

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN
HIPERTENSI DI RUANG BAITUL IZZAH 1
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah
Diajukan Sebagai salah satu persyaratan
untuk memperoleh gelar ahli madya keperawatan



Di Susun Oleh :
Devita Arinda Putri
NIM 40901800021

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2021**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN
HIPERTENSI DI RUANG BAITUL IZZAH 1
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Di Susun Oleh :

Devita Arinda Putri

NIM 40901800021

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

2021

SURAT BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan dengan sebenarnya mengatakn bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan ketentuan yang berlaku di fakultas ilmu keprawatan universitas islam sultan agung. Jika kemudian hari saya melakukan tindakan plagiarism, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menrima sanksi yang dijatuhkan oleh universitas islam sultan agung semarang



Semarang, 31 Mei 2021



(Devita Arinda Putri)

HALAMAN PERSETUJAN
KARYA TULIS ILMIAH BERJUDUL
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN
HIPERTENSI DI RUANG BAITUL IZZAH 1
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Disusun Oleh :

Nama : Devita Arinda Putri

Nim : 40901800021

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan dihadapan penguji karya tulis ilmiah program studi D-III keperawatan fakultas ilmu keperawatan unissula semarang pada

Hari : Senin

Tanggal : 25 januari 2021

Semarang, 25 januari 2021

Pembimbing



(Ns. Retno Setyawati, M.Kep. Sp. KMB)

NIDN.O6-0130-67403

HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan tim penguji karya tulis ilmiah prodi DIII keperawatan FIK unissula pada hari senin Tanggal 14 Juni 2021 telah diperbaiki sesuai dengan masukan tim penguji

Semarang, 14 Juni 2021

Penguji 1

Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep

NIDN.0605057902



.....

Penguji 2

Ns. dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep

NIDN.0622078602



.....

Penguji 3

Ns. Retno Setyawati, M.Kep. Sp.KMB

NIDN.06130647403



.....

Mengetahui

Dekan fakultas ilmu keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep

NIDN.0622087403

HALAMAN MOTTO

Barang Siapa Yang Mengerjakan Kebaikan Sekecil Apapun, Niscaya
Dia Akan Melihat (Balasan) Nya. (Q.S Al- Zalzalah:7)



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang terus mengkaruniakan nikmat, rahmat serta iman, shalawat serta salam tercurah kepada Nabi agung Muhammad SAW, sehingga berkat rahmat dan karunianya, penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan pada NY. S ”tepat pada waktunya. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini diajukan sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung.

Pada penyusunan KTI ini penulis banyak mengalami kesulitan dan hambatan akan tetapi semuanya bisa dilalui berkat bantuan dari berbagai pihak. Dalam penyusunan KTI ini penulis telah mendapatkan bantuan, dorongan dan bimbingan dari berbagai pihak baik materi maupun moral. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Allah SWT yang telah memberikan kesehatan dan kemudahan sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bedjo Santoso MT.Ph.D selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Iwan Ardian, SKM., M.Kep selaku Dekan FIK Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Muh Abdurrouf M.Kep selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan FIK Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Ns. Retno Setyawati, M.Kep. Sp.KMB selaku Pembimbing dan Penguji KTI yang senantiasa bijaksana dan bersabar dalam memberikan bimbingan, semangat, nasehat, kepercayaan dan waktunya selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang sebagai Lahan Praktik tempat diambilnya studi kasus sehingga dapat mengaplikasikan ilmu yang saya peroleh dari Universitas Islam Sultan Agung Semarang sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Dosen pengajar dan staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan berbagai ilmu selama masa perkuliahan hingga dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Terimakasih kepada orang tua saya Ibu Ratna Widiastuti atas seluruh doa, susah payah, kerja keras dan kesabarannya serta berjuang demi masa depan dan kesuksesan penulis dan tidak pernah berhenti memberikan semangat dan dukungan dalam proses penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Seluruh keluarga saya yang telah mendoakan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan tepat waktu.
10. Syahrur Ramadhan yang telah membantu dan memberikan semangat selalu dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Teman satu pembimbing yang selalu memberikan semangat dan motivasi dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Teman-teman D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung angkatan 2018 yang saling menguatkan dan memberikan motivasi dan dukungan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuan dan dukungannya yang telah diberikan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN MOTO.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL GAMBAR.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	2
C. Manfaat Penulisan.....	3
BAB II.....	4
KONSEP DASAR.....	4
A. Konsep Dasar Penyakit	4
1. Definisi.....	4
2. Etiologi.....	4
3. Patofisiologi	5
4. Manifestasi Klinis	8
5. Pemeriksaan Diagnostik	8
6. Komplikasi	9
7. Penatalaksanaan Medis.....	11
B. Konsep Dasar Keperawatan	13
1. Pengkajian Keperawatan	13
2. Diagnosa Keperawatan.....	14
3. Intervensi Keperawatan.....	15

C. Pathways	20
BAB III.....	21
LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN.....	21
A. Pengkajian Keperawatan	21
B. Analisa Data	35
C. Diagnosa Keperawatan Dan Prioritas Keperawatan	36
D. Intervensi Keperawatan.....	36
E. Implementasi Keperawatan	37
F. Evaluasi.....	38
BAB IV	39
PEMBAHASAN	39
A. Definisi Nyeri akut.....	39
1. Pengkajian.....	39
2. Diagnosa Keperawatan.....	41
3. Intervensi.....	42
4. Implementasi.....	43
5. Evaluasi.....	43
B. Definisi Gangguan pola tidur	44
1. Pengkajian.....	44
2. Diagnosa keprawatan	44
3. Intervensi.....	45
4. Implementasi.....	45
5. Evaluasi.....	46
BAB V.....	47
PENUTUP.....	47
A. Kesimpulan	47
B. Saran	47
DAFTAR PUSTAKA	49
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL GAMBAR

Table 1 Analisa data.....	35
Table 2 Intervensi keperawatan	36
Table 3 Implementasi keperawatan.....	37
Table 4 Evaluasi keperawatan.....	38



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Kesediaan Membimbing	51
Lampiran 2 Surat Keterangan Konsultasi	52
Lampiran 3 Lembar konsultasi.....	53
Lampiran 4 berita acara.....	54
Lampiran 4 Asuhan Keperawatan.....	55



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tekanan darah adalah gaya yang diberikan oleh darah terhadap dinding pembuluh darah dan dihasilkan oleh dorongan darah terhadap dinding arteri ketika darah tersebut dipompa dari jantung ke jaringan. Besarnya tekanan bergantung pada pembuluh darah dan denyut jantung. Tekanan yang paling tinggi disebut dengan sistolik terjadi ketika ventrikel berkontraksi, sedangkan tekanan yang paling rendah disebut dengan diastolik terjadi ketika ventrikel relaksasi. pada keadaan hipertensi tekanan dara meningkat lebih tinggi karena darah yang dipompakan melalui pembuluh darah dengan kekuatan berlebih. (Sari et al., 2020)

Berdasarkan Data World Health Organization (WHO) pada tahun 2015 menunjukkan sekitar 1,3 milyar orang didunia mengidap penyakit hipertensi artinya sekitar 1 dari 3 orang didunia mengidap hipertensi. Setiap tahunnya jumlah pengidap hipertensi selalu meningkat, sedangkan pada tahun 2025 diperkirakan akan ada sekitar 1,5 milyar orang yang mengidap penyakit hipertensi, akibat dari penyakit hipertensi dan komplikasi nya ada 10,44 juta orang yang meninggal dunia. Dari seluruh penyakit tidak menular (PTM) yang dilaporkan, penyakit hipertensi masih menempati urutan tertinggi yaitu dengan persentasi yaitu sebesar 68,6% data dari institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) pada tahun 2017, menyatakan bahwa dari 53,3 juta kematian didunia penyakit kardiovaskular menyumbang sebesar 33,1 % , kanker sebesar 16,7 %, diabetes melitus dan gangguan endokrin 6 % dan infeksi saluran pernafasan bawah sebesar 4,8 %. Pada tahun 2016 diperoleh total kematian sebesar 1,5 juta salah satu peyumbang angka kematian tersebut adalah penyakit kardiovaskular dengan persentasi sebesar 36,9 %, kanker sebesar 9,7 %, diabetes melitus dan endokrin sebesar 9,3 % dan tuberkulosa sebesar 5,9 %. (Kemenkes RI, 2019)

Data dari hasil Riskesdas pada tahun 2018 menunjukkan bahwa penderita hipertensi di Jawa Tengah didominasi oleh penduduk yang berusia di atas 18 tahun sebanyak 8,4%. Data dari dinas kesehatan Kota Semarang pada tahun 2018 angka penyakit hipertensi sebanyak 161.283 kasus. Data yang diperoleh dari profil kesehatan provinsi Jawa Tengah Kota Semarang masyarakat yang mengidap hipertensi sebanyak 6,88%. Hal ini menandakan bahwa sebagian besar kasus hipertensi di masyarakat belum terdiagnosis dan terjangkau oleh pelayanan masyarakat. Stroke, gagal jantung, serangan jantung, dan gagal ginjal kronik merupakan komplikasi dari hipertensi apabila tidak ditangani dalam waktu yang lama. Pada tahun 2013 jumlah angka kejadian hipertensi menurut diagnosis dokter dan tenaga kesehatan sebesar 9,5% dan pada tahun 2018 menurun menjadi 8,8%. Diperlukan penanganan yang komprehensif untuk menanggulangi masalah tersebut guna mencegah timbulnya penyakit yang lebih serius atau bahkan menyebabkan kematian. Diperlukan peran perawat sebagai pelayanan dan juga pendidik yang mampu memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan hipertensi melalui pendekatan proses keperawatan yang benar. (Sari et al., 2020)

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Dari karya tulis ilmiah ini penulis mampu memahami konsep dari penyakit hipertensi dan mempelajari asuhan keperawatan pada pasien hipertensi serta memberi pemahaman dan pengetahuan pada penulis supaya bisa berfikir secara ilmiah dan logis sesuai seperti kenyataan yang terdapat di lahan.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penulisan karya tulis ini yaitu penulis mampu :

- a. Menggambarkan proses pengkajian pada Ny. S dengan hipertensi
- b. Menggambarkan proses penentuan diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. S dengan hipertensi

- c. Menggambarkan proses penyusunan intervensi keperawatan yang sesuai untuk Ny. S dengan hipertensi
- d. Menggambarkan proses implementasi keperawatan pada Ny. S dengan hipertensi
- e. Menggambarkan proses evaluasi tindakan yang telah dilakukan pada Ny. S dengan hipertensi
- f. Menggambarkan proses pendokumentasian tindakan yang telah dilakukan pada Ny. S dengan hipertensi

C. Manfaat Penulisan

1. Manfaat bagi instansi akademik

Yaitu dapat digunakan sebagai acuan atau referensi untuk institusi pendidikan sebagai pengembangan ilmu tentang asuhan keperawatan dengan gangguan system kardiovaskular hipertensi

2. Profesi keperawatan

Menambah wawasan tenaga kesehatan untuk menambah pengetahuan tenaga kesehatan supaya dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat dan sesuai pada pasien dengan gangguan sistem kardiovaskular hipertensi

3. Lahan praktik

Manfaat penulisan karya tulis ilmiah bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan atau referensi dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan untuk pasien khususnya dengan gangguan sistem kardiovaskular hipertensi

4. Bagi pembaca

Manfaat penulisan karya ilmiah bagi masyarakat yang membaca adalah sebagai bahan atau referensi untuk ilmu pengetahuan agar dapat menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi

Hipertensi merupakan suatu keadaan meningkatnya tekanan darah diatas normal atau sistolik lebih dari sama dengan 140 mmHg dan diastolik diatas 90 setelah dilakukan dua kali pengukuran secara terpisah. Menurut American Society of Hypertension (ASH) hipertensi adalah kumpulan gejala yang progresif sebagai akibat dari kondisi lain yang kompleks dan saling berhubungan, badan kesehatan dunia menyatakan hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik diatas 160/95 mmHg, (JNC VII) berpendapat bahwa hipertensi merupakan kenaikan tekanan darah diatas 140/90 mmHg, sedangkan menurut Brunner dan Suddarth hipertensi juga diartikan yaitu sebagai kenaikan tekanan darah persisten dimana tekanan darahnya diatas 140/90 mmHg. Dari beberapa uraian pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa hipertensi merupakan kenaikan tekanan darah diatas normal (Nuraini, 2015)

2. Etiologi

Hipertensi adalah suatu penyakit dengan keadaan medis yang beragam pada sebagian besar pasien hipertensi, penyebab dan patofisiologisnya tidak diketahui seperti hipertensi primer atau essensial. Hipertensi jenis ini hanya dapat dikontrol namun tidak bisa disembuhkan. Hipertensi sekunder mempunyai penyebab khusus dengan persentase yang rendah. baik endogen maupun eksogen apabila penyebab ini dapat diketahui maka pasien hipertensi ini dapat disembuhkan secara potensial (Pramana, 2016)

Ada beberapa Faktor penyebab munculnya penyakit hipertensi diantaranya umur, riwayat keluarga, genetik, jenis kelamin, serta ada beberapa faktor risiko yang dapat diubah atau dikontrol seperti obesitas, kebiasaan merokok, stress, kurangnya aktivitas fisik, dan pola konsumsi garam yang berlebihan (anu Purwono, et. al 2020)

3. Patofisiologi

Cara yang dapat dilakukan untuk mengontrol kontraksi serta relaksasi pembuluh darah terdapat pada pusat vasomotor pada medula di otak. Dari vasomotor itu diawali jaras saraf simpatis yang terus bersambung ke bagian bawah korda spinalis lalu berakhir dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di thorak serta abdomen. impuls pusat vasomotor diharapkan pada bentuk stimulus yang terus bergerak kebawah melewati sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion meloloskan asetikolin yang dapat mendorong serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah. dikeluarkannya norepineprin akan menyebabkan kontriksi pembuluh darah pada impuls vasokonstriktor. Seseorang dengan hipertensi sangat rentan terhadap norepinefrin (Virdianti, 2020)

Pada waktu yang bersamaan dimana sistem saraf simpatis mendorong pembuluh darah sebagai aksi impuls emosi, kelenjar adrenalpun terangsang menyebabkan terjadinya peningkatan aktifitas vasokontriksi. Medula adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat mempertahankan respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokontriksi yang menyebabkan penyusutan aliran darah ke ginjal dapat mengakibatkan pelepasan renin. Renin mengimpuls pembuatan angiotensin I selanjutnya berubah menjadi angiotensin II yang menimbulkan terjadinya suatu vasokonstriktor yang kuat. Hal ini mengimpuls sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini juga mengakibatkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal yang menyebabkan volume intravaskuler. Semua faktor itu lebih cenderung

bisa menimbulkan hipertensi. Pada lansia, perombakan susunan dan peran pada sistem pembuluh perifer bertugas pada perombakan tekanan darah yang terjadi. Perubahan tersebut seperti aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penyusutan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah yang dapat menyusutkan keefektifan distensi daya regang pembuluh darah. Hal ini mengakibatkan aorta dan arteri besar berkurang kekuatan dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup) sehingga dapat terjadi penurunan curah jantung dan kenaikan tekanan perifer (Nixson, 2018)

Ada pula kesimpulan menurut Kowalak (2017) tekanan darah arteri yang meningkat ialah suatu produk hasil dari tahanan perifer serta curah jantung. Meningkatnya jumlah volume jantung itu dikarenakan oleh adanya keadaan yang dapat menyebabkan frekuensi jantung, volume sekuncup ataupun keduanya bertambah. Tahanan perifer bisa juga bertambah dikarenakan adanya beberapa hal-hal yang membuat meningkatkan viscositas darah atau mengecilkan kadar lumen pembuluh darah, yang signifikan terhadap perbaikan arteriol.

