. Anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup 4. Batasi pengunjung	1. Mengetahui gangguan istirahat atau tidur pasien 2. Lingkungan yang nyaman dapat memberikan ketenangan untuk tidur dan istirahat 3. Istirahat yang cukup dapat memberi rasa segar pada pasien dan mempercepat proses penyembuhan 4. Agar pasien dapat

	menghitam	5. Anjurkan pasien, keluarga untuk menjaga kebersihan	tidur dengan nyaman 5. Menciptakan suasana yang nyaman
--	-----------	-------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

2.3.3.3 Diagnosa keperawatan 5 : Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan suplai O2 otak menurun

Tabel 2.5 Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan suplai O2 otak menurun

No	Tujuan/ kriteria hasil	Intervensi	Rasional
5	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan : Selama 1x24 jam diharapkan masalah teratasi</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1) TTV dalam batas normal</p> <p>2) CRT kurang dari 3 detik</p> <p>3) Tingkat</p>	<p>1) Observasi TTV terutama pada nadi</p> <p>2) Observasi CRT</p> <p>3) Observasi adanya pucat, sianosis, kulit dingin atau lembab</p> <p>4) Berikan kondisi psikologis</p>	<p>1) Untuk mengetahui perkembangan pada pasien, karena perubahan TTV menandakan adanya masalah mengenai TD, Nadi, RR dan Suhu</p> <p>2) Untuk mengetahui aliran darah dalam tubuh</p> <p>3) Untuk mengetahui adanya tanda – tanda sirkulasi darah tidak lancar</p> <p>4) Stress, emosi dapat</p>

	kesadaran baik 4) Akral hangat	lingkungan yang tenang	menyebabkan vasokonstriksi yang mengakibatkan suplai oksigen tidak lancar
--	--------------------------------------	---------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

2.3.3.6 Diagnosa keperawatan 6 : Kelebihan volume cairan berhubungan dengan edema.

Table 2.6 Kelebihan volume cairan berhubungan dengan edema.

No	Tujuan/ kriteria hasil	Intervensi	Rasional
6	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan :</p> <p>Selama 2x24 jam diharapkan berat badan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1) tidak ada edema</p> <p>2) input, output seimbang</p>	<p>1) Kaji status cairan dengan menimbang berat badan / hari</p> <p>2) Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang pembatasan cairan</p> <p>3) Ajaran pada pasien untuk mencatat penggunaan cairan terutama pemasukan dan haluan</p> <p>4) Pasang urine kateter jika diperlukan</p>	<p>1) Untuk mengetahui ideal berat badan pasien</p> <p>2) Pemahaman peningkatan kerjasama pasien dan keluarga dalam pembatasan cairan</p> <p>3) Untuk mengetahui keseimbangan output dan input</p> <p>4) Untuk mengetahui secara akurat input yang dikeluarkan</p>

	3) tidak terjadi penurunan berat badan 4) tidak cemas		melalui urin pasien
--	----------------------------------------------------------------	--	---------------------

2.3.4 Pelaksanaan

Implementasi adalah suatu tindakan pelaksanaan dari rencana tindakan harus sudah dibuat untuk proses penyembuhan pasien selama dirawat di rumah sakit. Setiap tindakan yang diberikan dari rencana tindakan harus diberi tanggal, waktu dan paraf (doenges,2009).

Pada diagnosa keperawatan nyeri angkut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia selama 1x24 jam dilakukan tindakan keperawatan seperti : melakuakan pengkajian nyeri secara komprehensif, berikana tindakan non farmakologis, kehilangan/ minimalkan aktivitas vasokontraksi, bantu pasien dan keluarga dalam ambulansi kebutuhan, berikan cairan, makana lunak dan perawatan mulut yang teratur, melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesic.

Pada diagnosa keperawatan toreransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen selama 1x24 jam dilakukan tindakan keperawatan berupa mengkaji respon pasien terhadap aktivitas sehari-hari, menginstruksikan pasien untuk menggunakan teknik penghematan energy, memberikan dorongan untuk melakukan aktivitas, merencanakan jadwal pengobatan, menganjurkan pasien bila kemampuan

beraktivitas menurun, mengoptimalkan pemasukan nutrisi, menempatkan barang-barang kebutuhan pasien.

Pada diagnosa keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, hipertrofi/ ventrikuler, iskemia miokard selama 1x24 jam dilakukan tindakan keperawatan seperti: pantau tekanan darah, catat keberadaan, kualitas denyutan, amati warna kulit, kelembaban suhu, catat edema umum/ tertentu, beri lingkungan tenang dan nyaman serta kurangi aktivitas, pertahankan pembatasan aktivitas, lakukan tindakan yang nyaman, anjurkan teknik relaksasi, panduan imajinasi, pantau respon terhadap obat serta berikan obat sesuai instruksi dokter dan sesuai indikasi.

Pada diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan peningkatan intra kranial. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan tidur pasien tercukupi. Dilakukan tindakan keperawatan seperti mengkaji pola tidur dan istirahat pasien, menciptakan lingkungan yang nyaman, menganjurkan pasien untuk banyak istirahat dan tidur yang cukup, membatasi pengunjung, menganjurkan pasien dan keluarga menjaga kebersihan.

Pada diagnose keperawatan Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan suplai O₂ otak menurun setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan masalah teratasi. Mengobservasi TTV terutama pada nadi, mengobservasi CRT, mengobservasi adanya pucat, sianosis, kulit dingin atau lembab, menginstruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada laserasi, memberikan kondisi psikologis lingkungan yang tenang.

Pada diagnose keperawatan Kelebihan volume cairan berhubungan dengan edema Setelah dilakukan tindakan keperawatan Selama 2x24 jam diharapkan

