

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN HIPERTENSI
DI RUANG MAWAR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
TUGUREJO SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Dedy Sufian
NIM. 89.331.2839

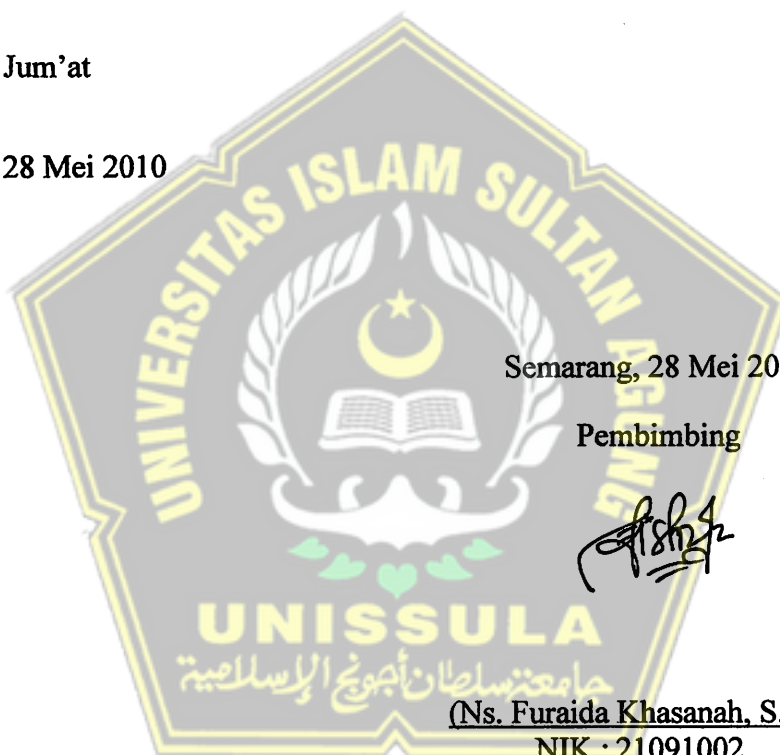
**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Jum'at

Tanggal : 28 Mei 2010



HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari selasa tanggal 1 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan TIM Penguji.

Semarang, 1 juni 2010

Tim Penguji,

Penguji I



(Dwi Retno Sulistyaningsih, S.Kep., Ns)

NIK : 210.998.005

Penguji II



(Furaida Khasanah, S. Kep., Ns)

NIK : 210.910.022

Penguji III



(Maya Dwi Yustini, S.Kep., Ns)

NIK : 95.02.518

MOTTO

Menjadi sukses adalah tujuan hidup bagi sebagian besar orang. Salah satu modal untuk meraih kesuksesan adalah dengan menjadi individu yang kreatif. Dengan kreatifitas yang dimiliki seseorang disertai dengan pengambilan langkah-langkah yang tepat dalam mengembangkan kreatifitas tersebut, Kesuksesan bisa dicapai.

Perlu kau ketahui bahwa bunga tidak mekar dalam waktu semalam, kota rom tidak terbangun dalam masa sehari. kehidupan dirajut dalam rahim selama sembilan bulan, cinta yang agung terus tumbuh subur selama kehidupanmu. Itu cinta hakiki, itu cinta abadi, pada Maha Kuasa.



KATA PENGANTAR

Assalamualaikum 'alaikum Wr WB

Alhamdulillah Robbil Alamin, segala puji bagi Allah, Dzat yang Maha Agung dan Maha Luhur, yang senantiasa melimpahkan rahmat, taufik, hidayah, dan inayah-Nya, sehingga buku Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN HIPERTENSI" guna sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan, dengan waktu tepat waktu meskipun didalam pembuatan terdapat banyak kendala dan masalah.

Buku Karya Tulis Ilmiah (KTI) merupakan buku yang membahas tentang salah satu kasus Keperawatan Medical Bedah dengan Hipertensi, yang diharapkan dengan buku ini dapat meningkatkan kemampuan membuat dokumentasi keperawatan dengan baik dan benar serta akurat.

Penyusunan Buku Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini tidak lepas dari bantuan dari semua pihak antara lain :

- A. ALLAH SWT, yang telah memberikan kesehatan dan rezeki kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan laporan kasus ini.
- B. Kedua Orang Tua yang telah mendukung penulis untuk dapat kuliah hingga sekarang dan atas doa serta materi yang diberikan.
- C. Keluarga Besar penulis.
- D. Bapak Rektor UNISSILA, Prof Laode M Kamaluddin.
- E. Bapak Dekan FIK, Bapak Iwan Ardian, SKM
- F. Ketua Prodi DIII Keperawatan, Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM

- G. Dosen Pembimbing Karya Tulis Ilmiah, Ibu Furaida Khasanah, S.Kep,Ns
- H. Dosen-dosen FIK yang telah membina dan memberikan ilmunya sampai sekarang.
- I. Teman-teman di Prodi DIII keperawatan angkatan 2007 yang dengan ikhlas membantu menyelesaikan KTI.
- J. Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang. Terutama pada bapak erik yang telah membimbing.

Oleh karena itu kami mengucapkan banayak terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dan menyumbangkan buah pikiran dan tenaga dalam pembuatan KTI ini.

Penulis menyadari asuhan keperawatan ini jauh dari sempurna, untuk perbaikan kearah yang lebih baik penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak.

Semoga asuhan keperawatan ini dapat bermanfaat bagi penulis dan semua pembaca dalam menambah pengetahuan dan wawasan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang kita berikan pada klien.

Wassalamu 'alaikum wr.wb.

Semarang, 25 Mei 2010

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Halaman Persetujuan	ii
Halaman Pengesahan Penguji	iii
Halaman Moto	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Bab I : Pendahuluan	
A. Latar belakang masalah	1
B. Tujuan Penulisan	2
C. Manfaat penulisan	3
Bab II : Konsep Teori	
A. Konsep Dasar Penyakit	
1. Definisi.....	4
2. Etiologi.....	6
3. Patofisiologi.....	8
4. Manifestasi Klinis.....	10
5. Pathways.....	11
6. Pemeriksaan Penunjang.....	12
7. Komplikasi.....	13
8. Penatalaksanaan.....	15

B. Konsep Dasar Keperawatan	
1. Fokus Pengkajian.....	18
2. Fokus Intervensi.....	22
BAB III : Resume Keperawatan	
A. Pengkajian	31
B. Analisa Data	37
C. Intervensi.....	38
D. Implementasi.....	39
E. Evaluasi.....	41
BAB IV : Pembahasan	
A. Nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.....	42
B. Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan anoreksia.....	46
C. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.....	50
BAB V : Penutup	
A. Kesimpulan	53
B. Saran	54
Daftar Pustaka	55
Lampiran	56

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Meningkatnya taraf hidup masyarakat terutama di negara maju dan kota-kota besar membawa perubahan pada pola hidup individu. Perubahan tersebut membawa pada perubahan pola penyakit yang ada, terutama pada penyakit yang berhubungan dengan gaya hidup seseorang.

Salah satu penyakit degeneratif yang perlu diwaspadai adalah penyakit hipertensi yaitu suatu gangguan dari sistem peredaran darah yang akhir-akhir ini cenderung mengenai segala usia (Andrianto, 1995). Penyakit ini sering disebut dengan penyakit darah tinggi karena memang terdapat adanya peningkatan tekanan darah yang melebihi batas normal.

Penelitian yang dilakukan WHO pada tahun 2005 didapatkan data 7,2 juta orang di dunia setiap tahunnya meninggal akibat hipertensi. Hipertensi kini menjadi masalah global karena prevalensinya yang terus meningkat sejalan dengan perubahan gaya hidup yang meliputi kebiasaan-kebiasaan tidak sehat seperti merokok, alkohol, konsumsi makanan dengan gizi yang tidak seimbang dan lain sebagainya. Berbagai faktor risiko hipertensi meliputi genetik, ras, usia, jenis kelamin, merokok, obesitas, kafein, dan natrium, serta stress psikologis (Yogiantoro, 2006). Umumnya tekanan darah bertambah

secara perlahan dengan bertambahnya umur. Risiko untuk menderita hipertensi pada populasi ≥ 55 tahun yang tadinya tekanan darahnya normal adalah 90%.