Berbagai sumber menjabarkan munculnya hipertensi seperti

- a. pembaruan yang terdapat pada tumpuan sekat pembuluh darah arteriol dapat menimbulkan terjadinya kenaikan kekebalan vaskuler perifer.
- b. Meningkatnya tonus di sistem saraf simpatik yang tidak normal yang bersumber dari dalam inti sistem vasomotor, kenaikan tonus ini juga dapat menjadikan kenaikan pada kekebalan vaskuler perifer.
- c. Bertambahnya kapasitas darah yang terbentuk dikarenakan adanya penyimpangan fungsi renal atau tidak normal.
- d. Meningkatnya penebalan pada dinding arteriol diakibatkan oleh penyebab genetik yang dapat menjadikan adanya kenaikan pada kekebalan vaskuler perifer.

- e. pemisahan renin yang tidak normal sampai terbentuklah angiotensin II bisa menyebabkan konstriksi arteriol serta menaikkan jumlah darah.

Hipertensi yang sudah terlalu lama bisa memperberat kinerja pada jantung dikarenakan terjadinya bertambah kekebalan pada ejeksi ventrikel kiri. Dapat memperbesar energi pada saat kontraksi, ventrikel kiri akan menjadi hipertrofi untuk memenuhi keperluan jantung terhadap O_2 , serta kewajiban tugas pada jantung akan membesar. Perubahan ukuran serta ketidakberhasilan pada jantung bisa tercipta disaat kondisi hipertrofi gagal mensupport curah jantung yang cukup. Hipertensi juga dapat memunculkan adanya proses penebalan pembuluh darah koronia, menyebabkan jantung bisa menjadi gangguan yang lebih serius karena adanya pelemahan kekuatan aliran darah kedalam miokardium lalu menimbulkan angina pektoris (infark miokard) Hipertensi juga dapat menimbulkan adanya kecacatan pada aliran darah yang mana bisa memacu jalanya penebalan pada pembuluh darah dan kerusakan pada organ, stroke, gagal ginjal, dan diseksi aorta dan pada mata.

- a. Preload : volume darah yang memenuhi jantung berbanding langsung terhadap dorongan yang dihasilkan dari jauhnya serabut jantung
- b. Kontraktilitas : perubahan tekanan kontraksi yang terjadi pada tingkat sel dan berkaitan dengan perubahan panjang serabut jantung dan kadar kalsium
- c. Afterload : besaran kekuatan ventrikel yang patut diciptakan guna memompa darah mendesak ketidaksamaan kekuatan yang dihasilkan dari kekuatan/tekanan arteriole. Hipertensi yang dipengaruhi oleh curah jantung dan kekuatan perifer. Adapun faktor yang berpengaruh terhadap hipertensi yaitu faktor renin, angiotensis, dan aldosteron meningkatnya gerakan tonus simpatis,

pada tahap pertama hipertensi curah jantung bertambah tinggi, tekanan perifer normal, pada tahap yang kedua curah jantung biasa, tekanan perifer bertambah tinggi sehingga munculah impulsif autoregulasi yaitu cara kerja tubuh agar dapat mengukuhkan situasi hemodinamik yang normal. Hipertensi yang telah lama dan belum pernah mendapatkan tindakan medis sama sekali dapat menimbulkan hal yang fatal seperti membahayakan pembuluh darah disetiap tubuh yaitu jantung, mata, otak dan ginjal Jantung bisa bertambah besar seumpama dituntut untuk memperberat beban kerja pada waktu memompa melawan besarnya beban dorongan aliran darah pada pasien hipertensi.

4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala hipertensi dikelompokkan kedalam beberapa kelompok : Tidak ada gejala Hipertensi arterial tidak akan terdiagnosa jika tekanan arteri tidak terukur selain pengukuran dorongan arteri oleh tenaga kesehatan yang mengobservasi maka dari itu gejala yang khusus tidak ada yang dapat dikaitkan serupa peningkatan tekanan darah (Fauzi, 2020) tanda yang lazim timbul serta menyertai penderita hipertensi adalah kelelahan dan nyeri pada bagian kepala yang sering dirasakan dan sebagian besar pasien yang mengalami gejala tersebut mencari pertolongan medis dan ada sejumlah gejala yang dirasakan oleh pasien hipertensi:

- a. Pusing dan mengeluh sakit kepala
- b. Kelelahan, lemas
- c. Gelisah, sesak nafas
- d. Mual & muntah
- e. Eristaksis dan kesadaran berkurang

5. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Pemeriksaan Labolatorium

- 1) Hb/Ht : untuk mengetahui adanya hubungan antara volume cairan (viskositas) dari sel-sel dan dapat mengetahui adanya faktor risiko seperti : anemia dan hipokoagulabilitas.
- 2) BUN / Kreatinin : untuk mengetahui patokan tentang tugas dari ginjal.
- 3) Glukosa : hiperglikemi atau diabetes militus merupakan penyebab hipertensi yaitu karena imbas yang disebabkan oleh pengeluaran jumlah ketokolamin.
- 4) Urinalisa : glukosa, protein, darah, mengisaratkan kelainan kerjaginaj dan terdapat DM.
- 5) EKG : untuk mengetahui dimana luas peninggian gelombang P merupakan salah satu pertanda terdapatnya penyakit jantung
- 6) CTScan : untuk mengkaji adanya encelopati dan tumor cerebral
- 7) IUP : menyelidiki etiologi hipertensi seperti : batu ginjal, perbaikan ginjal.
- 8) Foto thorax : menunjukkan susunan pembagian area pembesaran pada jantung

6. Komplikasi

Penyakit stroke, gagal jantung kongestif, penyakit jantung, penyakit ginjal dan gangguan penglihatan merupakan komplikasi dari penyakit hipertensi jika tidak ditangani dalam waktu yang lama akibat dari pada penyakit tubuh lain serta akan memperpendek umur 15-25 tahun sampai penderita kehilangan nyawa.

Hipertensi sedang sampai ringan dapat berdampak pada penglihatan yaitu kebutaan dan gangguan retina kelainan yang sering dijumpai pada pengidap hipertensi berat yaitu gagal jantung sroke merupakan dampak yang timbul pada otak karena terjadi perdarahan akibat mikroaneurisma pecah. Dapat menyebabkan kematian. Gangguan lain yang mungkin terjadi ialah jalannya tromboemboli dan

gangguan sementara iskemia otak, juga sering ditemui gagal ginjal sebagai komplikasi tekanan darah tinggi yang telah lama dan akut

Tekanan darah tinggi/hipertensi dapat menyebabkan gangguan pada bagian tubuh baik secara langsung ataupun tidak. penelitian sebelumnya mendapatkan bahwa hal yang merusak bagian bagian tubuh tersebut merupakan dampak langsung dari besarnya tekanan darah. Hal ini juga dibuktikan oleh hasil penelitian lainnya bahwa seseorang yg menjalani diet tinggi garam dan lebih sensitif terhadap garam maka memiliki dampak besar terhadap rusaknya pembuluh darah

a. Otak

Stroke merupakan komplikasi yang sering terjadi pada pasien hipertensi hal ini diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah yang ada di otak akibat derasnya aliran darah akibat dari peningkatan tekanan darah yang tinggi sehingga menyebabkan kenaikan dorongan kapiler, dan merangsang cairan masuk ke ruang interstisium di disemua sistem saraf pusat. Hal ini menyebabkan unit kerja pada sistem saraf pusat mengalami gangguan bahkan sampai kehilangan nyawa.

b. Kardiovaskular

Infark miokard bisa muncul disaat arteri koroner mengalami penebalan atau sumbatan pada pembuluh darah apabila terbentuknya trombus yang menghalangi laju darah yang melewati area tersebut, sehingga miokardium tidak memungkinkan untuk memasok oksigen yang diperlukan. miokardium yang kekurangan suplay oksigen maka akan menimbulkan iskemia jantung pada akhirnya timbul infark.

c. ginjal

Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan munculnya komplikasi gagal ginjal hal ini diakibatkan karena adanya kerusakan progresif akibat dari tekanan tinggi pada kapiler ginjal

dan glomerulus. Dari kerusakan ini sehingga darah mengalir ke unit-unit ginjal mengganggu. Kerusakan glomerulus akan mengakibatkan darah mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, sehingga nefron menimbulkan hipoksia serta kematian pada ginjal.

d. Retinopati

Hipertensi menimbulkan pengaruh terhadap retina. Berat ringannya gejala yang timbul bergantung pada lama menderita dan tingginya tekanan darah. Penderita akibat komplikasi ini pada mulanya tidak menampakkan tanda dan gejala bisa sampai pada kebutaan tahap akhir.

7. Penatalaksanaan Medis

Dalam (Soenarta et al., 2015) menjelaskan bahwa dalam penanganan hipertensi terdapat penatalaksanaan farmakologis & non farmakologis, adalah sebagai berikut :

a. Tatalaksana Non Farmakologis

Pasien yang mengidap hipertensi disarankan untuk menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat karena sudah terbukti mampu menurunkan derajat hipertensi dan penyakit kardiovaskular lainnya. Sebelum dilakukan pemberian terapi farmakologi pasien disarankan untuk menjalani tatalaksana non farmakologi dengan waktu 4-6 bulan apabila selama waktu tersebut pasien belum menunjukkan pemulihan maka bisa diberikan terapi farmakologis.

beberapa pola hidup bersih dan sehat antara lain sebagai berikut :

- 1) Menurunkan berat badan atau obesitas, merupakan salah satu cara untuk menghindarkan diri dari penyakit hipertensi hal ini bisa dilakukan dengan rutin aktivitas fisik dan berolah raga serta mengganti jenis makanan ke yang lebih sehat

- 2) Membatasi jumlah garam, makanan yang tinggi akan kandungan garam bisa memprbesar risiko hipertensi atau memperparah serta mengurangi risiko penyakit jantung
- 3) Rutin berolahraga teratur, dengan melakukan olahraga rutin dan teratur maka dapat menurunkan tekanan darah. Olahraga bisa dilakukan dimana saja termasuk ditempat kerja bagi yang tidak memiliki waktu khusus untuk berolahraga
- 4) Tidak mengkonsumsi alkohol, dengan mengurangi atau membatasi pria maksimal 2 gelas perhari dan wanita 1 gelas perhari maka akan menghindarkan kita dari penyakit hipertensi
- 5) Tidak merokok meskipun secara spesifik tidak merokok dapat menurunkan tekanan darah akan tetapi merokok merupakan salah satu hal yang utama dalam risiko terkena hipertensi.

b. Tatalaksana Farmakologi

terapi farmakologi dapat diberikan pada pasien hipertensi apabila selama diberikan penatalaksanaan non farmakologis tidak ada perubahan selama lebih dari 6 bulan terapi ini dapat diberikan pada pasien hipertensi derajat 1 atau diatas derajat 2 berikut prinsip dasar yang perlu diperhatikan untuk mencegah efek samping:

- 1) Memberikan obat dengan dosis tunggal jika memungkinkan
- 2) Memberikan obat yg sesuai biaya atau tidak paten dalam catatan obat tersebut sesuai dengan pasien
- 3) Meberikan obat pada lansia dengan melihat penyakit bawaan
- 4) Tidak dianjurkan untuk mencampur angiotensin converting enzyme inhibitor
- 5) Tidak lupa memberikan pemahaman kepada pasien terkait terapi yang akan diberikan
- 6) Melakukan pemantauan efek samping dari obat secara berkala

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

a. Data Umum

1) Pengkajian Keperawatan

Meliputi identitas pasien, alamat, pendidikan, agama nomor RM serta identitas lainnya

2) Keluhan Utama

Merupakan gejala utama yang dirasakan sehingga harus dibawa kerumah sakit seperti nyeri kepala dan pusing

3) Riwayat kesehatan sekarang

Hipertensi tidak menimbulkan gejala namun pada sebagian besar penderita gejala yang umum adalah nyeri kepala, pusing dan kelelahan ini terjadi apabila hipertensi sudah parah menyebabkan kerusakan pada mata, otak, ginjal, dan jantung. terkadang pasien hipertensi mengalami koma

4) Riwayat kesehatan dahulu

Adakah riwayat penyakit yang sama seperti yang dialami sekarang, contohnya hipertensi, asma, diabetes melitus, apakah pernah merokok, konsumsi alkohol dan menggunakan kontrasepsi oral

5) Riwayat kesehatan keluarga

apakah dari generasi keluarga sebelumnya memiliki penyakit yang sama seperti yang diderita pasien saat ini

b. Data dasar pengkajian pasien

1) Aktivitas/istirahat tanda dan gejala: letih, kelemahan, gaya hidup monoton, sesak nafas, perubahan irama jantung, takipnea, frekwensi jantung meningkat.

2) Sirkulasi tanda dan gejala: aterosklerosis, riwayat hipertensi, penyakit serebrovaskuler dan penyakit jantung koroner, denyut nadi jelas dan karotis, tekanan darah meningkat

- 3) Integritas ego Gejala: adakah kelainan sifat, cemas, mudah marah, gelisah wajah kaku dan pola bicara
- 4) Eliminasi Gejala: adakah gangguan eliminasi saat dirawat dan sebelum
- 5) Makanan dan cairan Gejala: apakah pasien mengkonsisi makanan dngan kandungan garam berlebih, tinggi kolesterol, lemak berlebih, gula, tinggi kalori, muntah dan mual dan perubahan berat badan saat sebelum dirawat dan saat di rawat kaji kekuatan pasien seperti genggaman, berjalan dan lain-lain
- 6) Gejala: angina, apakah timbul rasa nyeri tulang pada tungkai, sakit kepala berat dan nyeri abdomen.
- 7) Pernapasan Gejala: dipsnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja, takipnea, ortopnea, nokturnal, paroksimal, batuk dengan/tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok
- 8) Keamanan Gejala: gangguan koordinasi/ cara berjalan Tanda: episode Parestesia unilateral transient, hipotensi postural.
- 9) Pembelajaran/ penyuluhan Gejala: hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung, DM, penyakit serebrovaskular.
Rencana pemulangan Bantuan dengan pemantauan ATD, perubahan dalam terapi obat.