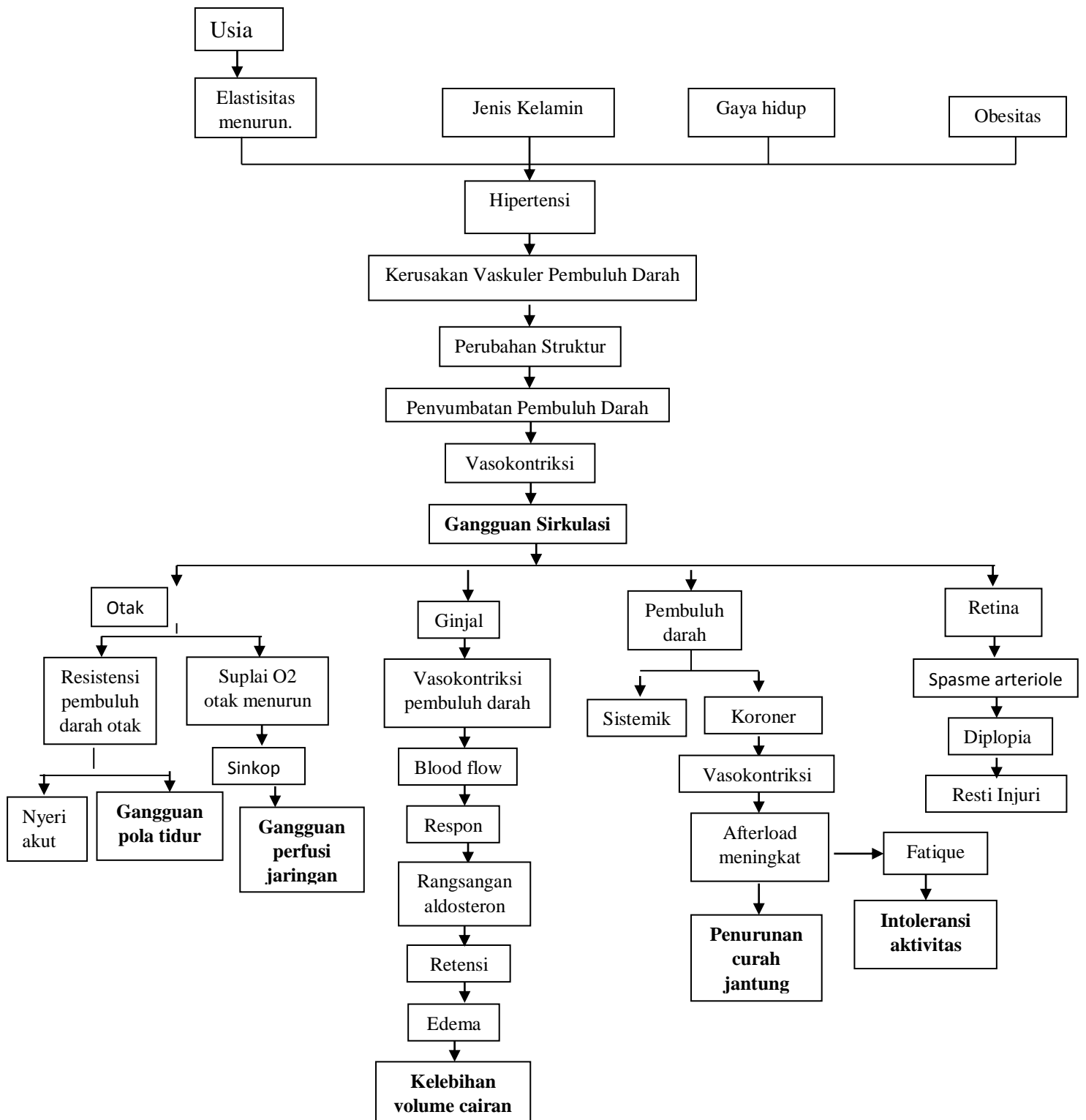
berat badan pasien tidak menurun. Mengkaji status cairan dengan menimbang berat badan / hari, menjelaskan pada pasien dan keluarga tentang pembatasan cairan, mengajarkan pada pasien untuk mencatat penggunaan cairan terutama pemasukan dan haluan, memasang urin kateter jika diperlukan.

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah proses keperawatan yang memungkinkan perawat untuk menentukan apakah intervensi keperawatan telah berhasil meningkatkan kondisi pasien (potter dan perry,2009).

Evaluasi adalah respon pasien terhadap terapi dan kemajuan mengarah pencapaian hasil yang diharapkan. Aktifitas ini berfungsi sebagai umpan balik dan bagian control proses keperawatan, melalui mana status pernyataan diagnostic pasien secara individual dinilai untuk diselesaikan, dilanjutkan atau memerlukan kebaikan (Doesngoes,2009).

2.4 Pathway Hipertensi



Gambar 2.1 pathway pada penyakit hipertensi (Nanda, 2015).

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada tanggal 2 januari 2019 di ruang melati.

Data diambil tanggal : 2 januari 2019	Diagnosa medis : hipertensi
Ruangrawat/kelas : R.Melati	Jam : 11.00
No. Rekam medis : 00354xxx	Tgl MRS : 1 januari 2018

3.1 PENGKAJIAN

3.1.1 Identitas

Identitas pasien

Nama : Tn. R

Umur : 48 Tahun

Jenis kelamin : laki-laki

Suku : Jawa Indonesia

Agama : Islam

Pendidikan : Smp

Pekerjaan : Swasta

Alamat : Beji Pasuruan

Identitas penanggungjawab

Nama : Tn. S

Umur : 38 Tahun

Jenis kelamin : laki-laki

Suku : Jawa Indonesia

Agama : Islam

Pendidikan : Sma

Pekerjaan : Swasta

Alamat : Beji Pasuruan

3.1.2 Riwayat keperawatan

3.1.2.1 Riwayat Keperawatan sekarang

Keluhan utama : pasien mengatakan pusing dan mata berkunang-kunang saat berdiri dan beraktifitas

Riwayat penyakit saat ini :

Pasien mengatakan datang kerumah sakit RSUD Bangil IGD tanggal 1 januari 2019 jam 08.00 dengan keluhan utama pasien mengatakan pusing kepala dibagian belakang, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar sampai ujung kepala, dengan skala nyeri 6 dan bertambah saat pasien saat beraktifitas. Pasien dipindahkan keruangan melati pada jam 12.00 WIB.

3.1.2.2 Riwayat keperawatan sebelumnya

Riwayat Kesehatan Yang Lalu

Penyakit yang pernah diderita : Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit sebelumnya, pasien tidak pernah melakukan tindakan operasi, tidakada, Jenis alergi : tidak ada alergi makanan atau alergi obat-obatan.

3.1.2.3 Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga : Keluarga pasien mengatakan bahwa ibukandungnya mempunyai riwayat penyakit hipertensi, Lingkungan rumah pasien bersih dan ada ventilasinya. Perilaku yang mempengaruhi kesehatan Pasien sering lebih makan asin dan gorengan