Berdasarkan hasil penelitian WHO tahun 2005 tentang tingginya angka kejadian hipertensi terlebih pada usia lanjut, maka penulis tertarik untuk memahami lebih dalam lagi tentang gejala-gejala dini, penyebab, serta permasalahan hipertensi agar dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien secara maksimal. Asuhan keperawatan dilakukan dengan menggunakan pendekatan proses serta asuhan keperawatan yang ditujukan untuk meningkatkan, mencegah mengatasi dan memulihkan kesehatan.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Mengetahui asuhan keperawatan pada klien dengan hipertensi.

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui konsep dasar hipertensi yang terdiri dari : definisi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, penatalaksanaan, dan pemeriksaan penunjang.
- b. Mengetahui asuhan keperawatan klien hipertensi secara teori yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan dan fokus intervensi.
- c. Mampu memberikan asuhan keperawatan klien hipertensi pada Tn. S yang meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

C. Manfaat Penulisan

Karya tulis ilmiah yang dibuat penulis diharapkan bermanfaat bagi pihak-pihak terkait antara lain :

1. Penulis

- a. Meningkatkan keilmuan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan medikal pada kasus hipertensi.
- b. Meningkatkan kemampuan dalam skill memberikan asuhan keperawatan medikal pada kasus hipertensi.

2. Pembaca

Pembaca diharapkan dapat mengerti tentang penyakit hipertensi, dari pengertian sampai penatalaksanaan.

3. Institusi pendidikan

- a. Menambah referensi bagi keperawatan medikal tentang gambaran asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.
- b. Meningkatkan kompetensi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan medikal khususnya dengan hipertensi.

4. Lahan Praktek

Lahan praktek khususnya rumah sakit agar dapat lebih mengerti asuhan yang diberikan pada klien.

5. Masyarakat

Diharapkan dengan adanya referensi ini masyarakat mendapatkan asuhan keperawatan yang berkualitas khususnya pada hipertensi.

BAB II

KONSEP TEORI

A. KONSEP DASAR PENYAKIT

1. Definisi

Hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur minimal pada tiga kesempatan yang berbeda. Seseorang dianggap mengalami hipertensi apabila tekanan darahnya lebih tinggi dari pada 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik (140/90) (Corwin, 2001).

Hipertensi didefinisikan oleh *Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* (JIVC) sebagai tekanan yang lebih tinggi dari 140/90 mmHg dan diklasifikasikan sesuai derajat keparahannya, mempunyai rentang dari tekanan darah (TD) normal tinggi sampai hipertensi maligna. (Doengoes, 2000).

Pria yang berusia <45 dinyatakan hipertensi jika tekanan darah pada waktu berbaring 130/90 mmHg atau lebih, sedangkan yang berusia >45 tahun dinyatakan hipertensi jika tekanan darahnya 145/95 mmHg atau lebih. Wanita yang mempunyai tekanan darah 160/95 mmHg atau lebih dinyatakan hipertensi (Tjokronegoro, 2001)

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa hipertensi (tekanan darah tinggi) adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg.

Klasifikasi Tekanan Darah pada Orang Dewasa (18 tahun keatas)
Berdasarkan JNC-VII (*The Joint National Committee on Detection,*
***Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*)**

Kategori	Tekanan darah sistolik (mmHg)	Tekanan darah diastolic (mmHg)
Normal	120	<80
Pre Hypertension	120 – 139	80 – 89
Stadium 1 Hipertensi ringan (<i>Mild hypertension</i>)	140 – 159	90 – 99
Stadium 2 Hipertensi sedang (<i>Moderate hypertension</i>)	160 – 179	100 – 109
Stadium 3 Hipertensi berat (<i>Severe hypertension</i>)	180 – 209	110 – 119
Stadium 4 Hipertensi maligna (<i>Very severe hypertension</i>)	210 atau lebih	120 atau lebih

Sumber : Gray dkk, 2005.

2. Etiologi

a. Penyebab hipertensi menurut caranya antara lain adalah (Ruhyandudin, 2007) :

- 1) Jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya.
- 2) Arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku, sehingga arteri tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut.
- 3) Bertambahnya cairan dalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah.

b. Menurut jenisnya, penyebab hipertensi dapat dibagi menjadi 2 yaitu :

- 1) Hipertensi primer atau esensial

Hipertensi primer adalah hipertensi yang belum diketahui penyebabnya. Terjadi pada 95 % penderita hipertensi. Hipertensi primer merupakan suatu kombinasi antara berbagai faktor faktor genetik dan lingkungan yang menyebabkan fenotipe hipertensif (Davey, 2005).

- 2) Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang sudah diketahui penyebabnya dan terjadi sekitar 5% dari kasus hipertensi.

Hipertensi dikelompokkan menjadi (Gray, 2005) :

- a) Penyakit parenkim ginjal (3%)

Setiap penyebab gagal ginjal (glomeluronefritis, pielonefritis) yang mengakibatkan kerusakan parenkim akan cenderung

menimbulkan hipertensi dan hipertensi itu sendiri akan menyebabkan kerusakan ginjal.

b) Penyakit *renovaskular* (1%)

Penyakit renovaskuler terdiri atas penyakit yang menyebabkan gangguan pasokan darah ke ginjal dan secara umum dibagi atas aterosklerosis, yang terutama mempengaruhi sepertiga bagian proksimal arteri renalis dan paling sering terjadi pada pasien usia lanjut, dan fibrodisplasia yang terutama mempengaruhi 2/3 bagian distal, dijumpai paling sering pada individu muda, terutama perempuan. Penurunan pasokan darah ke ginjal akan memacu produksi renin ipsilateral dan meningkatkan tekanan darah.

c) Endokrin (1%)

Tingginya kadar aldesteron yang rendah dan renin yang rendah akan mengakibatkan kelebihan natrium dan air.

d) Hyperplasia adrenal kongenital

Hyperplasia adrenal kongenital merupakan penyebab hipertensi pada anak (jarang).

e) Feokromositoma

Disebabkan oleh tumor sel kromafin adalah neural yang mensekresikan katekolamin, 90% berasal dari kelenjar adrenal. Kurang lebih 10% terjadi di tempat lain dalam rantai simpatis, 10% dan tumor ini ganas, dan 10% adenoma

adrenal adalah bilateral. Feokromositoma dicurigai jika tekanan darah berfluktuasi tinggi, disertai takikardia, berkeringat, atau edema paru karena gagal jantung.

f) Koartaksio aorta

Koartasio aorta adalah suatu keadaan dimana terdapat konstriksi atau penyempitan dari aorta. Darah tidak secara bebas mengalir keseluruh tubuh, sehingga terjadi peningkatan tekanan darah sebelum penyempitan.

g) Kaitan dengan kahamilan

Kaitannya dengan kehamilan terjadi sampai 10% pada kehamilan pertama, lebih sering pada ibu muda, diperkirakan karena aliran uteroplasental yang kurang baik dan umumnya terjadi pada trimester terakhir atau awal periode postpartum.

h) Akibat obat

Penggunaan obat yang paling banyak berkaitan dengan hipertensi adalah pil kontrasepsi oral (OCP), obat lain yang terkait dengan hipertensi termasuk siklosporin, eritoprotein, dan kokain.

3. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla diotak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis

di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan rennin. Rennin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intra vaskuler.

Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi. Pada kasus gerontology, perubahan struktural dan fungsional pada sistem

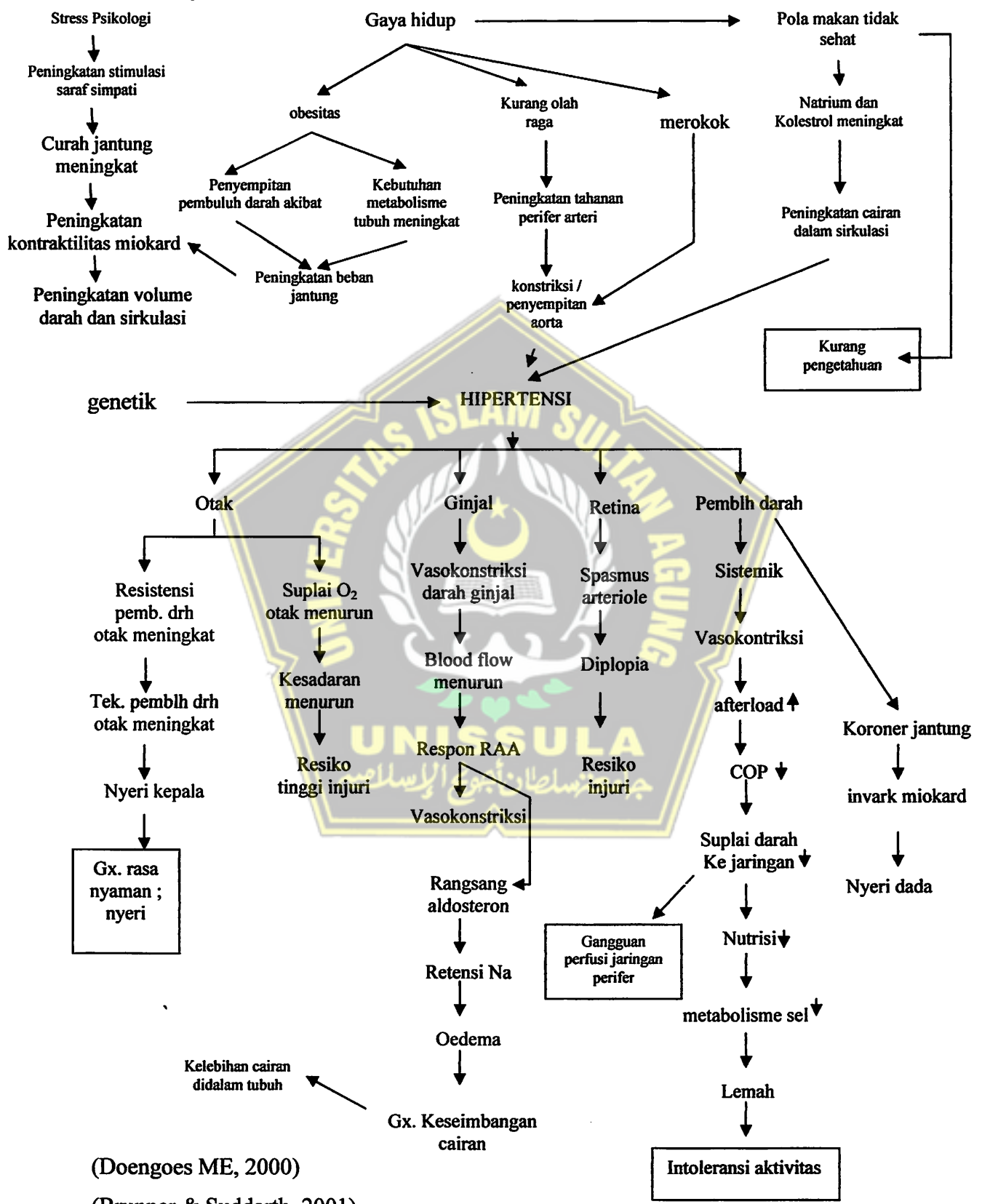
pembuluh perifer bertanggungjawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), sehingga mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer (Brunner and Suddarth's, 2002)

4. Manifestasi Klinik

Sebagian besar manifestasi klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun, dan berupa (Corwin, 2001) :

- a. Nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah.
- b. Penglihatan kabur akibat kerusakan retina / *retinopati hipertensi*.
- c. Ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat.
- d. Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus.
- e. Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler.

5. Pathways



(Doengoes ME, 2000)

(Brunner & Suddarth, 2001)

6. Pemeriksaan Penunjang

Selain dengan alat pengukur tekanan darah pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mengetahui hipertensi antara lain (Tjokronegoro, 2001) :

- a. Pemeriksaan laboratorium meliputi pemeriksaan ureum, keratinin, kalium, kalsium, urinalisis, asam urat, dan glukosa darah.
- b. Pemeriksaan Kimia darah / serum CK/CPK (*Creatin Posfo Kinase*), CKMB (*Creatinkinase Label M dan B*).

Enzim ini berkonsentrasi Tinggi dalam jantung dan otot rangka, konsentrai rendah pada jaringan otak, berupa senyawa nitrogen yang terfosforisasi dan menjadi katalisator dalam transfer fosfat ke ADP (energi). Peningkatan CPK merupakan indikator penting adanya kerusakan miokardium. Nilai normal dewasa pria : 5-35 Ug/ml atau 30-180 IU/L. Wanita 5-25 Ug/ml atau 25-150 IU/L. CKMB merupakan jenis enzim yang terdapat banyak pada jaringan terutama otot, miocardium, dan otak. Nilai normal CKMB kurang dari 10 U/L, nilai >10 – 13 U/L atau > 5% total CK menunjukkan adanya peningkatan aktifitas produksi enzim.

- c. Pemeriksaan khusus meliputi rennin dalam plasma urin dilakukan jika ada indikasi.
- d. Elektrokardiografi,
- e. Pielografi intravena / IVP
- f. Foto rontgen dada, akan tampak pembesaran pada jantung.

7. Komplikasi

Hipertensi dapat menyebabkan beberapa komplikasi, diantaranya (Corwin, 2001) :

a. Stroke

Stroke timbul akibat perdarahan di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non-otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang memerlukan oksigen dan nutrisi berkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami aterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma.

b. Infark miokardium

Infark miokardium dapat terjadi apabila arteri koroner yang aterosklerotik tidak dapat mensuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk thrombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh tersebut. Hipertensi kronik dan hipertrofi ventrikel menyebabkan kebutuhan oksigen miokardium tidak dapat dipenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga, hipertrofi ventrikel dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hambatan listrik melalui ventrikel sehingga terjadi disritmia hipoksia jantung, dan peningkatan risiko pembentukan bekuan darah.

c. Gagal ginjal

Gagal ginjal terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus. Dengan rusaknya glomerulus, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Rusaknya membran glomerulus mengakibatkan protein keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang, menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik.

d. Ensefalopati (kerusakan otak)

Ensefalopati dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat). Tekanan yang sangat tinggi pada kelainan kerusakan otak ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke dalam ruang interstisium di seluruh susunan saraf pusat. Neuron-neuron di sekitarnya kolaps dan terjadi koma sampai kematian.

e. Komplikasi lainnya

Wanita dengan *Pregnancy induced hypertension* (PIH) atau disebut juga hipertensi akibat kehamilan dapat mengalami kejang. Bayi yang lahir mungkin memiliki berat lahir rendah akibat perfusi plasenta yang tidak adekuat, dapat mengalami hipoksia dan asidosis apabila ibu mengalami kejang selama atau sebelum proses kehamilan

8. Penatalaksanaan

Hipertensi primer tidak dapat diobati, pengobatan diberikan untuk mencegah terjadinya komplikasi. Diantaranya :

a. Non farmakologis

Penatalaksanaan pada hipertensi dengan cara non farmakologis antara lain (Davei, 2005) :

- 1) Penderita hipertensi yang mengalami kelebihan berat badan dianjurkan untuk menurunkan berat badannya sampai batas ideal.
- 2) Merubah pola makan pada penderita diabetes, kegemukan, dan kadar kolestrol darah tinggi. Mengurangi pemakaian garam sampai kurang dari 2,3 gram natrium atau 6 gram natrium klorida setiap harinya (disertai dengan asupan kalsium, magnesium dan kalium yang cukup) dan mengurangi alkohol.
- 3) Olahraga aerobik yang tidak terlalu berat. Penderita hipertensi esensial tidak perlu membatasi aktivitasnya selama tekanan darahnya terkendali.
- 4) Berhenti merokok.

b. Farmakologis

Pada penatalaksanaan farmakologis terdapat jenis-jenis obat antara lain (Ruhyanudin, 2007) :

- 1) *Diuretic thiazide*, berfungsi membantu ginjal membuang garam dan air, yang akan mengurangi volume cairan di seluruh tubuh sehingga menurunkan tekanan darah. Diuretik juga menyebabkan

pelebaran pembuluh darah serta menyebabkan hilangnya kalium melalui air kemih, sehingga kadang diberikan tambahan kalium atau obat penahan kalium. Efektif pada orang kulit hitam, lanjut usia, kegemukan, penderita gagal jantung, dan penyakit ginjal menahun.