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan kesadaran menurun
- b. Nyeri akut berhubungan dengan nyeri kepala akut
- c. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi Na ditandai dengan edema
- d. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik
- e. Defisiensi pengetahuan b.d koping tidak adekuat

3. Intervensi Keperawatan

a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan kesadaran menurun

Tujuan : Kebutuhan metabolik tubuh terpenuhi. Kriteria Hasil :

- 1) TTV dalam nilai normal
- 2) Bisa melakukan aktivitas, tidak mudah lelah
- 3) Tidak ditemukan edema pada paru, perifer, dan tidak ada ansites
- 4) Tidak ada penurunan kesadaran

Pantau pernafasan

- 1) Tindakan Observasi
 - a) Pantau frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas untuk mengkompensasi penurunan kontraktilitas ventrikel
 - b) Pantau adanya penyumbatan jalan nafas supaya jalan nafas tetap lancar
- 2) Terapeutik

Auskultasi bunyi nafas supaya tahu bila terdapat hipertropi ventrikel
- 3) Edukasi

Beri lingkungan yang nyaman dan juga tenang karena untuk membantu proses penurunan rangsang simpatis dan meningkatkan relaksasi
- 4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik untuk menurunkan rangsangan dan meningkatkan relaksasi

b. Nyeri akut b.d nyeri kepala akut Tujuan : Kontrol rasa sakit dan tingkat rasa nyaman K.H:

- 1) Dapat mengontrol nyeri
- 2) Memberitahu jika rasa nyeri menurun

- 3) Dapat mengetahui nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
- 4) Mengatakan nyaman saat nyeri menurun

Manajemen Nyeri

a) Tindakan Observasi

kaji skala, karakteristik, lokasi, frekuensi, durasi, intensitas nyeri kualitas, agar dapat menentukan pengobatan yang sesuai dan mengevaluasi keberhasilan dari pengobatan

b) Terapeutik

(1) Berikan cara non farmakologis agar meminimalisir nyeri (terapi pijat, aromaterapy, terapi musik) untuk memperlambat respon simpatis efektif dalam meredakan rasa sakit kepala

(2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri untuk meminimalkan stimulus/ tindakan relaksasi

c) Edukasi

(1) Berikan pemahaman tentang etiologi, waktu, dan hal yang menyebabkan nyeri dapat mengontrol nyeri secara mandiri

(2) Anjurkan memakai analgetik dengan tepat untuk mengurangi dan menghilangkan nyeri

(3) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik untuk menurunkan / mengontrol nyeri

c. Kelebihan volume cairan b.d retensi Na ditandai dengan edema

Tujuan : Cairan dan elektrolit seimbang

Kriteria Hasil :

- 1) bebas dari efusi, anaskara dan edema
- 2) Bunyi nafas bersih, tidak ditemukan ortopneu/dyspneu
- 3) bebas dari kebingungan, kelelahan atau kecemasan

4) jelaskan indikator cairan berlebih

mengelola cairan

a) Tindakan Observasi

Monitor status hidrasi pantau pemasukan dan pengeluaran cairan hitung keseimbangan cairan tersebut selama 24 jam

b) Terapeutik

Berikan suplay cairan sesuai dengan keperluan memenuhi cairan tubuh sesuai kebutuhan

c) Edukasi

(1) Jelaskan pentingnya cairan bagi tubuh dapat mempertahankan cairan dalam tubuh dengan baik

(2) Ajarkan jenis, fungsi, perhitungan cairan sesuai dengan kebutuhan tubuh dapat melakukan secara mandiri

d) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian diuretik sebagai terapi konservatif

d. Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan fisik

Tujuan : melakukan kegiatan harian yang akan dilakukan Kriteria

Hasil :

- 1) TTV dalam batas normal
- 2) Ikut serta dalam kegiatan aktivitas fisik tanpa dibarengi kenaikan tekanan darah, RR, dan nadi
- 3) Dapat melaksanakan kegiatan sehari-hari secara individu
- 4) Balance istirahat dan aktivitas
 - a) Tindakan Observasi

Identifikasi kemampuan dalam beraktivitas mengetahui respon fisiologis terhadap aktivitas
 - b) Terapeutik

(2) Sepakati komitmen dan anjurkan teknik menyimpan tenaga mengurangi penggunaan energi yang berlebihan

(3) Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari sesuai kebutuhan untuk mencegah peningkatan kerja jantung

(4) Beri semangat atas keikutsertaan dalam kegiatan apresiasi dan semangat kemajuan untuk sembuh

c) Edukasi

(1) Berikan pemahaman teknik melakukan kegiatan sesuai dengan apa yang diinginkan

(2) anjurkan melaksanakan kegiatan fisik, spiritual, sosial, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan kooperatif untuk melakukan kegiatan menjaga kesehatan

e. Defisit pengetahuan b.d koping tidak adekuat

Tujuan : Mengetahui proses penyakit dan perilaku kesehatan

Kriteria hasil :

- 1) Pasien dan keluarga mengatakan pengetahuan tentang sakit, prognosis, program pengobatan, dan kondisi
- 2) Pasien dan keluarga dapat melakukan tindakan yang dijelaskan dengan baik dan benar
- 3) Pasien serta keluarga dapat mengatakan kembali apa yang diajarkan oleh perawat
- 4) Promosi Kesiapan Penerimaan Informasi

a) Tindakan Observasi

Identifikasi pemahaman tentang kondisi kesehatan saat ini mengetahui terapi yang akan dilakukan

b) Terapeutik

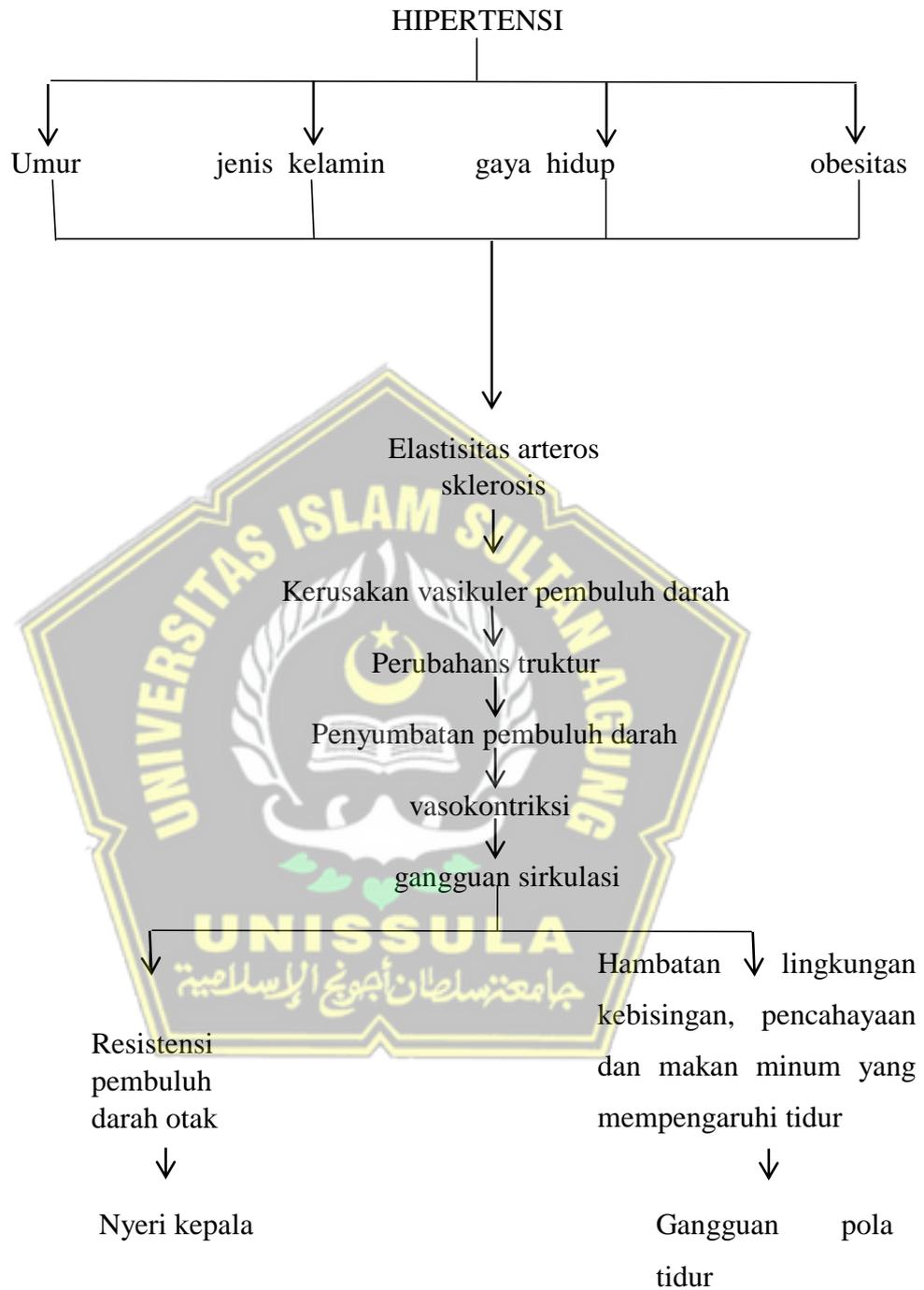
Lakukan penguatan potensi pasien dan keluarga untuk mendapatkan informasi memberikan informasi dengan baik agar pasien dan keluarga mampu menerima dengan baik

c) Edukasi

- (1) Berikan penjelasan menggunakan poster dan lain-lain untuk memudahkan pasien dan keluarga dalam memahami penjelasan yang diberikan oleh perawat
- (2) Anjurkan keluarga selama waktu perawatan sampai fase terminal jika memungkinkan kemampuan keluarga mendampingi dalam segala kondisi



C. Pathways



BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian Keperawatan

pengkajian dilakukan pada tanggal 25 Januari 2021. Penulis mengelola kasus pada Ny.S dengan masalah hipertensi di ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Diperoleh gambaran kasus sebagai berikut :

2. Data Umum

a. Identitas

1) Identitas pasien

Observasi dilaksanakan pada tanggal 25 Januari 2021 pada pukul 10.00 WIB di ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Pasien bernama Ny.S berusia 65thn jenis kelamin perempuan. agama Islam, yang bertempat tinggal di pondok Raden patah blok V no.8 Semarang. Pasien bekerja sebagai pedagang dengan pendidikan terakhir SD. Pasien masuk rumah sakit diantar oleh anaknya Tn.A dan diagnosa medis yang didapat adalah hipertensi pada tanggal 24 Januari 2021, pukul 21.20.

2) Identitas penanggung jawab

selama pasien dirawat di rumah sakit yang bertanggung jawab adalah anaknya yang bernama Tn.A yang berusia 45thn jenis kelamin laki-laki, agama Islam, pekerjaan wiraswasta, pendidikan STM, bertempat tinggal di brumbungan Tom no. 21 Semarang. Hubungan dengan pasien yaitu anak kandung.

b. Keluhan utama

Pasien mengatakan keluhan yang dirasakan yaitu nyeri, sudah dirasakan lumayan lama rasanya cunut-cunut seperti ditekan-tekan,

nyeri di bagian kepala dan tengkuk, skala nyeri 4 dari 1-10, keluhan yang dirasakan saat duduk, berdiri, dan berjalan, muncul secara tiba-tiba.

c. Status kesehatan saat ini

Pasien mengatakan keluhan yang dialami nyeri di area kepala dan tengkuk, alasan masuk rumah sakit yaitu karena pasien merasakan nyeri kepala seperti berputar-putar, pandangan berkunang-kunang hingga tak mampu untuk berdiri, kemudian keluarga pasien segera membawanya ke rumah sakit. Pasien mengatakan faktor pencetus penyakitnya saat ini karena banyak hal yang difikirkannya dan dirinya suka makan makanan yang asin. Pasien mengatakan dirinya mengalami hipertensi sejak 3 tahun lalu. Pasien mengatakan timbulnya keluhan secara mendadak. Pasien mengatakan upaya yang dilakukan untuk mengatasi saat dirinya sakit pasien langsung memeriksakan dirinya ke klinik terdekat dan selalu minum obat sesuai anjuran dari dokter. Pasien mengatakan faktor yang memperberat keadaannya adalah karena dirinya terlalu banyak melakukan pekerjaan berat karena dirinya seorang pedagang.

d. Riwayat kesehatan lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan bahwa dirinya dari dulu hanya mengalami penyakit hipertensi

2) Kecelakaan

pasien mengatakan dirinya tidak pernah mengalami kecelakaan

3) Pernah dirawat

pasien mengatakan dirinya pernah menjalani perawatan di rumah sakit sebanyak 3 kali & terakhir dirawat 1 minggu yang lalu karena keluhan yang sama

4) Alergi obat

Pasien menyebutkan tidak memiliki alergi obat

5) Imunisasi

Pasien mengatakan belum pernah di imunisasi

e. Riwayat kesehatan keluarga

1) Genogram

Ny.S adalah seorang ibu rumah tangga, kedua orangtuanya sudah meninggal, iya anak pertama dari 5 bersaudara yang semuanya berjenis kelamin perempuan dan masih hidup semua. Ia menikah dengan seorang laki-laki anak keempat dari 5 bersaudara, anak pertama dan kedua jenis kelamin perempuan, anak ketiga dan kelima berjenis kelamin laki-laki, semuanya sudah meninggal kecuali anak kelima, orang tuanya meninggal. Ny.S & suaminya memiliki 4 orang anak, anak pertama laki-laki dan yang lainnya perempuan, semuanya masih hidup. Ny.S tinggal seorang diri di rumahnya

2) Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga, Pasien mengatakan anggota keluarga tidak ada yang memiliki penyakit yang sama atau berhubungan dengan penyakit nya

3) Penyakit yang sedang diderita keluarga, pasien mengatakan saat ini anggota keluarganya tidak sedang memiliki penyakit yang berhubungan dengan penyakitnya

f. Riwayat kesehatan lingkungan

1) Kebersihan rumah dan lingkungan,

Pasien mengatakan rumahnya bersih dan terawat, pasien menyapu rumahnya 1 hari sekali

2) Kemungkinan terjadi bahaya

Selain mengatakan di lingkungan rumahnya tidak ada risiko timbulnya bahaya

2. Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola Persepsi Dan Pemeliharaan Kesehatan