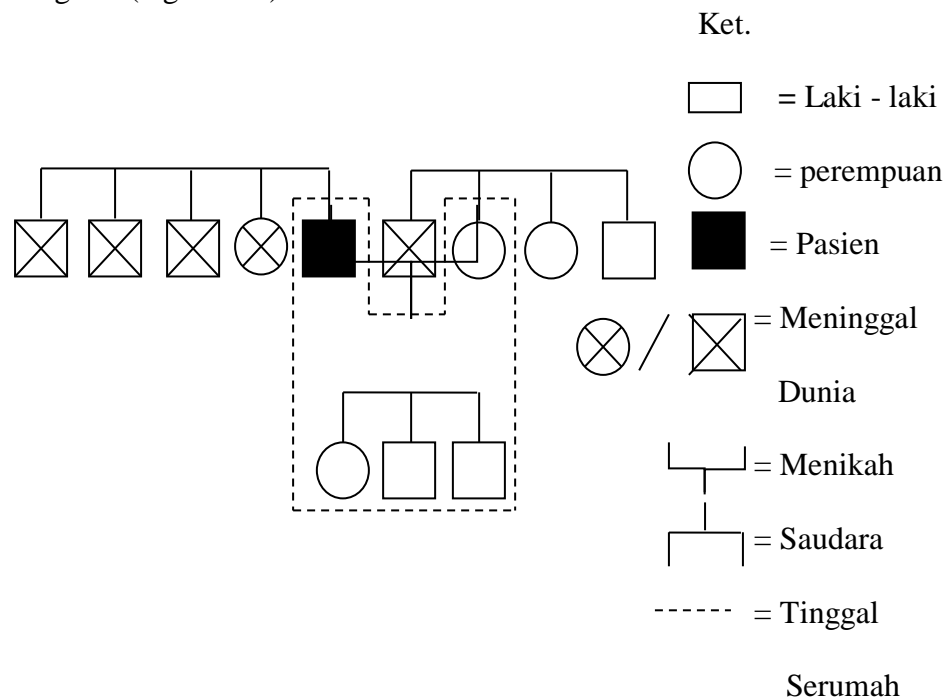
3.1.3 Status cairan dan nutrisi

Nafsu Makan pasien Sebelum sakit Baik, tetapi pada saat sakit nafsu makan pasien berkurang. Pola Makan Sebelum sakit : 3x sehari 1 porsi

habis , Saat sakit : 3x sehari hanya 2-3 sendok makan warna coklat konsisten cair jumlah 100 cc. Minum Jenis = Sebelum sakit : Teh, kopi & air putih jumlah = 1500 cc/hari Saat sakit : Air putih Jumlah = 1000 cc/hari, Pantangan Makanan : Gule kambing,opor ayam, Berat Badan : Sebelum sakit = 60 kg Saat sakit = 48 kg Menu makanan/diet sekarang : Tidak ada Keluhan Lain : Tidak ada keluhan lain.

MASALAH KEPERAWATAN : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

3.1.4 Genogram (3 generasi)



3.1.5 Pemeriksaan Fisik

3.1.5.1 Keadaan umum : baik composmentis GCS : 4-5-6

3.1.5.2 Tanda vital : Tensi 200/100 mmHg, Suhu: 36,0 °C (Lokasi pengukuran: Axila) Nadi: 90x/menit (Lokasi pengukuran: Radialis)

3.1.5.3 Sistem pernafasan / *Breathing* (B1)

Inspeksi Bentuk dada : Simetris Normal Susunan ruas tulang belakang : Tidak ada pembekakan/skoliosis, Pola nafas : Irama : teratur , Retraksi otot bantu nafas : Tidak ada Perkusi thorax : resonan, Alat bantu nafas : Tidak ada alat bantu nafas Palpasi Vokal fremitus : tidak terkaji, Nyeri dada saat bernafas : Tidak Ada Auskultasi Suara nafas : vesikuler, Batuk : Tidak ada batuk, Produksi sputum : Tidak ada, Lain – lain : tidak ada

MASALAH KEPERAWATAN : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.4 Kardiovaskuler/*Blood* (B2)

Nyeri dada : pasien Tidak ada nyeri dada , Irama jantung : teratur, Ictus Cordis : kuat Posisi : ICS v midclavícula, Bunyi jantung : S1, S2 Tunggal, Bunyi jantung tambahan : Tidak ada bunyi tambahan, Cianosis : Tidak ada, Clubbing finger : Tidak ada, JVP : Tidak ada, Lain – lain : Tidak ada masalah

MASALAH KEPERAWATAN : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.5 Sistem persyarafan/ *Brain* (B3)

Kesadaran : Compos Mentis, Orientasi : Baik, Kejang : Tidak ada, Jenis : Tidak ada, Kaku kuduk : Tidak ada, Brudzky 1 : Tidak ada , Nyeri kepala : Ada Istirahat/tidur : Sebelum MRS Siang : 1 jam/hari, Malam : 4 jam/hari Saat MRS Siang : 2 jam, Malam : 6 jam, Kelainan nervus cranialis : Tidak ada Pupil : isokor Reflek cahaya : baik+/+ Lain-lain : Wajah tampak Grimace/menyeringai skala nyeri = 6. P : (Preetif) : pusing

kepala Q : (Quality) : di bagian belakang kepala R : (Region) :
nyerinya menjalar sampai ujung kepala S (Skala) : Skala 6 T : 2 minggu
sebelum sakit.

MASALAH KEPERAWATAN : Nyeri Akut

3.1.5.6 Sistem perkemihan (B4)

Bentuk alat kelamin : Normal Libido : normal, Kebersihan alat
kelamin : Bersih Frekuensi berkemih : 4x/hari Teratur, Jumlah : 1000/24
jam Saat MRS : 4x/hari teratur , Bau : khas urin warna : kuning
jernih Tempat yang digunakan : Tempat tidur, Alat bantu yang digunakan :
pispot Lain-lain : tidak ada

MASALAH KEPERAWATAN : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.7 Pencernaan (B5)

Mulut : bersih, Mukosa Bibir : Lembab, Bentuk Bibir : normal,
Gigi : bersih
Kebiasaan gosok gigi : sebelum MRS 2 x/hari, saat MRS 1 X/hari,
Tenggorokan : tidak ada kesulitan Abdomen : normal, Peristaltic : 20
x/menit Kebiasaan BAB : sebelum MRS 2x/hari, saat MRS 1
x/hari, Konsistensi : lunak Warna : kuning bau : khas
Tempat yang biasa digunakan : pispot, Masalah eliminasi alvi : tidak
ada Pemakaian obat pencaharin : tidak ada, Lavement : tidak ada Lain-lain :
tidak ada

MASALAH KEPERAWATAN : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.8 Muskuloskeletal dan Integumen (B6)

Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai : Bebas

Kekuatan otot: $\begin{array}{c|c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$

Fraktur : tidak ada Dislokasi : tidak ada Kulit : lembab

Akral : hangat kelembaban : _ lembab/baik Turgor : Baik CRT : >2

detik Oedema : tidak ada, Kebersihan kulit : kotor, Lain-lain : tidak ada

MASALAH KEPERAWATAN : tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.9 Penginderaan (B7)