- 2) Penghambat adrenergik seperti kelompok obat alfa-blocker, beta-blocker, alfa-beta-blocker labetamol, yang menghambat efek system saraf simpatis. System saraf simpatis adalah system saraf yang dengan segera akan memberikan respon terhadap stress, dengan cara meningkatkan tekanan darah. Efektif pada penderita usia muda, pernah mengalami serangan jantung, denyut jantung cepat, angina pektoris (nyeri dada), dan sakit kepala migren.
- 3) Angiotensin Converting enzyme inhibitor (ACE-inhibitor) menyebabkan penurunan tekanan darah dengan cara melebarkan arteri. Efektif pada orang kulit putih, usia muda, penderita gagal jantung, penderita dengan protein dalam air kemihnya yang disebabkan oleh penyakit ginjal menahun atau penyakit ginjal dibeabetik, dan pria yang menderita impotensi sebagai efek samping dari obat lain.
- 4) Angiotensin-II-blocker menyebabkan penurunan tekanan darah dengan suatu mekanisme yang mirip dengan ACE-inhibitor. Angiotensin-II dikenal dengan *Renin Angiotensin Aldosteron System (RAAS)*, RAAS dibagi dalam dua sistem yaitu sistem

RAAS general (Circulating RAAS) yang akan berperan dalam regulasi sistem kardiovaskuler / hemodinamik dalam jangka waktu singkat dan cepat. Aktivitas RAAS sistemik ini akan menyebabkan pemulihan tekanan darah dan homeostasis kardiovaskuler. Sistem yang kedua adalah sistem RAAS lokal (Tissue RAAS) yang regilasi dalam jangka waktu yang lebih panjang dan homoestasis kardiovaskuler lewat aktivasi angiotensin jaringan dan degradasi bradykinin.

- 5) *Antagonis kalsium* menyebabkan melebarnya pembuluh darah dengan mekanisme yang benar-benar berbeda. Efektif pada orang kulit hitam, lanjut usia, penderita angina pectoris (nyeri dada) m denyut jantung yang cepat, dan sakit kepala migren.
- 6) Vasodilator langsung menurunkan tekanan perifer namun secara berlawanan meningkatkan curah jantung. Bekerja langsung pada otot polos pembuluh darah menyebabkan melebarnya pembuluh darah.
- 7) Kedaruratan hipertensi (misalnya hipertensi maligna) memerlukan obat yang menurunkan tekanan darah tinggi dengan segera diantaranya intravena yaitu diazoxide, nitroprusside, nitroglycerin, dan labetamol.

B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN

1. Fokus Pengkajian

Fokus pengkajian keperawatan antara lain (Doengoes, 2000) :

a. Aktivitas/istirahat

- 1) Gejala : Kelemahan, letih, napas pendek, gaya hidup monoton.
- 2) Tanda : Frekuensi jantung meningkat

b. Sirkulasi

- 1) Gejala : Riwayat hipertensi, aterosklerosis (penyumbatan pembuluh darah), penyakit jantung koroner/katub dan penyakit serebrovaskular.
- 2) Tanda : Kenaikan tekanan darah (Pengukuran serial dari kenaikan tekanan darah diperlukan untuk menegakan diagnosis).

Hipotensi postural (mungkin berhubungan dengan regimen obat).

Nadi : Denyut jelas dari karotis, jugularis, radialis.

Radialis; perbedaan denyut, seperti denyut femoral melambat sebagai kompensasi denyutan radialis atau brakialis.

Frekuensi : Takikardi, berbagai disritmia.

Murmur stenosis valvular.

Desiran vascular terdengar diatas karotis, femoralis atau epigastrium (stenosis arteri).

DVJ (Distensi Vena Jugularis).

Ekstremitas : Perubahan warna kulit, suhu dingin (vasokonstriksi perifer); pengisian kapiler mungkin lambat/tertunda (vasokonstriksi).

Kulit pucat, sianosis, dan diaphoresis (kongesti, Hipoksemia; kemerahan (feokromositoma).

c. Integritas ego

1) Gejala : Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi, euforia, atau marah kronik (dapat mengindikasikan kerusakan cerebral).

Factor-faktor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan).

2) Tanda : Letupan suasana hati, gelisah, perhatian menyempit, tangisan yang meledak. Gerakan tangan empati, otot muka tegang (khususnya sekitar mata).

d. Eliminasi

Gejala : Gangguan ginjal saat ini atau yang lalu (seperti infeksi /obstruksi atau riwayat ginjal penyakit masa lalu).

e. Makanan/cairan

1) Gejala : Makanan yang disukai, yang mencakup makanan tinggi garam, tinggi lemak, kolestrol (seperti makanan yang digoreng, keju, telur); gula-gula yang berwarna hitam; makanan tinggi kalori.

Mual, muntah. Perubahan berat badan akhir-akhir ini (meningkat atau menurun).

Riwayat penggunaan diuretic.

- 2) Tanda : Berat badan proporsional atau obesitas. Adanya edema (mungkin umum atau tertentu); kongesti vena, DVJ; glikosuria.

f. Neurosensori

- 1) Gejala : Keluhan pening/pusing.

berdenyut, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan beberapa jam).

Kelemahan pada satu sisi tubuh.

Gangguan penglihatan (diploopia, penglihatan kabur).

Episode epistaksis.

- 2) Tanda : Status mental : perubahan kesadaran, orientasi, pola/isi bicara, afek, proses pikir atau memori (ingatan).

Respon motorik : penurunan kekuatan genggaman tangan atau reflex tendon dalam.

Perubahan-perubahan retinal optic : dari sklerosis/penyempitan arteri ringan sampai berat dan perubahan sklerotik dengan edema atau papiledema, eksudat, dan hemoragi tergantung pada berat/lamanya hipertensi.

g. Nyeri/ketidaknyamanan

Gejala : Nyeri hilang timbul pada tungkai/klaudikasi (indikasi arteriosklerosis pada arteri ekstremitas bawah).
Sakit kepala oksipital berat seperti yang pernah terjadi sebelumnya. Nyeri abdomen/massa (feokromositoma).

h. Pernafasan

Secara umum berhubungan dengan efek kardiopulmonal tahap lanjut dari hipertensi menetap/berat.

- 1) **Gejala** : Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas.
Takipnea, ortopnea, dispnea nocturnal paroksismal (PND).
Batuk dengan/tanpa pembedakan sputum.
Riwayat merokok.
- 2) **Tanda** : Distress respirasi/penggunaan otot bantu pernafasan.
Bunyi napas tambahan (krakles).
Sianosis.

i. Keamanan

- 1) **Keluhan** : Gangguan koordinasi /cara berjalan.
- 2) **Gejala** : Episode parestesia unilateral transien.
Hipotensi postural.

j. Pembelajaran/Penyuluhan

Gejala : Faktor-faktor risiko keluarga: Hipotensi, arteriosklerosis, penyakit jantung, diabetes mellitus, penyakit

serebrovaskular/ginjal.

Penggunaan pil KB atau hormone lain, penggunaan obat/alkohol.

2. Fokus Intervensi

Fokus interensi keperwatan medikal bedah dengan hipertensi antara lain (Doengoes, 2000) :

a. Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, iskemia miokard, hipertropi ventricular

1) kriteria Hasil :

- a) berpartisipasi dalam aktivitas yang menurunkan tekanan darah/beban kerja jantung.
- b) Mempertahankan tekanan darah dalam rentang yang dapat diterima yaitu <140/ 80 mmHg.
- c) Memperlihatkan irama dan frekuensi jantung stabil.

2) Intervensi keperawatan :

- a) Pantau tekanan darah, ukur pada kedua tangan, gunakan manset dan tehnik yang tepat.

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

- b) Catat keberadaan, kualitas denyutan sentral dan perifer.

Rasional : denyutan karotis, jugularis, radialis dan femoralis mungkin teramati/terpalpasi. Denyut pada tungkai mungkin

menurun, mencerminkan efek dari vasokonstriksi (peningkatan SVR) dan kongesti vena.

c) Auskultasi tonus jantung dan bunyi napas.

Rasional : S4 umum terdengar pada pasien hipertensi berat karena adanya hipertrofi atrium (peningkatan volume/tekanan atrium). Perkembangan S3 menunjukkan hipertrovi ventrikel dan kerusakan fungsi. Adanya krakles, mengi dapat mengindikasikan kongesti paru sekunder terhadap terjadinya atau gagal jantung kronik.

d) Amati warna kulit, kelembaban, suhu dan masa pengisian kapiler.

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

e) Catat edema umum.

Rasional : Dapat mengindikasikan gagal jantung, kerusakan ginjal atau vaskuler.

f) Berikan lingkungan tenang, nyaman, kurangi aktivitas/keributan lingkungan, serta batasi jumlah pengunjung dan lamanya menjenguk.