- 1) Memberikan pengetahuan kepada pasien bagaimana kesehatannya dikelola pasien mengatakan sebelum sakit banyak beraktivitas dan makan teratur, 3 kali sehari, sedangkan saat dirawat pasien tidak bisa beraktivitas lebih seperti biasanya hanya bisa pergi ke toilet lalu kembali ke tempat tidur, untuk makanan yang dikonsumsi hanya makanan yang diberi oleh rumah sakit
- 2) Persepsi pasien tentang kesehatan diri, pasien mengatakan sebelum sakit dirinya ingin selalu sehat, dan saat dirawat pasien ingin segera sembuh dari penyakitnya yang sedang dialami
- 3) Pengetahuan dan persepsi pasien atas sakit dan perawatannya, pasien mengatakan sebelum sakit dirinya mengetahui apa itu penyakit hipertensi namun tidak tahu cara perawatannya, dan saat dirawat pasien telah mengetahui penyakitnya beserta cara perawatannya
- 4) Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan Pasien mengatakan sebelum sakit dirinya suka makan makanan yang asin, pasien tidak memeriksakan dirinya secara berkala kecuali saat dirinya sakit, pasien selalu melakukan perawatan kebersihan diri, dan saat dirawat pasien hanya makan makanan yang diberikan oleh rumah sakit dan mengikuti terapi yang diberikan oleh petugas kesehatan, pasien melakukan perawatan kebersihan diri secara mandiri
- 5) Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan, Pasien mengatakan bila dirinya sakit maka akan memeriksakan dirinya ke klinik atau rumah sakit terdekat

- 6) Kebiasaan hidup, Pasien mengatakan sebelum sakit belum pernah mengkonsumsi obat selain yang di berikan dokter saat ia berobat ke klinik, ia juga sesekali mengkonsumsi jamu, ia tidak pernah berolahraga secara spesifik namun hanya beraktivitas sebagai pedagang di pasar, dan saat dirawat pasien hanya mengkonsumsi obat yang diresepkan oleh dokter dan ia hanya beraktivitas jalan ke kamar mandi dan kembali ke tempat tidur
 - 7) Faktor sosio ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan, Pasien mengatakan sebelum sakit dirinya masuk golongan ekonomi menengah ke bawah, penghasilan cukup agar mencukupi kebutuhan hariannya, pasien menggunakan BPJS kesehatan, keadaan lingkungan tempat tinggal bersih serta aman. Dan saat dirawat pasien tidak bekerja, saat ini biaya perawatannya ditanggung BPJS kesehatan
- b. Pola Nutrisi Dan Metabolik
- 1) Pola makan, pasien mengatakan sebelum dirawat porsi makan 1 centong penuh, sehari makan 2 kali, makanan yang biasa dimakan sayur-sayuran, dan saat dirawat porsi makan setengah porsi, sehari makan 3 kali, makanan yang dimakan hanya yang diberikan dari rumah sakit
 - 2) Apakah keadaan sakit saat ini mempengaruhi pola makan atau minum, pasien mengatakan ada perubahan pada pola makan dan minum saat dirawat karena selera makan menurun
 - 3) Makanan yang disukai pasien, adakah makanan pantangan/makanan tertentu yang menyebabkan alergi, adakah makanan yang dibatasi pasien mengatakan makanan yang disukai yaitu sayur-sayuran, dan tidak ada makanan pantangan yang menyebabkan alergi, dan tidak ada makanan yang dibatasi

- 4) Apakah ada kebudayaan atau keyakinan yang di anut yang mempengaruhi diet, pasien mengatakan tidak ada keyakinan atau kebudayaan yang dianutnya dalam mempengaruhi diet
- 5) Kebiasaan mengkonsumsi vitamin/obat penambah nafsu makan pasien mengatakan terkadang dirinya mengkonsumsi vitamin c
- 6) Keluhan dalam makan, pasien berkata sebelum sakit dan saat sakit tidak ada keluhan dalam makan
- 7) Adakah keluhan anoreksia nervosa, bulimia nervosa, pasien berkata bahwa sebelum sakit dan saat sakit tidak ada keluhan anoreksia nervosa dan bulimia nervosa
- 8) Adakah keluhan mual muntah, pasien berkata sebelum sakit dan saat dirawat tidak ada keluhan mual muntah
- 9) Bagaimana kemampuan mengunyah dan menelan, pasien mengatakan sebelum sakit dan waktu sakit tidak ada keluhan dalam kemampuan mengunyah dan menelan
- 10) Adakah penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir, pasien berkata sebelum sakit dan saat sakit tidak ada penurunan berat badan, berat badan tetap stabil di angka 55 kg
- 11) Pola minum, Pasien mengatakan sebelum sakit jumlah cairan yang dikonsumsi per harinya kurang lebih satu botol tanggung sekitar 600ml, minuman yang biasa di minum air putih, dan saat dirawat jumlah cairan yang dikonsumsi per harinya kurang lebih setengah botol tanggung sekitar 300ml, minuman yang biasa di minum air putih. Bila pasien terpasang infus dan berapa cairan yang masuk dalam sehari 2000ml/ hari
- 12) adanya keluhan demam, pasien mengatakan tidak ada keluhan demam

c. Pola Eliminasi

- 1) Eliminasi feses

- a) Pola BAB, pasien mengatakan sebelum sakit BAB rutin 1 kali sehari pada pagi hari, dan saat dirawat BAB 2 hari sekali
 - b) Adakah perubahan dalam kebiasaan BAB, Pasien mengatakan sebelum sakit dan saat dirawat tidak ada perubahan kebiasaan BAB
- 2) Pola BAK
- Pasien mengatakan sebelum sakit sehari BAK sebanyak 5 kali, warnanya kuning muda, dan saat dirawat sehari BAK sebanyak 3-4 kali, warnanya kuning
- d. Pola Aktivitas Dan Latihan
- 1) Kegiatan dalam bekerja, mengatakan sebelum sakit dirinya dalam berkegiatan setiap hari tidak ada hambatan, dan saat dirawat dirinya dalam berkegiatan mengalami keterbatasan
 - 2) Olahraga yang dilakukan, Pasien mengatakan dirinya tidak pernah melakukan olahraga
 - 3) Kesulitan atau keluhan dalam aktivitas, Pasien mengatakan sebelum sakit dirinya sedikit mengalami keluhan dalam aktivitas karena kakinya mengalami pengapuran, sehingga terkadang kedua kakinya terasa nyeri. dan saat dirawat dirinya mengalami keluhan dalam aktivitas akibat penyakitnya yaitu hipertensi, sehingga saat dirinya duduk atau berjalan merasa pusing berputar-putar dan keseimbangannya berkurang sehingga aktivitas dibantu keluarga
 - 4) Pergerakan tubuh, pasien berkata sebelum sakit dirinya tak ada keluhan setiap melakukan pergerakan, dan saat dirawat pasien mengalami keluhan pergerakan tubuh karena dirinya merasa lemas
 - 5) Perawatan diri, Pasien mengatakansbelum sakit dirinya mandiri dalam mengenakan pakaian, mandi, makan, dan lain-

lain. dan saat di rawat pasien dibantu keluarga dalam melakukan perawatan diri kecuali makan

- 6) Berhajat, Pasien mengatakan sebelum sakit dirinya mandiri dalam melakukan BAB dan BAK, dan saat dirawat pasien dibantu keluarga saat BAB dan BAK
- 7) Keluhan sesak nafas setelah melakukan aktivitas, Pasien mengatakan dirinya tidak ada keluhan sesak nafas
- 8) Mudah merasa kelelahan, Pasien mengatakan mudah merasa lelah saat melakukan aktivitas

e. Istirahat Dan Tidur

- 1) Kebiasaan tidur, Pasien mengatakan sebelum sakit waktu tidurnya dari pukul 22.00 WIB dan bangun pukul 04.30 WIB, dan saat di rawat pasien sering terbangun dari tidurnya sebanyak 2 sampai 5 kali sehari
- 2) Kesulitan tidur, pasien berkata sebelum dirawat tak ada hambatan untuk tidur, dan waktu dirawat pasien mudah terbangun saat ada seseorang yang datang di ruang rawatnya dan sulit tidur karena nyeri kepala

f. Kognitif Perseptual Sensori

- 1) yang berkenaan dengan kemampuan sensasi, Pasien mengatakan dirinya memiliki keluhan dalam penglihatannya, pandangannya kabur
- 2) Kemampuan kognitif, Pasien mengatakan sebelum sakit dirinya dalam mengingat normal, dan saat dirawat pasien mengalami penurunan kemampuan mengingat
- 3) Kesulitan yang dialami, Pasien mengatakan sebelum sakit dirinya terkadang merasa pusing, dan saat di rawat pasien mengatakan sering pusing/selalu merasa pusing
- 4) Persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan P, Q, R, S, T

P : pasien mengatakan yang memperburuk rasa nyeri saat posisi duduk, berdiri, dan berjalan, dan yang mengurangi nyeri yaitu saat pasien memejamkan mata, Q: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan lumayan lama, rasanya cunut-cunut seperti ditekan-tekan, R: pasien berkata bagian kepala dan tengkuk terasa nyeri, S : pasien berkata skala nyeri 4 dari 1-10, T: pasien mengatakan keluhan nyeri yang dirasakan saat pasien duduk, berdiri dan berjalan, dan terkadang muncul tiba-tiba

g. Pola Persepsi Diri Dan Konsep Diri

- 1) Persepsi diri, Pasien mengatakan hal yang difikirkan waktu ini adalah perihal kesembuhannya, harapannya sehabis melakukan perawatan yaitu sembuh, hal yang dirasa berubah yaitu dirinya merasa pelupa saat dirawat, pasien mengatakan sedih dengan perasaannya waktu ini, perilaku non verbalnya sama seperti perilaku verbalnya, pasien tampak gelisah
- 2) Konsep diri
 - a) Citra diri / body image, pasien berkata tak ada pengaruh penyakitnya terhadap dirinya
 - b) Identitas ,pasien berkata dirinya merupakan ibu dari keempat anaknya dirinya merasa senang menjadi perempuan dan menjadi seorang ibu bagi anak-anaknya
 - c) Peran, pasien mengatakan peran dalam keluarganya yaitu sebagai ibu (orang tua tunggal), dan menjalankan perannya dengan senang, selama dirawat tidak ada perubahan peran
 - d) Ideal diri, pasien berkata harapan dirinya yaitu berharap lekas sembuh sembuh dan di hari-hari biasanya selalu sehat
 - e) Harga diri, pasien berkata tak merasa rendah diri dengan keadaan saat ini

h. Pola Mekanisme Koping

- 1) Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan, lain mengatakan sebelum sakit dan saat dirawat dalam mengambil keputusan dibantu oleh anaknya
 - 2) Yang dilakukan jika menghadapi masalah, pasien mengatakan jika dirinya memecahkan masalah dan mencari pertolongan kepada anak-anaknya dan juga selalu curhat
 - 3) Bagaimana upaya pasien dalam menghadapi masalahnya sekarang, Pasien mengatakan dalam menyelesaikan masalahnya sekarang dihadapi bersama anaknya
 - 4) Pendapat pasien apa dapat dilaksakan perawat untuk kenyamanan pasien, pasien mengatakan dirinya sudah merasa nyaman dengan perawatan yang telah diberikan oleh tenaga medis kepadanya
- i. Pola Seksual Reproduksi
- Bagaimana pemahaman kalian mengenai fungsi seksual, pasien mengatakan dirinya sudah tidak bersuami lagi karena suaminya sudah meninggal, sehingga pasien sudah tidak melakukan hubungan seksual lagi, pasien sudah mengalami menopause, pasien memiliki 4 orang anak
- j. Pola Peran-Berhubungan Dengan Orang Lain
- 2) Mengkaji bagaimana hubungan pasien dengan orang lain, pasien mengatakan keadaan sebelum sakit dan saat dirawat tidak mempengaruhi hubungan dengan keluarga dan tenaga medis
 - 3) Kemampuan pasien dalam berkomunikasi, pasien mengatakan saat sebelum sakit dan saat dirawat dalam berkomunikasi jelas dan dapat memahami orang lain
 - 4) Siapa orang terdekat yang dominan berpengaruh terhadap pasien, Pasien mengatakan orang yang paling dekat dengan dirinya yaitu anaknya yang pertama

- 5) Kepada siapa Kelayan biasa mencari bantuan jika mendapat masalah, pasien mengatakan jika dirinya memiliki masalah meminta bantuan kepada anak-anaknya
- 6) Adakah halangan dalam keluarga, pasien mengatakan hubungan dengan keluarganya baik-baik saja

k. Pola Nilai Dan Kepercayaan

- 1) Bagaimana pasien menjalani kegiatan agama / kepercayaan, pasien mengatakan sebelum sakit rutin dalam menjalankan ibadahnya tidak ada hambatan, dan saat dirawat pasien mengatakan tidak menjalankan ibadahnya seperti biasa, dikarenakan mengalami keterbatasan dalam bergerak, karena dirinya hanya berada di atas tempat tidur
- 2) Masalah yang berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat, Pasien mengatakan terdapat masalah aktivitas dalam beribadah
- 3) Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut pasien yang bertentangan dengan kesehatan, pasien mengatakan tidak ada hal yang bertentangan antara keyakinan/kebudayaan dengan kesehatannya
- 4) Adakah pertentangan nilai / keyakinan / kebudayaan terhadap pengobatan yang lakukan, pasien mengatakan tidak ada pertentangan keyakinan dengan pengobatan yang sedang dijalannya

3. Pemeriksaan Fisik

Pasien dalam keadaan composmentis/sadar penuh, keadaan umum lemah, pucat, gelisah, meringis , hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada tanggal 25 Januari 2021: S: 36,5°C, TD: 153/80mmHg, RR: 20X/m, N: 70X/m, pada tanggal 26 Januari 2021: S: 36,6°C, TD:

130/80mmHg, RR: 20X/m, N: 75X/m, dan pada tanggal 28 Januari 2021: S: 36,6°C, TD: 150/80mmHg, RR: 20X/m, N: 70X/m.

Kepala berbentuk mesocephal, rambut hitam dan agak beruban, tidak rontok, tampak bersih tanpa ketombe. Mata penglihatan sedikit kabur, tidak ada sekret, tidak memakai alat bantu penglihatan. Hidung tampak bersih namun sedikit terdapat sekret, nafas tidak cuping hidung, tidak memakai alat bantu oksigen. Telinga berbentuk simetris, pendengaran normal, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, terdapat sedikit serumen. Mulut dan tenggorokan tidak ada gangguan berbicara, gigi berwarna putih sedikit kecoklatan, tak ada nyeri tekan, dan tonjolan di leher.