Mata : Normal dan bersih Konjungtiva : merah muda, Sklera : putih Palbera : merah Strabismus : tidak ada, Ketajaman penglihatan : normal, Alat bantu : tidak ada alat bantu Hidung : normal, Mukosa hidung : lembab, Sekret : Tidak ada secret, Ketajaman penciuman : normal, Kelainan lain : tidak ada, Telinga bentuk : normal/simetris , Keluhan : tidak ada, Ketajaman pendengaran : Normal, Alat bantu : Tidak memakai alat bantu, Perasa : manis, asam, pahit, asin, Peraba ; normal

MASALAH KEPERAWATAN : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.10 Endokrin(B8)

Pembesaran kelenjar thyroid : tidak ada Pembesaran kelenjar parotis: Tidak ada pembesaran kelenjar parotis. Luka gangrene : tidak ada, Pus : tidak ada, Bau : tidak ada Lokasi : tidak ada

MASALAH KEPERAWATAN : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.6 Data Psikososial

3.1.6.1 Gambaran diri/citra diri:

- 1) Tanggapan tentang tubuhnya: Baik
- 2) Bagian tubuh yang disukai: pasien mengatakan menyukai Semua bagian anggota tubuh.
- 3) Bagian tubuh yang kurang disukai: Tidak ada.
- 4) Persepsi terhadap kehilangan bagian tubuh: Pasien mengatakan sedih jika kehilangan bagian tubuhnya

3.1.6.1 Identitas:

- 1) Status pasien dalam keluarga: Sebagai Kepala keluarga.
- 2) Kepuasan pasien terhadap status dan posisi dalam keluarga.
- 3) Kepuasan pasien terhadap jenis kelamin: Pasien bersyukur menjadi seorang laki-laki.

3.1.6.2 Peran:

- 1) Tanggapan pasien tentang perannya: Pasien merasa sudah menjadi kepala keluarga yang baik dan bertanggungjawab.
- 2) Kemampuan/kesanggupan pasien melaksanakan perannya: Pasien sanggup menjadi kepala keluarga yang bertanggung jawab

3.1.6.3 Ideal diri:

- 1) harapan pasien terhadap:
 - (1)Tubuhnya: Pasien berharap agar cepat sembuh dan dapat melakukan perannya.
 - (2)posisi (dalam pekerjaan): Sebagai karyawan swasta.

(3) Status (dalam keluarga) : ayah dan suami.

(4) Tugas/pekerjaan : petani.

2) Harapan pasien terhadap lingkungan :

(1) Sekolah : Baik

(2) Keluarga: Pasien sebagai seorang kepala keluarga dan bahagia bersama keluarga.

(3) masyarakat : Hidup rukun bersama masyarakat dan peduli sesama.

(4) harapan pasien tentang penyakit yang diderita dan tenaga kesehatan: Pasien

berharap agar bisa cepat sembuh.

3.1.6.4 harga diri:

tanggapan pasien terhadap harga dirinya: Pasien tidak malu dengan penyakit yang dideritanya saat ini.

3.1.6.5 Data sosial:

1) Hubungan pasien dengan keluarga: Baik harmonis

2) Hubungan pasien dengan pasien lain: Baik, pasien mampu berinteraksi dengan pasien lain.

3) Dukung keluarga terhadap pasien: Sangat mendukung pasien untuk sembuh.

4) Reaksi pasien saat interaksi: Menerima respon dengan baik.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

3.1.7 Data Spiritual:

3.1.7.1 Konsep tentang penguasa kehidupan: Yakin kepada Allah SWT itu ada dan adil.

3.1.7.2 Sumber kekuatan/harapan saat sakit: Pasien hanya bisa berdo'a supaya cepat sembuh.

3.1.7.3 Ritual agama yang bermakna/berarti/harapan saat ini: berdo'a kepada Allah.

3.1.7.4 Keyakinan terhadap kesembuhan penyakit: Pasien yakin akan bisa sembuh tapi butuh proses.

3.1.7.5 Persepsi terhadap penyakit: pasien mengatakan semua ini adalah ujian dari Allah SWT.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

3.1.8 Data Penunjang

Tabel 3.1 Data Penunjang Laboratorium pada tanggal 2 januari 2019

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Darah Lengkap		
Leukosit (WBC)	12,15	10e3/uL
Neutrofil	78,7	69.6 %
Limfosit	2,3	
Monosit	3,6	4.12 %
Eosinofil	0,4	
Basofil	0,2	.446 %
Neutrofil %	73,0	39,3-73,7 %
Limfosit %	L 16,1	18,0-48,3 %
Monosit %	7,0	4,40-12,7 %
Eosinofil %	2,6	0,600-7,30 %
Basofil %	1,3	0,00-1,70 %
Eritrosit (RBC)	5,495	4,6-6,2 10 ⁶ /μL
Hemoglobin (HBC)	L 5.53	13,5-18,0 g/dL
Hematokrit (HCT)	42,36	40-54 %
MCV	L 77,09	81,1-96,0 μm ³
MCH	27,29	27,0-31,2 pg
MCHC	35,40	31,8-35,4 g/dL
RDW	11,85	11,5-14,5 %
PLT	H 469	155-366 10 ³ /μL
MPV	7,014	6,90-10,6 fL
FAAL GINJAL		
BUN	20	7,8-20,23 mg/dL
Kreatinin	H 1,315	0,8-1,3 mg/dL

2). X-Ray : Tidak Ada.

3). USG :Tidak Ada.

2) Terapi

Pada tanggal 17 Januari 2019

(1) Infus NS 1000 cc/24 jam = Bekerja untuk membantu proses penyembuhan diare, berguna untuk mencegah infeksi, bermanfaat untuk memberikan daya tahan tubuh, memenuhi kebutuhan vitamin C, membantu memenuhi kebutuhan mineral, berguna untuk memberikan kebutuhan karbohidrat protein.

(2) Injeksi Ranitidine 3x1 gr = fungsi untuk mengatasi dan mencegah rasa panas perut (heartburn), maag dan sakit perut yang disebabkan oleh tukak lambung.

(3) Injeksi Antrain 3x1 amp = Biasanya, obat antrain ini dimanfaatkan untuk mengurangi rasa nyeri yang terjadi setelah seorang pasien menjalani operasi. Tidak hanya itu, fungsi antrain lainnya adalah untuk menurunkan demam tinggi, dismenore (nyeri perut saat haid), sakit kepala, sakit gigi dan lain sebagainya.

(4) Amlodipin 5 mg 1x1 tab = obat untuk mengatasi hipertensi atau tekanan darah tinggi. Obat ini juga bisa digunakan serangan angina pectoris atau ngin duduk. Amlodipine bisa dikonsumsi secara sendiri. Amlodipine bekerja dengan cara melemaskan dinding dan melebarkan diameter pembuluh darah efeknya akan memperlancar aliran darah menuju jantung dan mengurangi tekanan darah dalam pembuluh darah. Obat ini juga menghalangi kadar kalsium yang

masuk kesel otot harus di dinding pembuluh darah jantung kalsium akan membuat otot dinding pembuluh darah berkontraksi dengan adanya penghambatan kalsium yang masuk, dinding pembuluh darah akan menjadi lebih lemas.