Rasional : Membantu untuk menurunkan rangsang simpatis dan meningkatkan relaksasi.

- g) Pertahankan pembatasan aktivitas seperti istirahat ditempat tidur/kursi, bantu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai kebutuhan.

Rasional : Menurunkan stress dan ketegangan yang mempengaruhi tekanan darah dan perjalanan penyakit hipertensi.

- h) Lakukan tindakan-tindakan yang nyaman seperti pijatan punggung dan leher, memberikan posisi semi fowler.

Rasional : Mengurangi ketidaknyamanan dan dapat menurunkan rangsang simpatis.

- i) Anjurkan tehnik relaksasi, panduan imajinasi, aktivitas pengalihan.

Rasional : Dapat menurunkan rangsangan yang menimbulkan stress , membuat efek tenang, sehingga akan menurunkan tekanan darah.

- j) Pantau respon terhadap obat untuk mengontrol tekanan darah.

Rasional : Respon terhadap terapi obat “stoped” (yang terdiri atas diuretik, inhibitor simpatis dan vasodilasator) tergantung pada individu dan efek sinergis obat. Karena efek samping tersebut, maka penting untuk menggunakan obat dalam jumlah paling sedikit dan dosis paling rendah.

k) Berikan pembatasan cairan dan diit natrium sesuai indikasi.

Rasional : Pembatasan ini dapat menangani retensi cairan dengan respons hipertensif, dengan demikian menurunkan beban kerja jantung.

l) Kolaborasi untuk pemberian obat-obatan sesuai indikasi

Rasional : dengan memberikan obat secara benar maka akan mempercepat proses penyembuhan.

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

1) Kriteria Hasil :

- a) Melaporkan nyeri/ketidaknyamanan hilang/terkontrol.
- b) Mengungkapkan metode yang memberikan pengurangan.
- c) Mengikuti regimen farmakologi yang diresepkan.

2) Intervensi keperawatan :

- a) mempertahankan tirah baring selama fase akut.

Rasional : Meminimalkan stimulasi/meningkatkan relaksasi.

- b) Berikan tindakan nonfarmakologi untuk menghilangkan sakit kepala, misalnya kompres dingin pada dahi, pijat punggung dan leher, tenang, redupkan lampu kamar, teknik relaksasi (panduan imajinasi, distraksi).

Rasional : Tindakan yang menurunkan tekanan vascular serebral dan yang memperlambat/memblok respons simpatis efektif dalam menghilangkan sakit kepala dan komplikasinya.

- c) Minimalkan aktivitas vasokonstriksi yang dapat meningkatkan sakit kepala. Misalnya, mengejan saat BAB, batuk panjang, membungkuk.

Rasional : Aktivitas yang meningkatkan vasokonstriksi menyebabkan sakit kepala pada adanya peningkatan tekanan vaskuler serebral.

- d) Bantu pasien dalam ambulasi sesuai kebutuhan.

Rasional : Pusing dan penglihatan kabur sering berhubungan dengan sakit kepala. Pasien juga dapat mengalami episode hipotensi postural.

- e) Berikan cairan, makanan lunak, perawatan mulut yang teratur bila terjadi perdarahan hidung atau kompres hidung telah dilakukan untuk menghentikan perdarahan.

Rasional : Meningkatkan kenyamanan umum. Kompres hidung dapat mengganggu menelan atau membutuhkan napas dengan mulut, menimbulkan stragnasi sekresi oral dan mengeringkan membrane mukosa.

- c. Intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

- 1) Kriteria Hasil :

- a) Pasien berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan/diperlukan.

- b) Melaporkan peningkatan dalam toleransi aktivitas yang dapat diukur.
- c) Menunjukkan penurunan dalam tanda-tanda intoleransi fisiologi.

2) Intervensi :

- a) Kaji respon pasien terhadap aktivitas, perhatikan frekuensi nadi lebih dari 20 kali per menit di atas frekuensi istirahat; peningkatan tekanan darah yang nyata selama/sesudah aktivitas (tekanan sistolik meningkat 20 mmHg); dispnea atau nyeri dada; kelelahan dan kelemahan yang berlebihan; diaphoresis; pusing atau pusing.

Rasional : menyebutkan parameter membantu dalam mengkaji respons fisiologi terhadap stress aktivitas dan, bila ada merupakan indikator dari kelebihan kerja yang berkaitan dengan tingkat aktivitas.

- b) Instruksikan pasien tentang teknik penghematan energi. Misalnya, menggunakan kursi saat mandi, duduk saat menyisir rambut atau menyikat gigi, melakukan aktivitas dengan perlahan.

Rasional : Teknik menghemat energi mengurangi penggunaan energi, juga membantu keseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

- c) Berikan dorongan untuk melakukan aktivitas/perawatan diri bertahap jika dapat ditoleransi. Berikan bantuan sesuai kebutuhan.

Rasional : Kemajuan aktivitas bertahap mencegah peningkatan kerja jantung tiba-tiba. Memberikan bantuan hanya sebatas kebutuhan akan mendorong kemandirian dalam melakukan aktivitas.

- d. Kurangnya pengetahuan berhubungan mengenai kondisi berhubungan dengan kurang pengetahuan/daya ingat, misinterpretasi informasi, keterlibatan kognitif.

- 1) Kriteria hasil :

- a) Klien menyatakan pemahaman tentang proses penyakit.
- b) Mengidentifikasi efek samping obat dan kemungkinan komplikasi yang perlu diperhatikan.
- c) Mempertahankan tekanan darah dalam parameter normal.

- 2) Intervensi :

- a) Kaji kesiapan dan hambatan dalam belajar. Termasuk orang terdekat.

Rasional : Kesalahan konsep dan menyangkal diagnosa karena perasaan sejahtera yang sudah lama dinikmati mempengaruhi minat pasien/orang terdekat untuk mempelajari penyakit, kemajuan, dan prognosis. Bila pasien tidak

menerima realitas bahwa membutuhkan pengobatan kontinu, maka perubahan perilaku tidak akan dipertahankan.

- b) Tetapkan dan nyatakan batas tekanan darah normal. Jelaskan tentang hipertensi dan efeknya pada jantung, pembuluh darah, ginjal dan otak.

Rasional : Memberikan dasar untuk pemahaman tentang peningkatan tekanan darah dan mengklarifikasi istilah medis yang sering digunakan. Pemahaman bahwa tekanan darah tinggi dapat terjadi tanpa gejala adalah untuk memungkinkan pasien melanjutkan pengobatan meskipun ketika merasa sehat.

- c) Bahas pentingnya menghentikan merokok dan bantu pasien dalam membuat rencana untuk berhenti merokok.

Rasional : Nikotin meningkatkan pelepasan katekolamin, mengakibatkan peningkatan frekuensi jantung, tekanan darah, dan vasokonstriksi. Juga dapat mengurangi oksigenasi jaringan dan meningkatkan beban kerja miokardium.

- d) Sarankan untuk sering mengubah posisi dan olah raga kaki saat berbaring.

Rasioanal : Menurunkan bendungan vena perifer yang dapat ditimbulkan oleh vasodilator dan duduk/berdiri terlalu lama.

- e) Intruksikan pasien tentang peningkatan masukan makanan/minuman tinggi kalium, misalnya jeruk, pisang, tomat, kentang, aprikot, kurma, buah ara, kismis, sari buah

jeruk dan minuman yang mengandung tinggi kalium misalnya susu rendah lemak dan yogurt.

Rasional : diuretik dapat menurunkan kadar kalium. Penggantian diet lebih baik dari pada obat dan semua ini diperlukan untuk memperbaiki kekurangan kalium. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa mengkonsumsi kalium 400-2000 mg per hari dapat menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolik. Memperbaiki kekurangan mineral dapat juga mempengaruhi tekanan darah.

- f) Bantu klien untuk mengidentifikasi sumber masukan natrium, misalnya garam meja, makanan bergaram, daging dan keju olahan, saus, sup kaleng, sayuran, soda kue, baking powder, dan MSG). Tekankan pentingnya membaca label kandungan makanan dan obat yang dijual bebas.

Rasional : Diet rendah garam selama dua tahun mungkin sudah mencukupi untuk mengontrol hipertensi sedang.

- g) Dorong pasien untuk membuat program olahraga sendiri seperti olahraga aerobik (berjalan, berenang) yang pasien mampu lakukan.