Pemeriksaan dada pada bagian jantung : inspeksi : simetris, tak ada lesi dan edema, palpasi : tak ada nyeri tekan, perkusi : pekak, auskultasi : suara lup dup, irama teratur. Bagian paru-paru: inspeksi: simetris, pergerakan dada normal, palpasi tak ada nyeri tekan, perkusi : bunyi sonor, auskultasi : bunyi vesikuler, tak ada suara tambahan, Bagian abdomen : inspeksi : simetris, tak ada lesi dan edema, auskultasi detik-detik bising usus 10X/m, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, perkusi : timpani.

Pemeriksaan genitalia: tidak terdapat lesi, tidak terpasang kateter. Pemeriksaan ekstremitas: kuku pendek, warna kulit coklat, terlihat bersih, tidak ada edema dan lesi, turgor kulit normal, capillary refill normal kembali <1 detik , kemampuan berfungsi: kekuatan otot normal, koordinasi gerak normal, tak ada masalah keseimbangan, tak menggunakan alat bantu, pasien terpasang infus di bagian tangan kiri, tak ada tandatanda infeksi, nyeri tekan berlebih pada bagian pemasangan infus

4. Data Penunjang

a. Hasil pemeriksaan penunjang

- 1) Pada tanggal 25 Januari 2021 Pemeriksaan mikrobiologi klinik antigen rapid test didapatkan hasil negatif, nilai rujukan negatif, reagen SD biosensor (sesuai rekomendasi WHO)
- 2) Pada tanggal 28 Januari 2021 pemeriksaan laboratorium klinik didapatkan hasil pemeriksaan kimia klinik glukosa puasa hasil 105 nilai rujukan 70-110 satuan mg/dl, asam urat hasil 3.5 nilai rujukan 2.6-5.7 satuan mg/dl, kolesterol total hasil H230 nilai rujukan <200 satuan mg/dl, HDL kolesterol hasil L32 nilai rujukan 37-92 satuan mg/dl, LDL kolesterol hasil H134 nilai rujukan 60-130 satuan mg/dl, trigliserida hasil H399 nilai rujukan <160 satuan mg/dl.
- 3) Pada tanggal 28 Januari 2021 pemeriksaan instalasi radiologi didapatkan hasil CT Scan Brain (CT SCAN Tanpa Kontras) Sulci, fissura dan cystema tidak sempit terlihat lesi hipodens pada lobus frontalis kanan kiri, kapsula interna kanan crus anterior, Corona radiata kanan dan pons tampak kalsifikasi di ganglia basalis kanan kiri sistem ventrikel tidak sempit tidak tampak deviasi garis tengah. Serebelum belum tampak kelainan. Kesan: infark di lobus frontalis kanan kiri, kapsula interna kanan crus anterior, Corona radiata kanan dan pons tak tampak perdarahan cerebri tak tampak tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial.

b. Diet yang diperoleh

tim rendah garam dan nasi rendah garam

c. Terapi yang didapat pasien

- 1) Pada tanggal 25 Januari 2021: RL 20 TPM, ranitidin, amlodipin, galvus, PCT, piracetam, lapibal, flunarizine, dimenhidrinat

- 2) Pada tanggal 26 Januari 2021: asering 20 TPM, galvus, PCT, betahistine, dimenhidrinat, flunarizine, merislom
- 3) Pada tanggal 28 Januari: asering 20 TPM, diamicon, galvus, paracetamol, merislon, flunarizine, dimenhidrinat, ranitidin, ondansentron, PCT, piracetam, lapibal, betahistine, amlodipin, merislon, dime.



B. Analisa Data

Tgl/ jam	Data fokus	Problem	Etiologi	TTD
25-01- 2021 10:00	<p>DS:</p> <p>P: pasien mengatakan yang meningkatkan nyeri pada saat posisi duduk, berdiri, dan berjalan yang mengurangi nyeri yaitu saat pasien memejamkan mata</p> <p>Q: pasien mengatakan nyeri dirasakan lumayan lama, rasanya cemat-cemat seperti ditekan-tekan</p> <p>R : pasien mengatakan nyeri di bagian kepala dan tengkuk</p> <p>S: pasien mengatakan skala nyeri 4 dari 1-10</p> <p>T: pasien mengatakan keluhan nyeri yang dirasakan saat duduk berdiri dan berjalan terkadang muncul tiba-tiba</p> <p>DO: pasien terlihat meringis, gelisah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu</p> <p>TD: 153/80 mmHg</p> <p>S: 36,5°C</p> <p>RR: 20x/m</p> <p>N: 70x/m</p>	Nyeri akut	<p>Agen</p> <p>pencedera</p> <p>Fisiologis</p>	
25-01- 2021 10:00	<p>DS: pasien mengatakan dirinya mengeluh sulit tidur, sering terjaga, dan menurunnya kemampuan beraktivitas</p> <p>DO: pasien tampak lesu dan lemah</p> <p>Frekuensi tidur: sebelum sakit: \pm7-8 jam/hari</p> <p>Saat dirawat: pasien sering terbangun dari tidurnya sebanyak 2-5x/hari</p>	Gangguan pola tidur	Hambatan lingkungan	

Table 1 Analisa data

C. Diagnosa Keperawatan Dan Prioritas Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

D. Intervensi Keperawatan

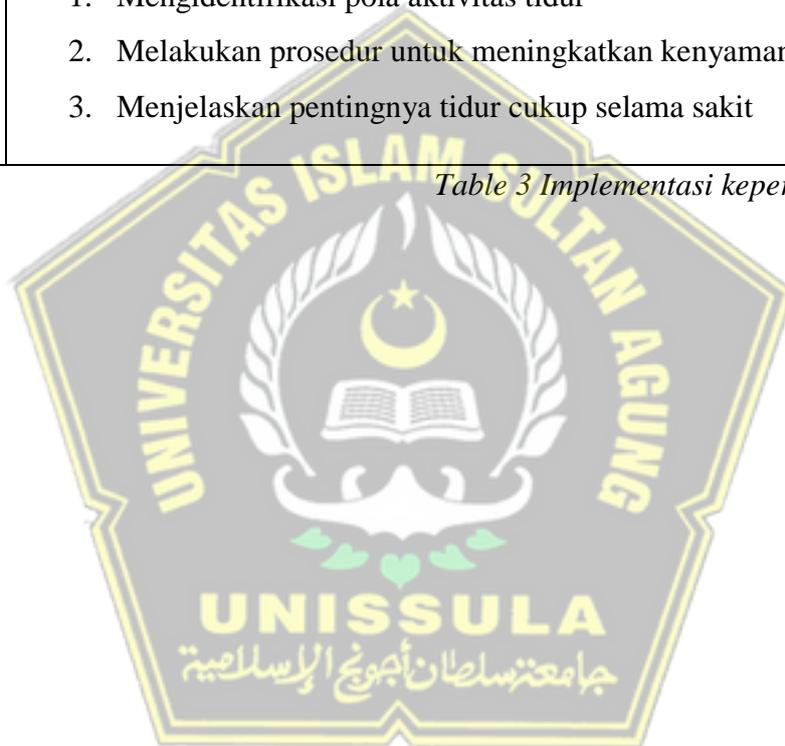
Tgl/jam	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	TTD
25-01-2021 11:00	Nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan: Tingkat nyeri 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Mual menurun 5. Tekanan darah membaik	1. Identifikasi nyeri 2. Beri teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri 3. Jelaskan strategi meredakan nyeri 4. Kolaborasi pemberian analgetik	
25-01-2021 11:00	Gangguan pola tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan: Status kenyamanan 1. Gelisah menurun 2. Keluhan sulit tidur menurun 3. Kebisingan menurun 4. pola tidur membaik	1. Identifikasi pola aktivitas tidur 2. melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 3. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	

Table 2 Intervensi keperawatan

E. Implementasi Keperawatan

Tgl/jam	Diagnosa keperawatan	Implementasi	TTD
25-01-2021 11:30	Nyeri akut	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 3. Menjelaskan strategi meredakan nyeri 4. Mengkolaborasikan pemberian analgetik, jika perlu 	
26-01-2021 11:30	Gangguan pola tidur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pola aktivitas tidur 2. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 3. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 	

Table 3 Implementasi keperawatan



F. Evaluasi

Tgl/jam	Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	TTD
28-01-2021 15:00	Nyeri akut	<p>S: pasien mengatakan pusing dan nyeri kepala skala nyeri 4 dari 1-10</p> <p>O:</p> <p>TD: 156/83 mmHg</p> <p>N: 70x/m</p> <p>RR: 20x/m</p> <p>S: 36,6°C</p> <p>A: masalah tidak teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi 1,2,3,4</p>	
28-01-2021 15:00	Gangguan pola tidur	<p>S: pasien mengatakan masih mengeluh sulit tidur dan sering terbangun</p> <p>O: pasien tampak lemas dan lesu</p> <p>A: masalah tidak teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi 1,2,3</p>	

Table 4 Evaluasi keperawatan

BAB IV

PEMBAHASAN

hasil pembahasan ini penulis menjelaskan ketimpangan diantara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus dalam Asuhan Keperawatan pada pasien Hipertensi yang meliputi pengertian, Pengkajian, Diagnosa, perencanaan, implementasi dan Evaluasi dalam melakukan pengkajian maka peneliti akan melakukan pemeriksaan yang meliputi data objektif dan data subjektif. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

A. Definisi Nyeri akut

Merupakan pengalaman sensorik/emotional akibat dari rusaknya jaringan aktual atau fungsional berintensitas ringan sampai berat lamanya tidak lebih dari 3 bulan. (SDKI, 2017)

1. Pengkajian

Pengkajian pada ny. S ditemukan hasil kalau pasien mengungkapkan keluhan yang dirasakan yaitu nyeri di bagian kepala dan tengkuk, hal yang menyebabkannya dirawat yaitu karena pasien merasakan nyeri kepala seperti berputar-putar, pandangan berkunang-kunang hingga tak mampu untuk berdiri, kemudian keluarga pasien segera membawanya ke rumah sakit pada tanggal 24 Januari 2021 pukul 21: 20 WIB. timbulnya keluhan secara mendadak. Setelah dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital diperoleh hasil yaitu TD: 153/80 mmHg, S : 36,5 C, N : 20X/ menit, RR : 70X/menit

Pasien tidak pernah mempunyai penyakit lainnya sekitar 3 minggu yang lalu juga pasien pernah dirawat dengan kondisi yang serupa, Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan Pasien dalam keadaan composmentis/sadar penuh, lemah, pucat, gelisah, meringis, bagian kepala tampak normal dengan rambut hitam sedikit beruban

penglihatan sedikit kabur dan tidak ada secret Hidung tampak bersih namun sedikit terdapat sekret, nafas tidak cuping hidung, tidak memakai alat bantu oksigen. Telinga berbentuk simetris, pendengaran normal, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, terdapat sedikit serumen. Mulut dan tenggorokan tidak ada gangguan berbicara, gigi berwarna putih sedikit kecoklatan, saat menelan tidak ada nyeri, dan benjolan pada area leher. Pemeriksaan dada pada bagian jantung: rata, tidak nampak lesi dan edema, saat dilakukan penekanan tidak ditemukan nyeri, perkusi: pekak, suara lup dup, irama teratur. Bagian paru-paru: simetris, pergerakan normal di dada, tak ada nyeri tekan, bunyi sonor, auskultasi: bunyi vesikuler, tidak ada suara lainnya. Bagian abdomen, tidak ada lesi dan edema, detik bising usus 10X/m, tidak terdapat nyeri tekan, timpani. Pemeriksaan genetalia: tidak ditemukan lesi, tidak terpasang kateter. Pemeriksaan ekstremitas: kuku pendek, warna kulit coklat, terlihat bersih, tidak ada edema dan lesi, turgor kulit normal, capillary refill normal kembali <1 detik, kemampuan berfungsi: kekuatan otot normal, pasien bisa melakukan gerak normal dan tidak menggunakan alat bantu jalan, , pasien terpasang infus di bagian tangan kiri, tidak ditemukan tanda infeksi dan nyeri tekan yang berlebihan pada daerah tusukan infus.

Bagian kepala dan tengkuk merupakan area yang dirasakan nyeri P : pasien mengungkapkan yang meningkatkan nyeri pada saat posisi duduk, berdiri, dan berjalan yang mengurangi nyeri yaitu saat pasien memejamkan mata, Q : pasien mengatakan nyeri dirasakan lumayan lama, rasanya cenat-cenut seperti ditekan-tekan, R: pasien mengungkapkan nyeri pada daerah kepala dan tengkuk, S: pasien mengungkapkan bahwa skala nyari nya 4 dari 1-10, T: pasien mengungkapkan nyeri dirasakan saat duduk berdiri dan berjalan terkadang muncul tiba-tiba, Dengan hasil pemriksaan laboratorium Pada tanggal 28 Januari 2021 pemeriksaan laboratorium klinik didapatkan hasil pemeriksaan kimia klinik glukosa puasa hasil 105

nilai rujukan 70-110 satuan mg/dl, asam urat hasil 3.5 nilai rujukan 2.6-5.7 satuan mg/dl, kolesterol total hasil H230 nilai rujukan <200 satuan mg/dl, HDL kolesterol hasil L32 nilai rujukan 37-92 satuan mg/dl, LDL kolesterol hasil H134 nilai rujukan 60-130 satuan mg/dl, trigliserida hasil H399 nilai rujukan <160 satuan mg/dl.