Tabel 3.1 Analisa data pada pasien Tn.R dengan diagnosa medis hipertensi diruang melati pada tanggal 2 januari 2019.

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>Ds :pasien mengatakan pusing</p> <p>P : pasien mengatakan pusing kepala di bagian belakang dan mata berkunang-kunang.</p> <p>Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk.</p> <p>R : nyeri menjalar sampai ujung kepala.</p> <p>S : skala nyeri 7.</p> <p>T : nyeri bertambah saat pasien beraktifitas yang berlebihan.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak menyeringai kesakitan dengan skala 7. 2. Tekanan darah :200/100 mmHg. 	<p>Peningkatan vaskuler serebral.</p>	<p>Nyeri Akut</p>

2.	<p>Nadi :95 x/menit.</p> <p>RR :22 x/menit.</p> <p>Suhu : 36,0 °C</p> <p>Ds : pasien mengatakan merasa lemas,tidak nafsu makan.</p> <p>DO :Tekanan Darah : 180/100 mmHg.</p> <p>Nadi :95 x/menit.</p> <p>RR :20 x/menit.</p> <p>Suhu :36°C.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kulit tampak kusam. 2. GCS : 4-5-6. 3. Kesadaran compos mentis 4. Mulut kering, pecah-pecah. 5. Aktifitas pasien terbatas. 6. Porsi makan yang dihabiskan 3x sehari 2-3 sendok makan. 7. BB sebelum sakit : 60 kg 8. BB saat sakit : 48 kg 	<p>Ketidakmampuan untuk memasukkan atau mencerna nutrisi oleh karena factor psikologis</p>	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.</p>
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

3.2 DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

3.2.1 Nyeri Akut

3.2.2 ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

3.3 DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS

3.3.1 Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan serebral vaskuler dan iskemi.

3.3.2 ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk memasukan atau mencerna nutrisi oleh karena factor psikologis.

3.4 RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Tanggal : 2 januari 2019

Nama pasien :Tn. R

Umur :48 Tahun.

No. RM :00354xxx

Tabel 3.2 Rencana Tindakan Keperawatan pada pasien Tndengan diagnosa medis Hipertensi diruangan Melati pada tanggal 2 januari 2019.

No	Tujuan/kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri berkurang.</p> <p>kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri pasien berkurang 2. Pasien tidak tampak kesakitan dan gelisah 3. Skala nyeri 2. 4. Tanda-tanda vital dalam batas normal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan hungan saling percaya dengan pasien. 2. Obervasi nyeri secara komprehensif termasuk lokasi karakteristik durasi, frekuensi kualitas dan factor presipitasi. 3. Obervasi tanda-tanda vital. 4. Ajarkan pasien untuk melakukan teknik distraksi dan relaksasi untuk mengurangi nyeri. 5. Berikan cairan, makanan lunak dan tinggi serat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supaya pasien dan kooperatif. 2. Untuk mengetahui perkembsngsn keadaan pasien. 3. Untuk mengetahui tanda-tanda vital ke pasien. 4. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dialami. 5. Untuk mencegah kurangnya nutrisi dari kebutuhan tubuh.

	<p>➤ TD :120/80 mmHg.</p> <p>➤ Nadi :80 x/menit.</p> <p>➤ RR :18 x/menit.</p> <p>➤ S :36°C.</p> <p>Tujuan : Setelah dilakukantindakan</p> <p>2. keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nutrisi kurang dapat terpenuhi. Kriteria hasil :</p> <p>peningkatan nafsu makan.</p> <p>BB dalam rentang normal.</p> <p>Tugor kulit baik.</p> <p>Membrane mukosa tidak kering.</p>	<p>6. Kolaborasi dengan tim medis untuk memberikan analgesic.</p> <p>1. Lakukan hungan saling percaya dengan pasien. .</p> <p>2. Observasi tanda-tanda vital.</p> <p>3. Modifikasi lingkungan sekitar.</p> <p>4. Anjurkan pasien tidak makan-maknan tinggi gula.</p>	<p>6. Menurunkan/mengontrol nyeri dan menurunkan rangsangan sistem saraf simpatis % dapat mengurangi tegangan ketidaknyamanan yang diperberat oleh stress.</p> <p>1. Supaya pasien dan keluarga koopertif.</p> <p>2. Untuk mengetahui perkembangan keadaan pasien.</p> <p>3. Untuk meningkatkan rasa nyaman.</p> <p>4. Untuk melatih pasien dalam melakkan beraktifitas scara mandiri.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.5 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama pasien :Tn.R

Umur : 48 tahun.

No. RM :00354xxx

Table 3.3 Implementasi keperawatan pada pasien Tn.R dengan diagnosa medis hipertensi diruang melati pada tanggal 2 januari 2019.

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/Tanda tangan
1.	2 Januari 2019		<ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya. 2. Mengobservasi nyeri. 3. Mengobservasi tanda-tanda vital. 4. Menghilangkan/meminimalkan aktivitas vasokonstriksi yang dapat meningkatkan sakit kepala. 5. Membantu pasien dalam ambulasi kebutuhan. 6. Memberikan cairan, makanan lunak dan tinggi serat. 7. Berkolaborasi dengan tim medis untuk memberikan analgesik. 8. Menjelaskan tentang penyebab nyeri. 9. Mengajarkan pasien melakukan teknik distraksi dan relaksasi. 	

	2 januari 2019		<ol style="list-style-type: none"> 1. BHSP 2. Mengobservasi tanda-tanda vital. 3. Mengajarkan pasien untuk makan tepat waktu. 4. Memodifikasi lingkungan sekitar. 5. Mengajarkan pasien untuk melakukan aktifitasnya secara mandiri. 	
	3 januari 2019		<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam kepada pasien. 2. Mengobservasi tingkat nyeri. 3. Mengobservasi tanda-tanda vital. 4. Menganalisa pengetahuan pasien setelah diberikan penjelasan. 5. Berkolaborasi dengan tim medis untuk memberikan analgesic. 6. Mengajarkan pasien untuk melakukan aktifitasnya sendiri secara perlahan-lahan. 	
	3 januari 2019		<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam kepada pasien. 2. Mengobservasi tanda-tanda vital. 3. Mengobservasi tingkat nyeri dan mata berkunang-kunang. 	