Rasional : Selain membantu menurunkan tekanan darah, aktivitas aerobik merupakan alat menguatkan system kardiovaskular.

BAB III

RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 11 Agustus 2009 jam 08.00 WIB diruang mawar, Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Kota Semarang.

Klien bernama Tn. S berjenis kelamin laki-laki, Umur 62 tahun, No. Rekam medik 194719 beragama islam, pendidikan terakhir SD, pekerjaan sebagai petani, suku jawa, klien masuk rumah sakit tanggal 10 agustus 2009. Adapun keluarga yang dapat dihubungi adalah Tn H yang beralamat saleman mloya.

Keluhan utama klien mengatakan tengkuk rasanya nyeri dengan skala 5, alasan masuk ke rumah sakit yaitu sering pusing dan tengkuknya sakit, klien mengatakan sebelum dibawa ke rumah sakit klien sering merasa pusing dan kaki kesemutan. Klien biasa membeli obat diwarung dan sembuh. Tapi untuk sakit saat ini dari tanggal 5 Agustus 2009 klien tidak sembuh dengan obat yang dibeli di warung, klien mengatakan nyeri datang saat klien menunduk rasanya cekot-cekot dan nyeri hilang timbul. Akhirnya oleh keluarga klien dibawa ke rumah sakit daerah tugurejo melalui ruang UGD kemudian klien dikirim ke ruang mawar.

Klien mengatakan belum pernah dirawat di rumah sakit dan klien tidak mempunyai riwayat penyakit tuberkolosis maupun diabetes melitus.

Klien hanya sering pusing, pilek, dan masuk angin. Tidak ada alergi obat ataupun makanan, klien mengatakan tidak tahu dapat imunisasi atau tidak, klien mengkonsumsi obat-obatan dari warung apabila pusing seperti bodrex. Klien mengatakan tidak ada kebiasaan khusus dan unik.

Klien merupakan anak keempat dari enam bersaudara, orang tua klien sudah meninggal semua, dan istri klien merupakan anak kedua dari 3 bersaudara dengan orang tua yang sudah meninggal semua. Klien mempunyai tiga orang anak dan yang tinggal dalam satu rumah klien yaitu klien, istri, dan kedua orang anaknya.

Ibu klien mempunyai riwayat darah tinggi dan yang lain tidak tahu apakah ada darah tinggi atau tidak. Saat ini anggota keluarga klien tidak ada yang dirawat di rumah sakit.

Klien mengatakan rumahnya bersih, rumahnya terbuat dari tembok semen, lantai ubin, jauh dari pabrik dan tempat pembuangan sampah, pekarangan rumah juga bersih dan disapu tiap hari. Rumah klien mempunyai kamar mandi dan WC sendiri dan tidak licin.

Klien mengatakan tidak ada nyeri pada dada, tidak sesak napas, nafas teratur dengan frekuensi 22 kali per menit.

Klien mengatakan sebelum klien sakit klien makan 3 kali sehari dengan komposisi nasi dan lauk bervariasi tiap hari. Selama sakit klien hanya makan 2 kali sehari tetapi hanya habis setengah porsi dengan komposisi nasi, sayur, dan lauk-pauk yang disediakan rumah sakit, klien mengatakan tidak nafsu makan. Sebelum sakit berat badan klien 55 Kg dan

selama sakit klien berat badannya turun menjadi 53 Kg, Tinggi badan klien kurang lebih 158 cm, sebelum sakit klien minum kurang lebih 6-9 gelas perhari air putih dan selama sakit klien minum kurang lebih 6 sampai 7 gelas dengan volume yang tidak menentu antara 200 – 400 ml dan jenis air putih.

Sebelum Sakit klien buang air besar 1 kali dalam 1 sampai 2 hari dengan konsistensi lunak, warna kuning kadang bervariasi tergantung yang dimakan, dan bau khas. Buang air kecil klien 5 sampai 6 kali sehari warna jernih dan bau khas urin dan tidak mengeluh sakit.

Selama sakit klien buang air besar 2 hari sekali dengan konsistensi lunak, warna kuning, lebih sedikit dari biasanya dan bau khas. Buang air kecil 3 sampai 5 kali dengan warna kuning bau khas tetapi lebih pesing dan tidak sakit saat buang air kecil.

Sebelum sakit klien tidur jam 21.00 WIB dan bangun jam 04.30 WIB, tidur siang lamanya tidak tentu tetapi tidur siang. Selama sakit klien mengatakan tidur malam jam 21.30 dan bangun jam 04.00 WIB, tidur siang lebih lama dari pada sebelum sakit kira-kira 2 jam, tidak ada kebiasaan pengantar tidur dan minum obat tidur.

Sebelum sakit klien bekerja sebagai petani lahan sendiri, lama kerja tidak terjadwal, kegiatan diwaktu luang bermain dengan cucu-cucunya, tidak ada keluhan dalam melakukan aktivitas hanya sering pusing.

Selama sakit klien tidak bekerja dan malas melakukan aktivitas karena klien merasa lemas, kebutuhan sehari-hari seperti mandi, ke WC, makan dapat dilakukan sendiri tetapi susah (kadang dibantu keluarga).

Pola pikir dan persepsi klien tidak menggunakan alat bantu dengar atau alat bantu dalam melihat maupun berjalan. Klien juga tidak mengalami kesulitan dalam membaca dan menulis. Klien sering pusing apa bila makan daging dan banyak pikiran dengan skala 5 atau nyeri sedang.

Persepsi klien terhadap penyakitnya, klien bertanya sembuhnya berapa hari “Kapan sembuh”, harapannya cepat sembuh dan bekerja. Klien tidak mengetahui tentang penyakitnya.

Suasana hati / air muka / sosialisasi, klien tidak enak dirawat di rumah sakit dan sedih tidak dapat melakukan apa-apa selain istirahat. Klien terlihat sabar dan tabah.

Hubungan / komunikasi / sosialisasi, klien tidak ada hambatan dalam berkomunikasi, mampu mengerti apa yang dikatakan perawat, klien dapat berbahasa Indonesia dan Jawa tetapi bahasa yang sering digunakan bahasa Jawa. Klien menganut adat Jawa, klien sebagai pembuat keputusan dalam keluarga, klien berekonomi menengah kebawah, klien mengatakan hubungan klien dengan tetangga dan keluarga cukup harmonis atau tidak ada masalah.

Kebutuhan seksual, selama sakit klien ditunggu oleh keluarganya yaitu istri dan anaknya secara bergantian. Klien sangat menyayangi keluarganya sebaliknya keluarganya pun menyayangi klien.

Pertahanan kopling, pengambilan keputusan dalam keluarga adalah klien sendiri dengan masukan dari orang lain. Klien jika ada masalah dalam keluarga selalu dimusyawarahkan dan sebagai pengambilan keputusan adalah klien selaku kepala keluarga.

Sebelum sakit klien selalu sholat 5 waktu dan mengikuti acara keagamaan di lingkungan tempat tinggal dan selama sakit klien hanya berdoa dan sholat tetapi terkadang tidak.

Kesadaran composmentis, dengan keadaan umum lemah.

Vital sign tekanan darah : 170/90 mmHg, Nadi : 88 kali permenit, Suhu : 36⁰C, respirasi rate : 22 kali permenit.

Bentuk kepala mesosepal, rambut ikal, beruban sedikit, rambut bersih, tidak bau, dan rapi. Tampak muka menahan sakit.

Warna kulit sawo matang, turgor kembali dalam kurang dari 2 detik, tidak ada lesi, kapilari refil kembali kurang dari 2 detik, kuku sedikit kotor.

Bentuk mata simitris antara kanan dan kiri, konjungtiva tidak anemis, tidak ada tanda-tanda radang, tidak pernah operasi mata, dan fungsi penglihatan baik.

Bentuk hidung simitris antara bagian atas dan bawah tidak ada perdarahan, tidak ada pembesaran polip, tidak ada serumen, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, dan tidak ada gangguan penciuman.

Telinga bentuknya simitris antara kanan dan kiri, tidak ada serumen, tidak ada infeksi, tidak menggunakan alat bantu dengar dan tidak ada masalah pendengaran.