Dalam (Fauzi, 2020) menyebutkan gejala yang lazim ditemui pada penyakit ini yang menyertai hipertensi adalah nyeri kepala dan kelelahan yang sering dirasakan ada sebagian gejala yang ditemukan pada pasien hipertensi yaitu pusing, lemas, kelelahan, sesak nafas, gelisah, mual muntah, dan sakit kepala serta kesadaran menurun pada kasus Ny. S ditemukan tanda dan gejala tersebut. Untuk itu penanganan dini pada penderita hipertensi sangat diperlukan karena jika tidak ditangani lebih lanjut dapat menimbulkan komplikasi seperti pendarahan otak yang dapat muncul diakibatkan adanya pendarahan tinggi pada otak. dan untuk mencegah penularan penyakit hipertensi memaksimalkan penambahan dosis obat yang direncanakan sampai tekanan darah yang sesuai tercapai, serta diet dengan rendah garam. Dan hasil dari temuan penulis sudah sesuai dengan teori yang ditemukan

2. Diagnosa Keperawatan

Dari gejala yang ada pada Ny. S serta dari hasil pemeriksaan laboratorium dapat ditegakkan diagnosa medis pada Ny. S yaitu Hipertensi. Pada kasus Ny. S muncul 2 diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut dan gangguan pola tidur yang akan dibahas pertama adalah nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis. Didukung oleh data subjektif pasien yang mengatakan nyeri pada bagian kepala dan tengkuk, sebelumnya keluhan di rasakan 3 minggu sebelum dirawat, selain itu pasien juga mengatakan penglihatan kabur, disertai adanya data objektif didapatkan yaitu kondisi badan lemah keadaan umum baik dan hasil pemeriksaan Tanda-tanda vital yaitu TD : 153/ 80 mmHg, Suhu

36°C, Nadi 70x/mnt, RR : 20x/mnt. Dikutip dari (Kowalak, Welsh, & Mayer 2012, hlm.180) hasil dari curah jantung dan resistensi perifer disebut dengan tekanan darah arteri, akibat dari meningkatnya kekentalan darah sehingga menyebabkan kurangnya daya elastis dari pembuluh darah menyebabkan pasokan darah menuju otak dan organ vital lainnya terganggu hal ini menjadikan suplay oksigen menuju otak menjadi tidak normal keadaan ini dapat menyebabkan rasa pusing dan sakit kepala sampai bagian leher. (Setyawan et al., 2014)

3. Intervensi

Intervensi yang akan diberikan pada pasien yaitu Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Keluhan nyeri Meringis menurun, Gelisah menurun, Mual menurun, Tekanan darah membaik, untuk tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi Identifikasi nyeri, Beri penatalaksanaan non farmakologi tujuannya agar dapat mengurangi rasa nyeri, berikan pemahaman dan penjelasan dengan tim kesehatan lain terkait pemberian analgetik.

Dalam (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) dari *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan* intervensi dalam manajemen nyeri dapat dilakukan meliputi mengidentifikasi P, Q, R, S, T. kemudian berikan teknik terapeutik untuk meminimalisir rasa nyeri dan mengontrol nyeri, serta kontrol lingkungan yang memperburuk rasa nyeri, berikan edukasi berupa penyebab, waktu dan hal pemicu nyeri serta strategi untuk meredakan nyeri kolaborasi dengan tim kesehatan lain terkait pemberian analgetik.

Berdasarkan fakta dan teori, penulis menyimpulkan bahwa tindakan Keperawatan yang penulis rencanakan sudah sesuai teori. Perencanaan ini sudah dalam pertimbangan yang sangat tepat sehingga dapat diterapkan sesuai kebutuhan pasien. Perencanaan tindakan

keperawatan dilakukan selama 1x24 jam dan dapat di evaluasi secara langsung setelah dilakukan asuhan keperawatan

4. Implementasi

Implementasi yang dilakukan penulis menemukan hambatan dimana pasien sulit untuk sembuh dan penulis tidak melakukan tindakan yang melenceng dari perencanaan yang ditetapkan, pada tanggal 25 Januari 2021 untuk diagnosa keperawatan nyeri akut pada kepala dan tengkuk b.d agen pencidera fisiologis. Implementasi yang telah dilakukan adalah Mengidentifikasi skala nyeri, Memberikan terapi non farmakologis untuk meminimalkan nyeri, Menjelaskan strategi meredakan nyeri, pada tanggal 25 Januari 2021 terapi yang didapatkan pasien adalah: RL 20 TPM, ranitidin, amlodipin, galvus, PCT, piracetam, lapibal, flunarizine, dimenhidrinat Mengkolaborasikan pemberian analgetik, Pada tanggal 26 Januari 2021: asering 20 TPM, galvus, PCT, betahistine, dimenhidrinat, flunarizine, merislom, penulis melanjutkan intervensi sebelumnya pada bagian implementasi kali ini penulis telah melaksanakannya sesuai dengan rencana pada intervensi, semua perencanaan yang telah direncanakan telah penulis kerjakan namun sedikit mengalami hambatan. Hal ini terbukti selama 2 hari pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan, keluhan pasien belum sembuh.

5. Evaluasi

Hasil evaluasi penulis gangguan belum dapat diatasi maka perencanaan dilanjutkan untuk evaluasi hari pertama pada tanggal 28 Januari 2021 gangguan belum teratasi, dikarenakan pasien Pasien mengatakan nyeri, Tekanan Darah 153/ 80 mmHg. Pengkajian nyeri di dapatkan P: pasien mengatakan yang meningkatkan nyeri pada saat posisi duduk, berdiri, dan berjalan yang mengurangi nyeri yaitu saat pasien memejamkan mata, Q : pasien mengatakan nyeri dirasakan

lumayan lama, rasanya cemat-cenut seperti ditekan-tekan, R : pasien mengeluhkan bagian kepala dan tengkuknya terasa nyeri, S : Skala nyerinya 4, T: pasien mengatakan keluhan nyeri yang dirasakan saat duduk berdiri dan berjalan terkadang muncul tiba-tiba. Pada Sebelum dilakukan tindakan keperawatan, pada evaluasi pada tahap evaluasi ini masalah pasien belum teratasi.

B. Definisi Gangguan pola tidur

Gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

1. Pengkajian

Hasil observasi data didapatkan berupa pasien mengatakan sebelum sakit waktu tidurnya sejak pukul 22.00 WIB dan terbangun pada pukul 04.30 WIB, dan saat di rawat pasien sering terbangun dari tidurnya sebanyak 2 sampai 5 kali sehari pasien menyatakan sebelum dirawat tidak mengalami kesulitan saat tidur, dan waktu dirawat pasien mudah terbangun saat ada seseorang yang datang di ruang rawatnya dan sulit tidur karena nyeri kepala pasien mengatakan dirinya mengeluh kesulitan untuk tidur, mudah terbangun, serta mengeluhkan sudah tidak bisa beraktivitas seperti biasa, pasien terlihat lesu dan lemah

2. Diagnosa keperawatan

Dari data tersebut dapat di tegakan diagnosa keperawatan yaitu gangguan pola tidur b.d. hambatan lingkungan di dukung oleh data subjektif pasien yaitu pasien mengatakan dirinya mengeluh susah untuk tertidur serta mudah terbangun, pasien mengeluhkan dalam beraktivitas sudah tidak bisa seleluasa dulu, Frekuensi tidur: sebelum

sakit: $\pm 7-8$ jam / hari Saat dirawat: pasien sering terbangun dari tidurnya sebanyak 2-5x/hari

kualitas tidur yang buruk dapat menyebabkan banyak gangguan pada tubuh diantaranya adalah penyakit hipertensi, rusaknya pola tidur seseorang dapat dipengaruhi oleh penyakit yang dapat menyebabkan nyeri. Dan distress fisik (Roshifanni, 2016)

3. Intervensi

Intervensi yang akan didapatkan oleh pasien adalah ketika sudah diberikan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan, Gelisah berkurang, sulit tidur berkurang, Kebisingan berkurang, kualitas tidur bertambah baik untuk tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi Identifikasi pola aktivitas tidur, serta melaksanakan tindakan untuk membuat pasien lebih nyaman, menjelaskan manfaat tidur cukup selama masa perawatan

Dalam (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) dari *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*, diartikan sebagai memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur, pada diagnosa ini dapat diberikan tindakan observasi contohnya identifikasi pola aktivitas tidur dan identifikasi faktor pengganggu tidur, berikan tindakan terapeutik berupa modifikasi lingkungan dan bila perlu batasi waktu tidur siang serta buat jadwal tidur rutin, berikan edukasi tentang pentingnya tidur cukup selama perawatan dan menepati kebiasaan waktu tidur. Berdasarkan fakta dan teori, penulis menyimpulkan bahwa tindakan Keperawatan yang penulis rencanakan sudah sesuai teori. Perencanaan ini sudah dalam pertimbangan yang sangat tepat sehingga dapat diterapkan sesuai kebutuhan pasien. Perencanaan tindakan keperawatan dilakukan selama 1x24 jam dan dapat di evaluasi secara langsung setelah dilakukan asuhan keperawatan.

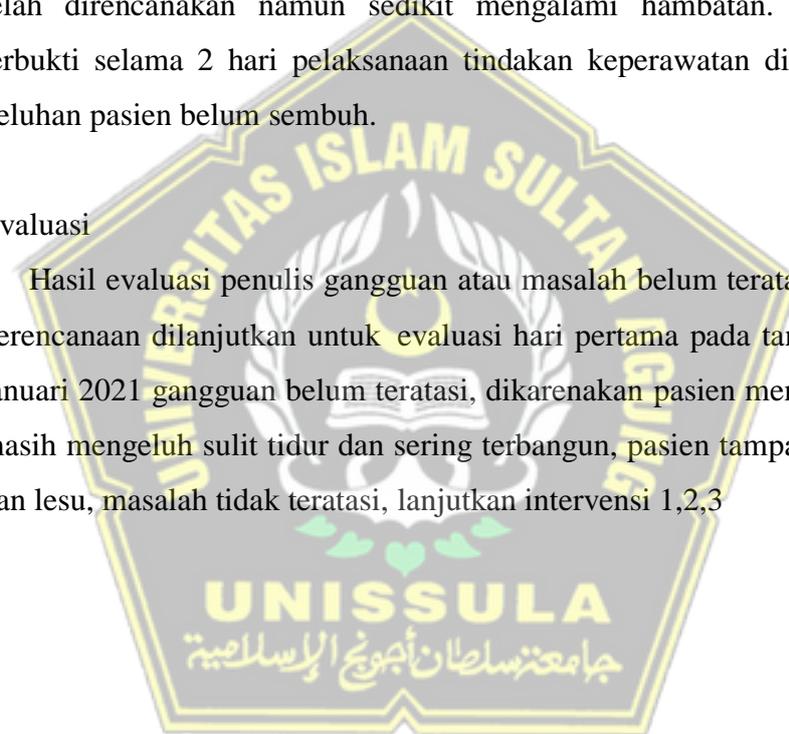
4. Implementasi

Implementasi yang dilakukan penulis menemukan hambatan dimana pasien sulit untuk sembuh dan penulis tidak melakukan

tindakan yang melenceng dari perencanaan yang ditetapkan, pada tanggal 25 januari 2021 untuk diagnosa keperawatan nyeri gangguan pola tidur b.b hambatan lingkungan. Implementasi Mengidentifikasi pola aktivitas tidur, melaksanakan tindakan untuk meningkatkan rasa nyaman pasien, dan memberikan pemahaman tentang pentingnya tidur cukup selama masa perawatan. tanggal 26 januari 2021 penulis melanjutkan intervensi sebelumnya implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan, semua perencanaan yang telah direncanakan namun sedikit mengalami hambatan. Hal ini terbukti selama 2 hari pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan, keluhan pasien belum sembuh.

5. Evaluasi

Hasil evaluasi penulis gangguan atau masalah belum teratasi maka perencanaan dilanjutkan untuk evaluasi hari pertama pada tanggal 28 januari 2021 gangguan belum teratasi, dikarenakan pasien mengatakan masih mengeluh sulit tidur dan sering terbangun, pasien tampak lemas dan lesu, masalah tidak teratasi, lanjutkan intervensi 1,2,3



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Seiring bertambahnya usia banyak fungsi tubuh yang mengalami penurunan terutama pada sistem kardiovaskular salah satu penyakit yang sering ditemui adalah hipertensi berbagai macam komplikasi seperti pada ginjal, otak, dan mata hal ini bisa terjadi karena berbagai faktor risiko diantaranya merokok, obesitas, makanan tinggi garam, stress dan lain-lain cara pencegahannya ialah dengan menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat serta rutin berolahraga

B. Saran

Dari hasil penulisan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi, penulis menganjurkan beberapa saran yang diharapkan dapat berguna sebagai bahan rujukan atau referensi pembelajaran, sebagai berikut:

1. Saran bagi peneliti atau penulis lanjutan

Disarankan untuk dapat meneliti lebih jauh lagi bagaimana penerapan asuhan keperawatan yang sesuai agar mempercepat proses penyembuhan bagi pasien

2. Saran bagi pasien Hipertensi

Bagi pasien hipertensi, agar dapat lebih dan memahami mengenai pentingnya pola hidup sehat (PHBS) penataan diri serta melakukan aktifitas dan olahraga untuk menanggulangi hipertensi dan penyakit lainnya

3. Bagi keluarga pasien hipertensi

agar dapat lebih memberikan dukungan dalam menanggulangi hipertensi, seperti mengingatkan jadwal untuk berolahraga, mengkonsumsi obat dan melaksanakan diet rendah garam, bagi dokter di rumah sakit agar memberikan dukungan dan masukan kepada pasien untuk membantu menyusun dan menemukan pencapaian dalam berolahraga.

4. Saran bagi para keluarga

Hendaknya keluarga secepatnya memeriksakan diri ke petugas kesehatan jika salah satu dari anggota keluarganya ada gejala-gejala ringan sebelum keadaan menjadi lebih buruk. Keluarga hendaknya lebih meningkatkan kesehatan lingkungan rumah dan sekitarnya



DAFTAR PUSTAKA

- anu Purwono, Rita Sari, Ati Ratnasari, A. B. (2020). Pola Konsumsi Garam Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia Salt Consumption Pattern With Hypertension In Elderly. *Jurnal Wacana Kesehatan, Volume 5*, 12.
- Fauzi, R. N. (2020). *Studi Literatur : Diet Hipertensi Menurunkan tekanan darah tinggi pada lansia*. Universitas Bhakti Kencana.
- Nuraini, B. (2015). Risk Factors of Hypertension. *J Majority*, 4(5), 10–19.
- P2PTM Kemenkes RI. (2019). *Hari Hipertensi Dunia 2019 : “Know Your Number, Kendalikan Tekanan Darahmu dengan CERDIK.”*. P2PTM Kemenkes.Go.Id. <http://p2ptm.kemkes.go.id/kegiatan-p2ptm/pusat-/hari-hipertensi-dunia-2019-know-your-number-kendalikan-tekanan-darahmu-dengan-cerdik>
- Pramana, L. D. Y. (2016). *Skripsi Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Demak Ii* [universitas muhammadiyah semarang]. <http://repository.unimus.ac.id/35/1/FULL TEXT 1.pdf>
- Roshifanni, S. (2016). Risiko Hipertensi Pada Orang Dewasa Dengan Pola Tidur Buruk. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 4(3), 409. <https://doi.org/10.20473/jbe.v4i3>
- Sari, N. W., Margiyati, & Rahmanti, A. (2020). Efektifitas Metode Self-Help Group (SHG) terhadap Tekanan Darah pada Lansia Hipertensi. *Keperawatan*, 03(03), 10–16.
- SDKI. (2017). *Standar diagnosis keperawatan indonesia* (Edisi 1 Ce). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia Jl.