	4 januari 2019		<p>4. Menganalisa pengetahuan pasien setelah diberikan penjelasan.</p> <p>5. Mengajarkan pasien untuk berlatih menjalankan aktivitasnya sendiri secara perlahan-lahan.</p>	
	4 januari 2019		<p>1. Memberi salam pada pasien.</p> <p>2. Mengajarkan pasien untuk istirahat yang cukup selama dirumah.</p> <p>3. Mengajarkan pasien minum obat teratur.</p>	
	4 januari 2019		<p>1. Memberi salam pada pasien.</p> <p>2. Mengajarkan pasien minum obat teratur.</p> <p>3. Mengajarkan pasien untuk istirahat yang cukup Selama dirumah.</p>	

3.6 Catatan perkembangan

Nama pasien :Tn.R

Umur : 48 tahun

No.RM : 00354xxx

Tabel 3.4 Catatan perkembangan pada pasien Tn.R dengan diagnosa medis Hipertensi diruang Melati pada tanggal 2 januri 2019.

Tanggal	Diagnose Keperawatan	Evaluasi	Paraf
2 januari 2019	Nyeri Akut berhubungan dengan peningkatan serebral vaskuler dan iskemia.	S : pasien mengatakan nyeri berkurang. O : skala nyeri 5. TD : 180/100 mmHg. A : Masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan no. 1237dan 8.	
2 januari 2019	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.	S : pasien mengatakan masih lemas. O : pasien tampak gelisah TD : 180/100 mmHg. A : Masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan no. 123dan 5.	
3 januari 2019	Nyeri Akut berhubungan dengan peningkatan serebral vaskuler dan iskemia.	S : Pasien mengatakan sudah tidak pusing. O : Skala nyeri 1 TD :140/90 mmHg.	

3 januari 2019	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.	<p>A : Masalah teratasi.</p> <p>P : Intervensi dipertahankan.</p> <p>S : Pasien mengatakan tidak merasa pusing.</p> <p>O : pasien sudah sudah minum obat dengan teratur.</p>	
4 januari 2019	Nyeri Akut berhubungan dengan peningkatan serebral vaskuler dan iskemia.	<p>A : Masalah teratasi.</p> <p>P : Intervensi di pertahankan.</p> <p>S : pasien mengatakan sudah tidak pusing.</p> <p>O : Skala nyeri 1</p> <p>TD : 130/80 mmHg.</p>	
4 januari 2019	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.	<p>A :Masalah teratasi.</p> <p>P : Intervensi dihentikan, pasien pulang</p> <p>S : pasien tidak merasa lapar.</p> <p>O : pasien menolak untuk makan.</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan, pasien pulang.</p>	

3.7 Evaluasi Keperawatan

Nama Pasien :Tn.R

Umur : 38 Tahun

No RM : 00354802

Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan pada pasien Tn.R dengan diagnose medis hipertensi diruang Melati pada tanggal 2 januari 2019.

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Nama/Tanda tangan
4 januari 2019	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan peningkatan serebral vaskuler dan iskemia.</p> <p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk memasukan tau mencerna ntrisi oleh karena factor psikologis.</p>	<p>S : pasien sudah tidak pusing.</p> <p>O : Skala nyeri 1</p> <p>TD : 130/80 mmHg.</p> <p>Pasien bisa tidur</p> <p>A : Masalah Teratasi .</p> <p>P :Intervensi dihentikan.</p> <p>S :pasien mengatakan sudah tidak kabur/berkunang-kunang.</p> <p>O : Pasien sudah bisa beraktifitas sendiri secara perlahan-lahan.</p> <p>A : Masalah Teratasi.</p> <p>P :Intervensi dihentikan pasien pulang.</p>	

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Tn R dengan diagnosa medis hipertensi diruang Melati RSUD Bangil pasuruan yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

4.1.1 Identitas

Pada tahap pengumpulan data, penulisan tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Pasien seorang laki-laki bernama Tn.R berusia 48 tahun beragama islam bahasa yang sering digunakan bahasa jawa bekeja sebagai pedagang sayur Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ada kesenjangan Menurut (Marliani, 2007) hipertensi atau tekanan darah tinggi lebih banyak terjadi pada pria usia dewasa muda tetapi lebih banyak menyerang wanita setelah umur 55 tahun, sekitar 60 % penderita hipertensi adalah wanita. Hal ini sering dikaitkan dengan perubahan hormone setelah menopause.

4.1.2 Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada riwayat sekarang tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pasien datang dengan keluhan sakit kepala di bagian belakang. Menurut (Muttaqin, 2008) Sering menjadi alasan pasien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah sakit kepala berdenyut disertai rasa berat di tengkuk, pusing. Gejala yang dimaksud adalah sakit kepala, pendarahan di hidung, pusing, wajah kemerahan, dan kelelahan yang bisa terjadi pada penderita hipertensi.

4.1.3 Riwayat Kesehatan dahulu

Pada riwayat kesehatan dahulu terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pada pasien berusia 48 tahun tidak pernah menderita penyakit hipertensi menurut (townnsend, 2010) tekanan darah cenderung naik sering bertambahnya usia, risiko untuk meningkatnya penyakit hipertensi akan lebih tinggi juga sering bertambahnya usia.

4.1.4 Kesehatan Keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Keluarga pasien mengatakan bahwa ibu kandungnya mempunyai riwayat penyakit hipertensi. menurut (muttaqin, 2008) Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi.

4.2 Pemeriksaan Fisik

4.2.1 (*Breathing*) B1

Menurut (Muttaqin, 2008) Tidak ada dipsnea yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja, takipnea, penggunaan otot pernafasan, bunyi nafas tambahan (krekels/mengi).

Pada tinjauan kasus didapatkan bahwa pasien hipertensi tidak mengalami kelainan pernafasan. Pada palpasi thoraks, di dapatkan vocal fremitus kanan dan kiri geterannya sama pada auskultasi, tidak ditemukan suara tambahan.

Tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus karena pada pasien hipertensi tidak terjadi gangguan sistem pernafasan.(mutaqqin 2008)

4.2.2 (Kardiovaskuler) B2

Menurut (Muttaqin, 2008) Kulit pucat, sianosis, diaphoresis (kongesti, hipoksemia). Kenaikan tekanan darah, hipertensi postural (mungkin berhubungan dengan regimen obat), takirkadi, bunyi jantung terdengar S2 pada dasar S3 (CHF dini), S4 (pengerasan ventrikel kiri atau hipertropi ventrikel kiri). Murmur stenosis valvular. Desiran vascular terdengar diatas karotis, femoralis atau epigastrium (stenosis arteri). DVJ (Distensi Vena Jugularis).

Pada tinjauan kasus didapatkan pemeriksaan pada pasien hipertensi pasien juga tidak terjadi sianosis, pada palpasi : nadi meningkat dan tidak ada nyeri dada, auskultasi irama jantung teratur dan bunyi jantung S1-S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan. Dan terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan

pustaka karena tidak semua pasien hipertensi mengalami sianosis. (Muttaqin, 2008).