Mulut dan tenggorokan klien tidak ada kesulitan atau gangguan bicara, pada pemeriksaan gigi tidak lengkap dan sedikit kuning, tidak ada karies, sedikit bau, tidak ada kesulitan mengunyah, lidah terasa pahit, susah menelan. Klien tampak memegang tengkuknya. Inspeksi pada leher tidak ada kemerahan, warna kulit kuning langsung dan tidak ada odem.

Pemeriksaan dada pada jantung didapatkan inspeksi : letus kordis tak tampak, palpasi : ictus kordis teraba pada IC ke-5, perkusi : pekak, Auskultasi : tidak ada suara tambahan. Pada paru-paru didapatkan inspeksi : simetris antara dada bagian kanan dan kiri, palpasi : tidak ada pembesaran paru, perkusi : terdengar pekak, auskultasi : terdengar vesikuler.

Pemeriksaan abdomen pada inspeksi : terlihat kurus tidak ada luka, berwarna sawo matang, auskultasi : bising usus 16 kali permenit, perkusi : terdengar tympani, palpasi : teraba tidak ada pembesaran organ atau hepar.

Klien berjenis kelamin laki-laki dan tidak ada keluhan pada genetaliannya.

Pada ekstremitas dapat digerakan dengan baik, ekstremitas atas maupun ekstremitas bawah.

Pada pemerksaan penunjang diperoleh data laboratorium tanggal 10 agustus 2009 didapatkan; WBC=9,01; Lym=0,83; MID=0,60; GRA=7,57; Ly%=9,2; Hi%=6,7; Gr%=84,1; RBC=4,53; HGB=9,2; HCT=31,1; MCV=69; MCH=20,2; MCHC=29,4; RpWc=22,7; PLT=269; PCT=0,19; MPV=6,9; PDWc=36,2.

Glukosa sewaktu=90mg/dl; kalsium=8,7mmol/L; natrium=139,4mmol/L; chlorida=112,3mmol/L; magnesium=2,5mg/100ml; ureum=20mg/100ml; creatinin=0,8mg/dl; total protein=8,5g/100ml; albumin=3,8g/100ml; globulin=3,5g/100ml.

Klien menjalankan therapy obat dari tanggal 10 agustus yaitu captopril 3x1 tablet, ranitidin 2x1, HCT 1-0-0.

B. Analisa Data

Analisa data yang didapatkan dari hasil pengkajian antara lain fokus pertama data subyektif Tn. S mengatakan nyeri pada tengkuk, kualitas cekot-cekot, tepat pada tengkuk bagian belakang, skala nyeri 5 atau sedang, dengan waktu hilang timbul setiap saat. Dari data obyektif Tn S. terlihat memegang tengkuknya dan muka tampak menahan sakit, tanda – tanda vital tekanan darah 170/90 mmHg, Nadi 88 kali permenit, suhu tubuh 36,5⁰C, dan respirasi rate 22 kali permenit. Dari data tersebut ditarik prioritas masalah keperawatan yang pertama dengan diagnosa nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral ditandai dengan data subyektif dan obyektif.

Pada data fokus kedua didapatkan data subyektif Tn. S mengatakan tidak nafsu makan, makan 2 kali sehari dengan habis setengah porsi, berat badan sebelum sakit 55 kg sebelum tanggal 5 agustus 2009. Dari data obyektif Tn. S terlihat hanya makan setengah porsi, berat badan saat sakit 53 Kg yang ditimbang pada tanggal 11 agustus 2009. Tinggi badan klien 158 cm. Klien lemah tapi tidak pucat. Dari data tersebut ditarik prioritas

yang kedua dengan diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan anoreksia ditandai dengan data subyektif dan obyektif.

Pada data fokus yang ketiga didapatkan Tn S mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya, klien mengatakan kalau sakit seperti yang ia derita berapa lama sembuhnya. Pada data obyektif tampak ingin tahu jawabannya, klien tampak kooperatif. Dari data tersebut ditarik prioritas yang ketiga kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi ditandai dengan data subyektif dan data obyektif.

C. Intervensi Keperawatan

Diagnosa pertama nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral, penulis menyusun rencana keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 kali 24 jam rasa nyeri berkurang dengan kriteria hasil klien melaporkan nyeri berkurang atau terkontrol dan hilang. Dengan intervensi : kaji skala nyeri, monitor tanda-tanda vital, ajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan menghayalkan yang indah-indah dan nafas dalam, ciptakan lingkungan yang nyaman dengan membatasi jam besuk, mempertahankan tirah baring selama fase akut, memberi obat yang sudah diresepkan dokter.

Diagnosa kedua perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan anoreksia, menyusun rencana keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 kali 24 jam kebutuhan nutrisi klien terpenuhi dengan kriteria hasil nafsu makan klien terpenuhi dan klien makan 1 porsi habis. Adapun intervensinya yaitu

tanyakan makanan yang disukai klien, berikan informasi pentingnya nutrisi, motivasi klien untuk menghabiskan makanan dari rumah sakit, timbang berat badan klien, anjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering apabila tidak nafsu makan.

Diagnosa ketiga kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi menyusun rencana keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 kali 30 menit klien akan mengerti tentang penyakitnya dengan kriteria hasil : klien tidak cemas, klien memahami tentang hipertensi. Adapun intervensinya yaitu bina hubungan saling percaya, jelaskan tentang penyakit hipertensi, jelaskan penyebab hipertensi, evaluasi klien tentang materi yang disampaikan.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada diagnosa pertama dilakukan pada tanggal 11 agustus 2009 jam 20.00 WIB. Adapun implementasi yang dapat dilakukan adalah mengkaji skala nyeri, respon subyektif klien : klien mengatakan rasanya nyeri cekot-cekot dengan skala nyeri 5, respon obyektif : klien tampak memegang tengkuk dan menahan rasa nyeri. Jam 20.21 WIB dilanjutkan dengan implementasi memonitor tanda-tanda vital. Respon subyektif : klien mengatakan mau diperiksa, respon obyektif : klien kooperatif dengan Tekanan darah : 170/90 mmHg, Suhu tubuh : 36,5⁰C, respirasi rate : 22 kali/menit, nadi : 90 kali permenit. Jam 20.24 dilanjutkan dengan mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan cara menghayalkan yang indah-indah dan nafas dalam dengan respon subyektif :

Klien mengatakan tidak banyak berpengaruh, respon obyektif : klien mencoba teknik yang diajarkan. Jam 20.26 dilanjutkan implementasi mempertahankan tirah baring selama fase akut dengan respon subyektif klien : klien mengatakan akan banyak istirahat selama sakit, respon obyektif klien : klien beristirahat. Jam 20.00 implementasi memberikan obat yang sudah diresepkan dokter dengan respon subyektif : klien mengatakan akan minum obat, respon obyektif : klien sudah minum obat.

Implementasi diagnosa kedua yang dilakukan tanggal 11 agustus 2009 jam 19.35 WIB ,sebelum melakukan implementasi diagnosa pertama, adapun implementasinya yaitu menanyakan makanan yang disukai klien dengan respon subyektif : klien mengatakan menyukai makanan dengan lauk ayam goreng, respon obyektif : klien makan. Jam 19.39 WIB implementasi memberikan informasi pentingnya nutrisi dengan respon subyektif : klien mengatakan “oh begitu”, respon obyektif : klien mendengarkan. Jam 19.42 WIB implementasi memotivasi klien untuk menghabiskan makanan dari rumah sakit dengan respon subyektif : klien mengatakan akan menghabiskan makanannya, respon obyektif klien menghabiskan makanannya lebih banyak.

Implementasi diagnosa ketiga yang dilakukan tanggal 12 agustus 2010 jam 08.00 WIB, adapun implementasinya yaitu membina hubungan saling percaya dengan klien dengan respon subyektif : klien mengatakan senang diajak bicara, respon obyektif : klien senang. Dilanjutkan jam 08.15 WIB dengan menjelaskan tentang penyakit hipertensi respon subyektif klien :

mengatakan mau dijelaskan, respon obyektif : klien memperhatikan. Jam 08.20 WIB menjelaskan penyebab hipertensi dengan respon subyektif : klien mengatakan mengerti, respon obyektif : klien mengangguk-angguk paham. Jam 08.25 WIB mengevaluasi klien tentang materi yang disampaikan dengan respon subyektif klien mengatakan sudah mengerti, respon obyektif : klien dapat menjelaskan pengertian hipertensi.