Lenteng Agung No 64 Jagakarsa, Jakarta Selatan 12610 Telp/Fax. 62-21-2271 0272. <http://www.inna-ppni.or.id>

Setyawan, D., Argo, M., Kusuma, B., Studi, A. P., Keperawatan, I., Telogorejo, S., Psik, D., Universitas, F. K., Semarang, D., Rumah, D., Bhakti, S., & Tamtama, W. (2014). Pengaruh pemberian kompres hangat pada leher terhadap penurunan intensitas nyeri kepala pada pasien hipertensi di rsud tugurejo semarang. *E-Journal*, 1–11. .

Soenarta, A. A., Erwinanto, Mumpuni, A. S. S., Barack, R., Lukito, A. A., Hersunarti, N., Lukito, A. A., & Pratikto, R. S. (2015). *Pedoman Tatalaksana Hipertensi Pada Penyakit Kardiovaskular* (edisi1). [inaheart.org](http://www.inaheart.org).http://www.inaheart.org/upload/image/Pedoman_TataLaksana_hipertensi_pada_penyakit_Kardiovaskular_2015.pdf

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (Edisi 1 Ce). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia Jl. Raya Lenteng Agung No. 64 Jagakarsa Jakarta Selatan 12610 Telp/Fax. 62-21-2271 -272. <http://www.inna-ppni.or.id>

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi keperawatan Indonesia* (Edisi 1 Ce). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia Jl. Lenteng Agung No. 64 Jagakarsa, Jakarta Selatan 12610 Tel/Fax. 62-21-2271 0272.

Virdianti, F. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Hipertensi Berhubungan Dengan Penurunan Curah Jantung Di Ruang Krissan Di Rsud Bangil Pasuruan*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

SURAT KESEDIAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ns. Retno Setyawati, M.Kep. Sp.KMB

NIDN : 06-0130-67403

Pekerjaan : Dosen

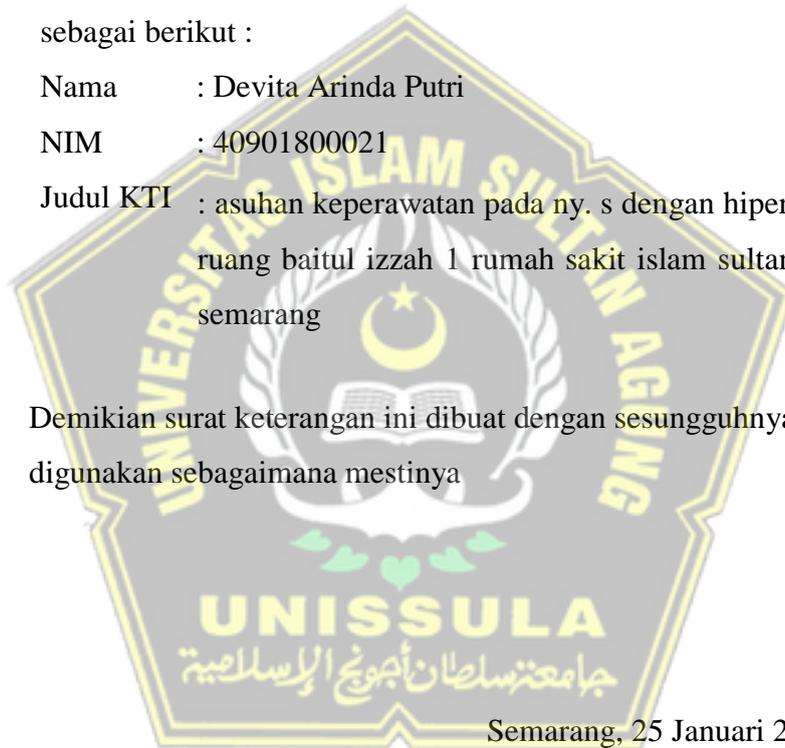
Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Devita Arinda Putri

NIM : 40901800021

Judul KTI : asuhan keperawatan pada ny. s dengan hipertensi di ruang baitul izzah 1 rumah sakit islam sultan agung semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya



Semarang, 25 Januari 20021

Pembimbing

Ns. Retno Setyawati, M.Kep. Sp.KMB

NIDN. 06-0130-67403

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ns. Retno Setyawati, M.Kep. Sp.KMB

NIDN : 06-0130-67403

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Devita Arinda Putri

NIM : 40901800021

Judul KTI : asuhan keperawatan pada ny. s dengan hipertensi di ruang baitul izzah 1 rumah sakit islam sultan agung semarang

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 25 sampai dengan 1 mei 2021 Bertempat di prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Semarang, 1 mei 2021

Pembimbing

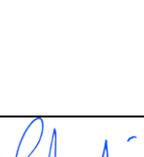


Ns. Retno Setyawati, M.Kep. Sp.KMB

NIDN. 06-0130-67403

Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI

Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	Ttd Pembimbing
Senin, 25 januari 2021	Kasus KTI	Kaji pasien dengan teliti dan selengkap-lengkapny	
Rabu, 27 januari 2021	Asuhan keperawatan	Kaji pasien dengan detail lengkapi semua data pasien	
Senin, 1 februari 2021	ACC asuhan keperawatan	Revisi bagian intervensi dan implementasi	
Kamis, 5 februai 2021	BAB 1	Lengkapi Bab 1	
Senin, 12 februari 2021	BAB 1-5	perbaiki sistematika penulisan sesuai buku panduan KTI	
Rabu, 26 mei 2021	Parafrese, perbaiki BAB 1 perbaiki cover, halaman judul, dan lain-lain	Uji turnitin 1, parafrese perbaiki BAB 1	
Rabu, 28 mei 2021	Uji turnitin ke-2	Menunggu hasil uji turnitin	
Senin, 31 mei 2021	Lulus uji turnitin, dan meminta tanda tangan	Meminta tanda tangan pada dosen pembimbing	

Selasa, 1 juni 2021	BAB 1-5	ACC	
---------------------	---------	-----	---



Lampiran 4

BERITA ACARA

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN HIPERTENSI DI RUANG BAITUL IZZAH 1 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG

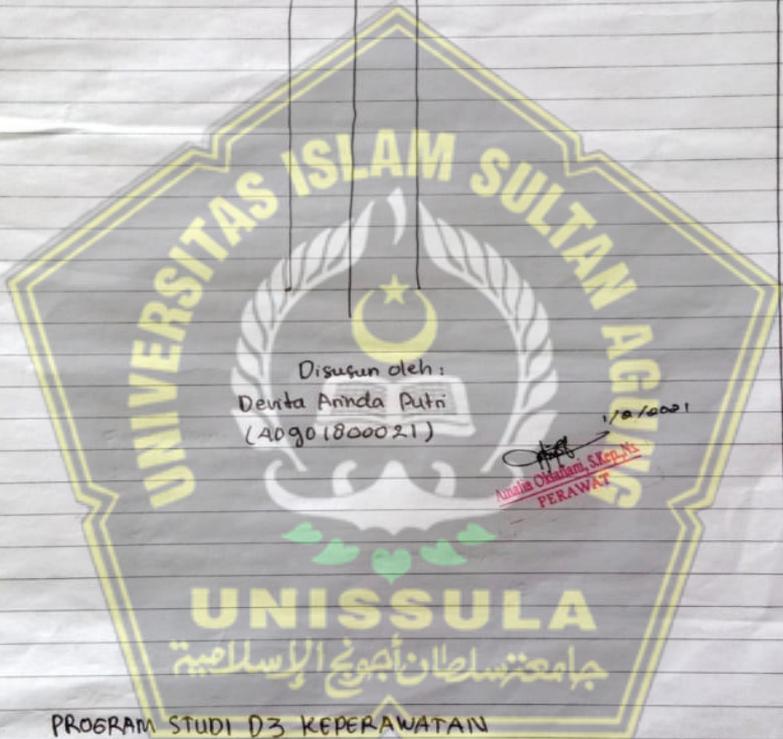
Nama : Devita Arinda Putri

Nim : 40901800021

No	Nama penguji	Direvisi pada bagian	Halaman	Ya	Tidak	Tanda tangan
1.	Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep	Perbaiki pengkajian	20-32	Ya	-	
2.	Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep	Beri hasil pemeriksaan lab dengan lengkap	32	Ya	-	
3.	Ns. Retno Setyawati, M.Kep. Sp.KMB	Perbaiki penulisan dan peletakan sesuai panduan	semua	Ya	-	

Lampiran 5

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.5 DENGAN
HIPERTENSI DI RUANG BAITUL IZZAH - 1
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG



Disusun oleh:
Devita Aninda Putri
(40901800021)

1/8/2021
Aninda Citadina, S.Kep.Ns
PERAWAT

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2020/2021

GELATIK

A. Pengkajian Keperawatan

I. Data Umum

a. Identitas

1) Identitas klien

Nama : Ny. S
Umur : 65 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Pedagang
Suku/bangsa : Jawa, Indonesia
Alamat : Pondok Reclen Patah Blok 4 no. 8
Diagnosa medis : Hipertensi
Tanggal/jam masuk : 24-01-2021 / 21:20

2) Identitas Penanggung jawab

Nama : Tn. A
Umur : 45 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Suku/bangsa : Jawa, Indonesia
Pendidikan terakhir : STM
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Brumbungan Tom no. 21
Hubungan dengan klien : Anak kandung

b. Keluhan Utama

Pasien mengatakan keluhan yang dirasakan yaitu nyeri, sudah dirasakan lumayan lama rasanya cunut-cunut seperti di tekan-tekan, nyeri di bagian kepala dan tengkuk, skala nyeri 4 dari 1-10, keluhan yang dirasakan saat duduk, berdiri, dan berjalan, muncul secara tiba-tiba.

c. Status Kesehatan Saat Ini

Alasan masuk rumah sakit

Pasien mengatakan bahwa dirinya merasakan nyeri kepala seperti berputar-putar, pandangan berkunang-kunang hingga pasien tak mampu untuk berdiri, kemucatan keluarga pasien segera membawanya ke rumah sakit.

Faktor Pencetus

Pasien mengatakan bahwa dirinya banyak hal yang difikirkan, dan suka makan makanan yang asin

Lamanya keluhan

Pasien mengatakan dirinya mengalami hipertensi 1 sejak 3 tahun lalu

Timbulnya Keluhan

Pasien mengatakan timbulnya keluhan secara mendadak, yaitu nyeri kepala, pusing, serta penglihatan berkunang-kunang

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi

Pasien mengatakan jika dirinya sakit, pasien langsung memeriksakan dirinya ke klinik terdekat, dan selalu minum obat sesuai anjuran dari dokter.

Faktor yang memperberat

Pasien mengatakan bahwa dirinya terlalu banyak melakukan pekerjaan berat, karena dirinya seorang pekebun

d. Riwayat Kesehatan lalu

Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan bahwa dirinya dari dulu hanya mengalami penyakit hipertensi.

Kecelakaan

Pasien mengatakan dirinya tidak pernah mengalami kecelakaan

Pertah dirawat

Pasien mengatakan dirinya pernah dirawat di rumah sakit sebanyak 3x dan terakhir dirawat 1 minggu yang lalu karena keluhan yang sama

Alergi

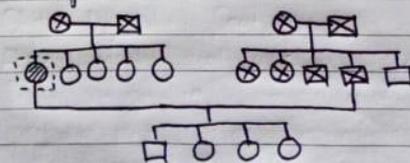
Pasien mengatakan dirinya tidak memiliki alergi obat-obatan

Imunisasi

Pasien mengatakan dirinya tidak pernah diimunisasi

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Genogram



Keterangan:

X : meninggal

□ : laki-laki

○ : Perempuan

/// : Pasien

T : hubungan keluarga

--- : tinggal 1 rumah

Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga

Pasien mengatakan bahwa keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit yang berhubungan dengan penyakit pasien

Penyakit yang sedang diderita

Pasien mengatakan saat ini anggota keluarganya tidak sedang memiliki penyakit yang berhubungan dengan penyakit pasien

f. Riwayat Kesehatan Keluarga

1) Kebersihan rumah dan lingkungan

Pasien mengatakan rumahnya bersih, pasien menyapu rumahnya 1 hari 1x

2) Kemungkinan terjadi bahaya

Pasien mengatakan di lingkungan rumahnya tidak ada kemungkinan terjadinya bahaya

2. Pola Kesehatan Fungsional (Data Fokus)

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Menjelaskan tentang pola yang dialami pasien tentang kesehatan dan bagaimana kesehatannya dikelola

Sebelum sakit pasien mengatakan banyak beraktivitas dan makan teratur 3x sehari

Saat dirawat pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas lebih seperti biasanya, hanya bisa pergi ke toilet lalu kembali ke tempat tidur, untuk makanan yang dikonsumsi hanya makanan yang diberi oleh rumah sakit

2) Persepsi klien tentang kesehatan diri

Sebelum sakit pasien mengatakan ingin selalu sehat

Saat dirawat pasien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakit yang sedang dialaminya

3) Pengetahuan dan persepsi klien tentang penyakit dan perawatannya

Sebelum sakit pasien mengatakan dirinya mengetahui apa itu hipertensi namun tidak tahu cara perawatannya

Saat dirawat pasien mengatakan dirinya mengetahui penyakitnya dan mengetahui cara perawatannya

4) Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan

Sebelum sakit pasien mengatakan dirinya selalu makan makanan yang asin, pasien tidak memertanyakan dirinya secara berkala ke dokter

Saat dirinya sakit, pasien selalu melakukan perawatan kebersihan diri, pasien tidak pernah diimunisasi

saat dirawat pasien mengatakan dirinya hanya makan makanan yang diberikan dari rumah sakit dan mengikuti terapi yang diberikan dari rumah sakit/petugas kesehatan, pasien melakukan perawatan kebersihan diri secara mandiri

5) Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatannya

Sebelum sakit pasien mengatakan bila dirinya sakit maka akan memeriksakan dirinya ke klinik atau rumah sakit terdekat

Saat dirawat pasien mengatakan dirinya mengikuti arahan dan anjuran terapi yang diberikan oleh petugas kesehatan.

6) Kebiasaan hidup

Sebelum sakit pasien mengatakan dirinya tidak pernah mengonsumsi obat-obatan selain obat yang diresepkan oleh dokter saat ia berobat ke klinik, pasien juga sesekali mengonsumsi jamu, pasien tidak pernah berolahraga secara spesifik namun pasien hanya beraktivitas sebagai pedagang di pasar

Saat dirawat pasien mengatakan dirinya hanya mengonsumsi obat yang diresepkan oleh dokter, pasien hanya beraktivitas jalan ke kamar mandi dan kembali ke tempat tidur

7) Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

Sebelum sakit pasien mengatakan dirinya masuk golongan ekonomi menengah kebawah, penghasilkannya cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari dan keperluan lainnya, pasien menggunakan BPJS Kesehatan dan keadaan lingkungan tempat tinggal bersih serta aman

Saat dirawat pasien mengatakan dirinya tidak bekepa, saat ini biaya perawatannya ditanggung BPJS Kesehatan

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Pola makan

Sebelum sakit pasien mengatakan porsi makan 1 centong penuh, sehari makan 2x, makanan yang biasa dimakan sayur-sayuran
saat dirawat pasien mengatakan porsi makan 1/2 porsi, sehari makan 3x, makanan yang di makan hanya yang diberikan dari rumah sakit

2) Apakah keadaan sakit saat ini mempengaruhi pola makan/minum

Pasien mengatakan ada perubahan pola makan dan minum saat dirawat karena selera makan menurun

3) Makanan yang disukai pasien, apakah makanan pautangan/makanan tertentu yang menyebabkan alergi, apakah makanan yang dibatasi

Pasien mengatakan makanan yang disukai yaitu sayur-sayuran, dan tidak ada makanan pantangan yang menyebabkan alergi; dan tidak ada makanan yang dibatasi.