4.2.3 Pemeriksaan kesadaran (B3),

Menurut (muttaqin 2008) Keluhan pening atau sakit kepala GCS 4-5-6, penurunan kekuatan genggam tangan atau refrek tendon dalam, keadaan umum, tingkat kesadaran.

Pada tinjauan kasus didapatkan pada tingkat kesadaran pasien pada kasus hipertensi biasanya compos mentis dengan GCS 4-5-6. Pasien dapat berorientasi waktu dan tempat dengan baik, tidak ada gangguan pada tinjauan pustaka tidak ada pengkajian jam tidur sedangkan di tinjauan kasus pasien tidur siang dirumah 1 jam dan dirumah sakit selama 2 jam dan untuk tidur malam bai di rumah sekitar 4 jam maupun di rumah sakit selama 6 jam dan terjadi tinjauan kasus inididapatkan nyeri kepala pasien mengatakan pusing kepala di bagian belakang, nyeri menjalar sampai ujung kepala, dengan skala nyeri 7, nyeri bertambah saat pasien beraktifitas oleh karena itu penulis dapat menyimpulkan dari tinjauan kasus muncullah masalah keperawatan nyeri akut pada kepala dibagian belakang.

4.2.4 Pemeriksaan perkemihan (B4)

Menurut (muttaqin 2008) Adanya infeksi pada gangguan ginjal, adanya riwayat gangguan (susah bak, sering berkemih pada malam hari).

Pada tinjauan kasus didapatkan kebersihan alat kelamin pasien bersih, frekuensi berkemih 4 x/hari (teratur), jumlah perhari 100 cc, warna urin kuning jernih.

Tidak ada Terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka karena saat berkemih dengan lancar.

4.2.5 Pemeriksaan pencernaan (B5),

Menurut (muttaqin 2008) Biasanya terjadinya penurunan nafsu makan, nyeri pada abdomen / massa (feokromositoma).

pada tinjauan pustaka didapatkan bentuk abdomen datar, simetris, tidak ada hernia, hepar tidak teraba. Perkusi timpani, auskultasi peristaltic usus normal 20 x/menit sedangkan ditinjauan kasus didapatkan data lidah dan gigi sedikit kotor karena selama pasien dirumah sakit mengosok gigi hanya 1 kali, tidak ada kesulitan untuk menelan. Bentuk abdomen datar, simetris, hepar tidak teraba,auskultasi peristaltic usus 20 x/menit, suara timpani. Pasien selama berada dirumah sakit BAB 1 x/hari dengan konsistensi lunak berwarna kuning dengan bau khas ditempat yang digunakan yaitu pispot, sehingga ditinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan.

4.2.5 Pemeriksaan muskuluskeletal (B6),

pada pengkajian ditinjauan pustaka mengacu pada adanya hipertensi akan mengganggu secara local, baik fungsi motorik, sensorik, maupun peredaran darah sedangkan hasil pengkajian kasus mengacu pada hipertensi, kemampuan pergerakan sendi atau tungkai (ROM) terbatas, tidak terdapat oedema pada kaki dengan kekuatan otot 5-5-5-5. Tidak adanya nyeri tekan, akral hangat, turgor kulit kembali < 3 detik, kelembabpan pada kulit lembab dengan kebersihan kulit kotor dari hasil

pengkajian di tinjauan kasus maka muncullah beberapa masalah diantaranya tidak ada masalah.

4.2.7 Pemeriksaan penglihatan (B7),

Pada tinjauan pustaka biasanya tidak ditemukan kelainan atau abnormal pada penglihatan, penciuman, pendengaran, perasa dan peraba sedangkan pada tinjauan kasus sistem penginderaan, penglihatan, penciuman dan pendengaran juga tidak didapatkan kelainan atau abnormal pada pasien hipertensi. Tapi pada pengkajian tinjauan kasus didapatkan penglihatan pasien baik, pendengaran pada pasien normal dan penciuman pada pasien juga normal. Oleh karena itu pada pengkajian penginderaan ditinjau pustaka maupun ditinjau kasus di temukannya masalah keperawatan.

4.2.8 Pemeriksaan endokrin (B8),

pada tinjauan pustaka mengacu pada pembesaran kelenjar thyroid, kelenjar parotis dan kelaianan lain yang dapat mempengaruhi penembuhan fraktur sedangkan pada tinjauan kasus tidak didapatkan adanya pembesaran kelenjar thypoid, kelenjar parotis dan juga tidak ada luka gangrene yang dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka hiperensi itu sendiri.

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada tinjauan kasus hasil pengkajian nyata yang disesuaikan dengan keluhan nyata yang dialami pasien karena penulis menghadapi pasien secara langsung.

4.3 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengumpulan data dalam pengkajian yang dilakukan, maka ada beberapa diagnose keperawatan yang ditemukan penulis, diantaranya :

4.3.1 Nyeri Akut berhubungan dengan peningkatan serebral vaskuler dan iskemia.

Diagnosa ini ditegakan karena data-data yang ditemukan pada saat pengkajian sangat mendukung ditegakkannya diagnose ini, diantaranya pasien mengalami nyeri pada kepala bagian belakang dengan skala 7.

4.3.2 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk memasukan atau mencerna nutrisi oleh karena faktor psikologis. Diagnosa ini ditegakkan karena data-data yang ditemukan pada saat pengkajian sangat mendukung di tegakkannya diagnosa ini, antara lain pasien mengalami kekurangan nutrisi.

4.4 Perencanaan Keperawatan

Dari beberapa masalah tersebut disusun intervensi keperawatan untuk masing-masing diagnosa yang ditimbulkan. Untuk rasa nyeri yang dirasakan pasien dapat berkurang dengan, mengkaji tingkat nyeri, mengobservasi tanda-tanda vital dan melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesic sesuai dengan indikasi, meminimalkan aktifitas vasokonstriksi yang dapat meningkatkan sakit kepala, membantu pasien dan keluarga dalam ambulasi kebutuhan, menjelaskan tentang penyebab nyeri memberikan cairan atau makan lunak dan tinggi serat mengajarkan pasien untuk melakukan teknik distaksi dan relaksasi setelah perawatan 2 hari pasien tampak tenang, tidak gelisah, nyeri berkurang.

Untuk diagnosa resiko cedera dengan mengorientasikan pasien terhadap lingkungan, mengobservasi tanda-tanda vital, pertahankan tirah baring ketat dalam posisi terlentang, mengajurkan pasien untuk mengistirahatkan mata agar tidak lelah, dan modifikasi lingkungan sekitar yang nyaman. Setelah perawatan 2 hari pasien bisa melakukan aktifitasnya sendiri secara perlahan-lahan dan mata pasien berkunang-kunang.

4.5 Implementasi

4.5.1 Asuhan keperawatan dilaksanakan selama 2 hari pada diagnose “ nyeri akut yang b.d peningkatan vaskuler serebral”, implementasi dilakukan untuk membina hubungan dengan pasien agar pasien kooperatif, menjelaskan pada pasien tentang penebab nyeri, mengatur posisi pasien senyaman mungkin, mengobservasi tanda-tanda vital dan melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesic sesuai indikasi, mempertahankan tirah baring selama fase akut, mengajarkan pasien melakukan teknik relaksasi dan distraksi, memberikan penjelasan tentang penyebab nyeri.

4.5.2 Asuhan keperawatan dilaksanakan selama 2 hari pada diagnosa “ resiko cedera b.d gangguan penglihatan yang ditandai dengan pasien mengatakan pandangannya terlihat kabur dan berkunang-kunang saat berdiri”, maka implementasi yang dilakukan kepada pasien yaitu membina pasien agar pasien kooperatif, menjelaskan pada pasien tentang penyebab mata berkunang-kunang, mengobservasi tanda-tanda vital, mengatur posisi pasien senyaman mungkin, mengajurkan pasien untuk mengistirahatkan mata agar tidak lelah,

mempertahankan tirah baring dalam posisi terlentang yang suda ditentukan, kolaborasi dengan tim medis untuk memberikan obat sesuai indikasi.

4.6 Evaluasi

Dari pengkajian tersebut bisa ditarik evaluasi bahwa pasien mengatakan sudah tidak terasa nyeri lagi pada bagian belakang dan defisit perawatan diri, sehingga masalah yang timbul pada pasien sudah teratasi dan intervensi di hentikan kemudian pasien pulang.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnose medis Hipertensi diruang Melati RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis Hipertensi.

5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Hipertensi, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut

5.1.1 Pada pengkajian tinjauan kasus di dapatkan data fokus aktifitas vasokonstriksi yang dapat meningkatkan sakit kepala, membantu pasien dan keluarga dalam ambulasi kebutuhan, menjelaskan tentang penyebab nyeri memberikan cairan atau makan lunak dan tinggi serat mengajarkan pasien untuk melakukan teknik distaksi dan relaksasi setelah perawatan 2 hari pasien tampak tenang, tidak gelisah, nyeri berkurang. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk memasukan atau mencerna nutrisi oleh karena faktor psikologis. karena data-data yang ditemukan

pada saat pengkajian sangat mendukung di tegakkannya diagnosa ini, antara lain pasien mengalami kekurangan nutrisi.

5.1.2 Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan serebral vaskuler dan iskemia. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk memasukan atau mencerna nutrisi oleh karena faktor psikologis.

5.1.3 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk memasukan atau mencerna nutrisi oleh karena faktor psikologis. pasien mengalami kekurangan nutrisi. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan serebral vaskuler dan iskemia. untuk mengurangi aktifitas vasokonstriksi yang dapat meningkatkan sakit kepala, membantu pasien dan keluarga dalam ambulasi kebutuhan, menjelaskan tentang penyebab nyeri memberikan cairan atau makan lunak dan tinggi serat.

5.1.4 Nyeri akut membina hubungan saling percaya, agar pasien kooperatif, menjelaskan pada pasien penyebab nyeri, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesic sesuai indikasi. Ketidakseimbangan nutrisi dari kebutuhan tubuh makan-makanan yang sehat, istirahat yang cukup, minum obat tepat waktu.

5.1.5 Dari pengkajian tersebut bisa ditarik evaluasi bahwa pasien mengatakan sudah tidak terasa nyeri lagi pada bagian belakang dan ketidakseimbangan nutrisi,

sehingga masalah yang timbul pada pasien sudah teratasi dan intervensi di hentikan kemudian pasien pulang.

5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

5.2.1 untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.

5.2.2 perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien

5.2.3 Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkahbaiknyamemberikaninformasitentangbahaya Hipertensi

5.2.4 Pendidikan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan ilmu kesehatan.

5.2.5 kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Murwani, 2009 *Proses Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Brunner & Suddarth, 2002 *Keperawatan Medikal Bedah Vol 2*. Jakarta : EGC.
- Depkes RI, 2006 Kebijakan dan Strategi Nasional Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Tidak Menular. Jakarta.
- Nugroho, 2012 *Proses Keperawatan*. Jakarta : Universitas Indonesia Press.
- Doengoes, (2009). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta : BBC.
- Corwin, 2009 *Gaya hidup pada penderita hipertensi*. Surakarta : Fakultas psikologis, Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Bambang Sadewo, (2004). *Hipertensi*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.
- Suyono Slamet, (2001). *100 Question & Answer Hipertensi*. Jakarta : Elex Media Komputindo.
- Rokhaeni, 2001 buku ajaran keperawatan kardiovaskuler Jakarta : bidang pendidikan dan pelatihan pusat kesehatan jantung dan pembuluh darah nasional harapan kita.
- Muttaqin, 2008 Buku Ajar Asuhan Keperawatan pasien dengan Gangguan System Pernapasan. Jakarta : Salembaa Medika.
- Nurhasanah Dwi, 2013 Klasifikasi, Analisis, Dan Diagnosa Data Keperawatan. [Hhttp://dewinrhasanah. Blogspot.com](http://dewinrhasanah.blogspot.com).
- Potter dan perry, (2006). *Buku Ajaran Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan praktik, Edisi 4* Jakarta :EGC.
- Anindya, 2009 Hipertensi : Tekanan Darah Tinggi Yogyakarta : Penerbit Kanisius.
- Mahmarian, 2013
- Ardiansyah, 2009
- Tyas, 2013
- Susilo & wulandari, 2010

INFORMED CONSENT

Judul: “Asuhan Keperawatan Pada Tn. R Dengan Diagnosa Medis **HIPERTENSI** Di Ruang Melati RSUD BANGIL PASURUAN”.

Tanggal pengambilan studi kasusBulanTahun

Sebelum tandatangan dibawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama **Intan Indah Permatasari**, proses pengambilan studi kasus ini dengan saya mengerti semua yang telah dijelaskan tersebut.

Saya setuju untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan studi kasus ini dan saya telah menerima salinan dari form ini.

Saya, Nona/Nyonya/Tuan
dengan ini saya memberikan kesediaan setelah mengerti semua yang telah dijelaskan oleh peneliti terkait dengan proses pengambilan studi kasus ini dengan baik. Semua data dan informasi dari saya sebagai partisipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini.

Tanda tangan partisipan
(.....)

Tanda tangan Saksi
(.....)

Tanda tanganPeneliti
(.....)