4) Adakah kegalunan atau kebudayaan yang dituntut yang mempengaruhi diet

Pasien mengatakan tidak ada kegalunan atau kebudayaan yang dituntut pasien dalam mempengaruhi diet.

5) Kebiasaan mengkonsumsi vitamin / obat penambah nafsu makan

Pasien mengatakan dirinya tidak menggunakan vitamin C

6) Kelelahan dalam makan

Sebelum sakit dan saat dirawat pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam makan

7) Adakah keluhan anoreksia nervosa, bulimia nervosa

Sebelum sakit dan saat dirawat pasien mengatakan tidak ada keluhan anoreksia nervosa dan bulimia nervosa

8) Adakah keluhan mual muntah

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan mual muntah saat dirawat pasien mengatakan tidak ada keluhan mual muntah

9) Bagaimana kemampuan mengunyah dan menelan

Sebelum sakit dan saat dirawat pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam kemampuan mengunyah dan menelan

10) Adakah penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir

Sebelum sakit dan saat dirawat pasien mengatakan tidak ada penurunan berat badan, berat badan tetap stabil yaitu 55 kg

11) Pola minum

Sebelum sakit pasien mengatakan jumlah cairan yang dikonsumsi per harinya \pm 1 botol tenggung sekitar 600 ml, minuman yang biasa dikonsumsi air putih.

Saat dirawat pasien mengatakan jumlah cairan yang dikonsumsi per harinya \pm 1/2 botol tenggung sekitar 300 ml, minuman yang biasa dikonsumsi air putih

12) Bila pasien terpasang infus dan berapa cairan yang masuk dalam seharinya

2000 ml / hari

13) Adanya keluhan demam

Pasien mengatakan tidak ada keluhan demam

c. Pola eliminasi

1) Eliminasi feses

(a) Pola BAB

Sebelum sakit pasien mengatakan BAB rutin 1x sehari pada pagi hari
saat dirawat pasien mengatakan BAB 2x sehari 1x

(b) Adakah perubahan dalam kebiasaan BAB

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada perubahan BAB
saat dirawat pasien mengatakan tidak ada perubahan BAB

2) Pola BAK

Sebelum sakit pasien mengatakan sehari BAK sebanyak 5x, warnanya
kuning muda

Saat dirawat pasien mengatakan sehari BAK sebanyak 3-4x,
warnanya kuning

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Kegiatan dalam pekerjaan

Sebelum sakit pasien mengatakan dirinya dalam berkegiatan
setiap hari tidak ada hambatan

Saat dirawat pasien mengatakan dirinya dalam berkegiatan
mengalami keterbatasan

2) Olahraga yang dilakukan

pasien mengatakan dirinya tidak pernah melakukan olahraga

3) Kesulitan / keluhan dalam aktivitas

Sebelum sakit pasien mengatakan dirinya sedikit mengalami
keluhan dalam aktivitas karena kakinya mengalami pengapuran,
sehingga terkadang keclua kakinya terasa nyeri

saat dirawat pasien mengatakan dirinya mengalami keluhan
dalam aktivitas akibat penyakitnya yaitu hipertensi, sehingga
saat dirinya duduk atau berjalan merasa pusing berputar-
putar dan kesemangannya berkurang sehingga aktivitas di bantu
keluarga

4) Pergerakan tubuh

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam
melakukan pergerakan

Saat dirawat pasien mengatakan dirinya mengalami keluhan
pergerakan tubuh karena dirinya merasa lemas

5) Perawatan diri

sebelum sakit pasien mengatakan dirinya mandiri dalam
mengenakan pakaian, mandi, makan, dll.

Saat dirawat pasien mengatakan dirinya dibantu keluarga dalam melakukan perawatan diri kecuali makan

6) Behajat

Sebelum sakit pasien mengatakan dirinya mandiri dalam melakukan BAB / BAK

Saat dirawat pasien mengatakan dirinya dibantu keluarga saat BAB/BAK

7) Keluhan sesak nafas setelah melakukan aktivitas

pasien mengatakan dirinya tidak ada keluhan sesak nafas

8) Mudah merasa lelah

pasien mengatakan mudah merasa lelah saat melakukan aktivitas

e. Pola Istirahat dan tidur

1) Kebiasaan tidur

Sebelum sakit pasien mengatakan waktu tidurnya dari pukul 10 malam dan bangun pukul 1/2 5 pagi

Saat dirawat pasien mengatakan sering terbangun dari tidurnya sebanyak 2-5 x sehari

2) Kesulitan tidur

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada kesulitan tidur

Saat dirawat pasien mengatakan dirinya mudah terbangun saat ada seseorang yang datang di ruang rawatnya dan sulit tidur karena nyeri kepala.

f. Pola kognitif - perseptual sensor.

1) keluhan yang berkenaan dengan kemampuan sensori

Pasien mengatakan dirinya memiliki keluhan dalam penglihatan, pendengarannya kabur.

2) Kemampuan kognitif

Sebelum sakit pasien mengatakan dirinya dalam mengingat normal

Saat dirawat pasien mengatakan dirinya mengalami penurunan kemampuan mengingat

3) Kesulitan yang dialami

Sebelum sakit pasien mengatakan dirinya terkadang merasa pusing

Saat dirawat pasien mengatakan ~~Sering~~ selalu merasa pusing

4) Persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan P, Q, R, S, T

P: Pasien mengatakan yang meningkatkan nyeri saat posisi duduk, berdiri, dan berjalan dan yang mengurangi nyeri saat pasien memejamkan mata

Q: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan lumayan lama, rasanya cemet - cemet seperti ditekan - tekan

- R. Pasien mengatakan nyeri di bagian kepala dan tengkuk
- S. Pasien mengatakan skala nyeri 4 dari 1-10
- T. Pasien mengatakan keluhan nyeri yang dirasakan saat pasien duduk, berdiri, dan berjalan, dan muncul tiba-tiba.

G. Pola persepsi diri dan konsep diri

- 1) Persepsi diri : pasien mengatakan hal yang difikirkan saat ini adalah perihal kesembuhannya, harapannya setelah menjalani perawatan yaitu sembuh, perubahan yang dirasa yaitu dirinya merasa lupa saat dirawat. pasien mengatakan sedih dengan perasaannya saat ini, perilaku non verbalnya sesuai dengan perilaku verbalnya pasien tampak gelisah
- 2) Konsep diri
 - (a) Citra diri / body image : pasien mengatakan tidak ada pengaruh penyakitnya terhadap dirinya
 - (b) Identitas : pasien mengatakan dirinya adalah seorang ibu dari ke empat anaknya, dirinya merasa senang menjadi perempuan dan menjadi seorang ibu bagi anak-anaknya
 - (c) Peran : pasien mengatakan peran dalam keluarganya yaitu sebagai ibu (orang tua tunggal), dan menjalankan perannya dengan senang, selama dirawat tidak ada perubahan peran
 - (d) Ideal diri : pasien mengatakan harapan dirinya yaitu ingin cepat sembuh dan di hari-hari biasanya selalu sehat
 - (e) Harga diri : Pasien mengatakan tidak merasa rendah diri dengan keadaannya sekarang

H. Pola mekanisme coping

- 1) Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan
pasien mengatakan sebelum sakit dan saat dirawat dalam mengambil keputusan dibantu oleh anaknya
- 2) Yang dilakukan jika menghadapi masalah
pasien mengatakan jika dirinya memecahkan masalah dan mencari pertolongan kepada anak-anaknya dan juga selalu curhat.
- 3) Bagaimana upaya klien dalam menghadapi masalahnya sekarang
pasien mengatakan dalam menyelesaikan masalahnya sekarang dihadapi bersama anaknya
- 4) Menurut klien apa yang dapat dilakukan perawat agar pasien nyaman
pasien mengatakan dirinya sudah merasa nyaman dengan perawatan yang telah diberikan oleh tenaga medis kepadanya

i. Pola seksual - reproduksi

- 1) Bagaimana pemahaman klien tentang fungsi seksual
Pasien mengatakan dirinya sudah tidak bersuami lagi karena suaminya sudah meninggal, sehingga pasien sudah tidak melakukan hubungan seksual lagi, pasien sudah mengalami menopause, pasien memiliki 4 orang anak

j. Pola peran - berhubungan dengan orang lain

- 1) Mengaji bagaimana hubungan pasien dengan orang lain
Pasien mengatakan keadaan sebelum sakit dan saat dirawat tidak mempengaruhi hubungan dengan keluarga dan tenaga medis
- 2) Kemampuan pasien dalam berkomunikasi
Pasien mengatakan saat sebelum sakit dan saat dirawat dalam berkomunikasi jelek dan mampu mengerti orang lain
- 3) Siapa orang terdekat yang lebih berpengaruh pada klien
Pasien mengatakan orang yang paling dekat dengan dirinya yaitu anaknya yang pertama
- 4) Kepada siapa klien meminta bantuan bila mempunyai masalah
Pasien mengatakan jika dirinya memiliki masalah meminta bantuan kepada anak-anaknya
- 5) Adakah kesulitan dalam keluarga
Pasien mengatakan hubungan dengan keluarganya baik-baik saja

k. Pola nilai dan kepercayaan

- 1) Bagaimana klien menyatakan keagamaan / kepercayaan sebelum sakit
Pasien mengatakan rutin dalam menjalankan ibadahnya, tetapi ada hambatan
Saat dirawat pasien mengatakan tidak menjalankan ibadah seperti biasanya, dikarenakan mengalami keterbatasan dalam bergerak, karena dirinya hanya berada di atas tempat tidur
- 2) Masalah yang berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat
Pasien mengatakan terdapat masalah aktivitas dalam beribadah
- 3) Adakah keyakinan / kepercayaan yang diamati pasien yang bertentangan dengan kesehatan
Pasien mengatakan tidak ada hal yang bertentangan antara keyakinan/kebudayaan dengan kesehatannya
- 4) Adakah pertentangan nilai / keyakinan / kebudayaan terhadap pengobatan yang dijalani
Pasien mengatakan tidak ada pertentangan keyakinan dengan pengobatan

sebelum tak jelas kelainan

KESAN:

infark dilobus frontalis kanan kiri, kapsula interna kanan dan Crus anterior, corona radiata kanan dan pons

TAK tampak perdarahan serebri

Tak tampak tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial

b. Diet yang diperoleh

- Tim reudah garam

- nasi reudah garam

c. Therapi yang didapat klien

25/21 = RL 20 tpm, ranitidin, amoclopin, galvus, PCT, paracetam, lapibal, flunarizin, dimenhidrinat

26/21 = Asenng 20 tpm, galvus, PCT, betahistin, dimenhidrinat, flunarizin, menslom

28/21 = Asenng 20 tpm, dranicron, galvus, paracetamol, menslom, flunarizin, dimenhidrinat, ranitidin, ondancantron, PCT, paracetam, lapibal, betahistin, amoclopin, memon, dime

B. Analisa Data

tgj/jam	Data fokus	Problem	etologi	TTD
25/21 10:00	Ds: p: pasien mengatakan yang meningkatkan nyeri pada saat posisi duduk, berdiri, dan berjalan yang menganggu nyeri yaitu saat pasien memejamkan mata Q: pasien mengatakan nyeri dirasakan lumayan lama, rasanya cemat-cerut seperti ditekan - tekan R: Pasien mengatakan nyeri dibagian kepala dan tengkuk S: Pasien mengatakan skala nyeri 4 dari 1-10 T: Pasien mengatakan keluhan nyeri yang dirasakan saat duduk, berdiri	Nyeri akut	agen fisiologis	

dan burjan terkadang muncul tiba-tiba

Do: Pasien tampak meninges, gelisah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu

TD: 153/80 mmHg

S: 36,5°C

RR: 20 x/m

N: 70 x/m

25/21

10:00

Ds: Pasien mengatakan sering mengeluh sulit tidur, sering terjaga, dan kemampuan beraktivitas menurun

Do: pasien tampak lesu dan lemah. Sebelum saat pasien tidur ± selama 6-8 jam dan saat dirawat pasien sering terbangun 2-5 x sehari

gangguan pola tidur

hambatan lingkungan

C. Diagnosa keperawatan dan prioritas Keperawatan

1. Nyeri akut b.d agen peneceera fisiologis
2. Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan

D. Planning / intervensi Keperawatan

Tgl/jam	Dx Keperawatan	Tujuan dan k.H	Intervensi	TD
25/21 11:00	Nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan: o Tingkat nyeri - keluhan nyeri menurun - menngs menurun - gelisah menurun - mudl menurun - tekanan darah mebaik	1. Identifikas nyeri 2. Beritnrik non farma untuk mengurangi nyeri 3. jelaskan strateg meredakan nyeri 4. kolaborasi pemberian analgetik	
25/21 11:00	gangguan pola tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam diharapkan: o Status kenyamanan	1. Identifikas pola aktifitas tidur 2. lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan	

		<ul style="list-style-type: none"> - gelisah menurun - keluhan sulit tidur menurun - kebingungan menurun - pola tidur membaik. 	3. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	
--	--	--	---	--

E. Implementasi

tgl/jam	Dx keperawatan	implementasi	TTD
25/21 11:50	Nyeri akut.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Memberikan tehnik non farmakologis untuk mengurang; nyeri 3. Menjelaskan strategi meredakan nyeri 4. Mengkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu 	
26/21 10:00	gangguan pola tidur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pola aktivitas tidur 2. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 3. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 	

F. Evaluasi

tgl/jam	diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	TTD
28/21 15:00	Nyeri akut	<p>S: pasien mengatakan pusing dan nyeri kepala skala nyeri 4</p> <p>O: TD: 156/83 mmHg</p> <p>N: 70 x/m</p> <p>RR: 20 x/m</p> <p>S: 36,6 °C</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi 2,4</p>	
28/21 15:00	gangguan pola tidur	<p>S: pasien mengatakan masih mengeluh sulit tidur dan sering terbangun</p> <p>O: pasien tampak lemas dan lesu</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi 2</p>	