E. Evaluasi

Pada diagnosa yang pertama Implementasi dilakukan selama 1 hari dengan evaluasi pada hari rabu tanggal 12 agustus 2009 jam 20.30 WIB dengan respon subyektif klien mengatakan nyeri sudah berkurang sampai skala nyeri 2, respon obyektif klien sudah tidak menahan sakit dengan tanda – tanda vital tekanan darah 160/ 90 mmHg, suhu 36,5⁰C, respirasi rate 20 kali permenit, analisis perawat masalah teratasi sebagian dengan rencana kedepan pertahankan intervensi.

Implementasi dilakukan selama 1 hari dengan evaluasi pada hari rabu tanggal 12 agustus 2009 jam 20.00 WIB dengan respon subyektif klien mengatakan sudah banyak makan, respon obyektif makanan klien habis ¾ porsi, analisis perawat masalah teratasi sebagian, dengan rencana lanjutkan intervensi.

Implementasi dilakukan selama 30 menit dengan evaluasi pada hari rabu tanggal 12 agustus 2009 jam 20.35 WIB dengan respon subyektif klien mengatakan masih ingat yang disampaikan tadi pagi, respon obyektif klien tampak dapat menceritakan penyebab hipertensi, analisis perawat masalah teratasi dengan rencana intervensi selesai.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab IV ini, penulis akan membahas tentang Asuhan Keperawatan yang muncul pada klien yang bernama Tn.S dengan hipertensi diruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Kota Semarang , pada tanggal 11 – 12 Agustus 2009. Penulis mempunyai saran untuk perbaikan asuhan keperawatan dengan memperhatikan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa, intervensi, implementasi, sampai dengan evaluasi.

Pengkajian dilakukan pada hari selasa tanggal 11 Agustus 2009 pukul 08.00 WIB diruang Mawar RSUD Tugurejo Semarang, yakni dengan menggunakan metode *allow anamnesa* dan *auto anamnesa* dan didapatkan data-data masalah keperawatan sebagai berikut :

A. Nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.

Diagnosa pertama penulis tegakkan karena pada pengkajian penulis menemukan data-data sebagai berikut, klien mengatakan tengkuknya nyeri dengan skala 5 (sedang), nyeri pada tenggkuknya, saat klien menunduk akan terasa cekot – cekot, dan nyeri hilang timbul. Klien terlihat memegang tengkuknya dan muka tampak manahan sakit dengan tekanan darah 170/90 mmHg, nadi 88 kali permenit, suhu tubuh 36,5⁰C, dan respirasi rate 22 kali permenit.

Nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral. Nyeri akut adalah keadaan di mana individu mengalami dan melaporkan adanya rasa ketidaknyamanan yang hebat atau sensasi yang tidak menyenangkan selama enam bulan atau kurang. Dengan batasan karakteristik mayor, komunikasi (verbal atau penggunaan kode) tentang nyeri yang dideskripsikan. Dan batasan karakteristik minor, mengatupkan rahang atau pergelangan tangan, perubahan kemampuan untuk melanjutkan aktivitas sebelumnya, agitasi, ansietas, peka rangsang, menggosok bagian yang nyeri, mengorok, postur tidak biasanya (lutut ke abdomen), ketidakefektifan fisik atau imobilitas, masalah dengan konsentrasi, perubahan pada pola tidur, rasa takut mengalami cedera ulang, menarik bila disentuh, mata terbuka lebar atau sangat tajam, gambaran kurus, mual dan muntah (Carpenito-moyet, 2007).

Menurut Carpenito : 2007 seharusnya penulis menuliskan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral karena nyeri yang diderita klien kurang dari 6 bulan. Etiologi pada diagnosa pertama ini didapatkan karena pada data fokus terdapat tekanan darah sistolik lebih dari 160 mmHg. Dan terdapat nyeri pada tengkuk yang dikaitkan dengan tekanan darah vaskuler serebral.

Diagnosa gangguan rasa nyaman nyeri oleh penulis diangkat sebagai prioritas pertama karena menurut Hierarki Maslow, nyeri adalah kebutuhan fisiologis. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang sangat primer dan mutlak harus dipenuhi untuk memelihara homeostatik biologis dan

kelangsungan kehidupan bagi tiap manusia. Kebutuhan ini merupakan syarat dasar, apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi maka dapat mempengaruhi kebutuhan yang lain, misalnya kebutuhan istirahat tidur, kebutuhan aktivitas dan nutrisi (Asmadi, 2008). Dengan teratasinya nyeri diharapkan klien dapat memenuhi kebutuhan yang lainnya.

Penulis merencanakan asuhan keperawatan baik yang bersifat mandiri maupun kolaborasi bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 kali 24 jam rasa nyeri berkurang dengan kriteria hasil klien melaporkan nyeri berkurang atau terkontrol dan hilang seharusnya penulis menambahkan tanda-tanda vital dalam batas normal dan mencatat skala nyeri yang ditargetkan berkurang. Implementasi meliputi kaji skala nyeri dengan rasional merupakan data dasar untuk mengevaluasi kebutuhan, ketidakefektifan intervensi, dan sebagai catatan perkembangan nyeri adalah individual yang dihubungkan dengan respon fisik dan emosional. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan rasional diharapkan dengan mengajarkan teknik nafas dalam dan mengalihkan perhatian dengan ngobrol dengan orang lain dapat mengurangi intensitas nyeri dan mengontrol ketidaknyamanan. Ciptakan lingkungan yang nyaman dengan rasional membantu untuk menurunkan rangsang simpatis dan meningkatkan relaksasi. Mempertahankan tirah baring selama fase akut dengan rasional meminimalkan stimulasi/meningkatkan relaksasi. Memberikan obat yang sudah diresepkan dokter akan segera mencapai pusat rasa sakit, merupakan penghilang rasa nyeri yang lebih efektif. Obat yang diresepkan dokter antara

lain : captopril 3x1 tablet, ranitidin 2x1 ampul, dan HCT 1-0-0. Penulis kurang lengkap dalam mencatuman dosis obat yang diberikan dikarenakan kelalaian penulis.

Penulis tidak mengalami kesulitan dalam melaksanakan implementasi yang telah direncanakan karena didukung oleh klien yang kooperatif terhadap tindakan keperawatan dan keluarga yang mendukung klien dan dibantu dengan obat yang telah diresepkan dokter sebelumnya.

Penulis mengajarkan teknik mengurangi nyeri dengan distraksi dan relaksasi mempunyai nilai lebih karena sewaktu-waktu dapat digunakan oleh klien jika merasakan suatu kondisi nyeri yang mendadak, dari nyeri ringan sampai sedang. Teknik tersebut merupakan teknik yang efektif untuk mengontrol nyeri yang dirasakan oleh klien.

Hanya saja penulis melakukan kesalahan dalam dokumentasi keperawatan, seharusnya penulis dalam penulisan dokumentasi implementasi, menuliskan dengan lengkap kegiatan yang dilakukan dalam 24 jam tetapi disini penulis hanya menuliskan satu kegiatan implementasi dalam suatu diagnosa. Hal ini dikarenakan penulis belum menguasai pedoman dokumentasi keperawatan dengan baik dan benar.

Evaluasi akhir pada diagnosa ini respon subyektif klien mengatakan nyeri sudah berkurang sampai skala nyeri 2, respon obyektif klien sudah tidak menahan sakit. Tekanan darah : 160/90 mmHg, suhu : 36,5⁰C, nadi : 80 kali permenit, respirasi rate 20 kali permenit. Kriteria hasil yang ada pada intervensi adalah melaporkan nyeri / ketidak nyamanan berkurang, hilang

atau terkontrol dan klien merasa nyaman. Seharusnya penulis mencantumkan juga tanda-tanda vital dalam batas normal dan skala nyeri yang berkurang. Pada analisis masalah teratasi sebagian karena pada skala nyeri 2 atau sedang menandakan masih terdapat ketidaknyamanan yang sehingga penulis mempunyai rencana untuk mempertahankan intervensi yang ada yaitu kaji skala nyeri, motivasi klien untuk menerapkan teknik distraksi relaksasi, ciptakan lingkungan yang nyaman, memberikan obat yang sudah diresepkan dokter.

B. Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan anoreksia

Diagnosa keperawatan yang kedua penulis tegakkan karena pada pengkajian penulis menemukan data-data sebagai berikut, klien mengatakan tidak nafsu makan, makan 2 kali sehari dengan habis setengah porsi. Berat badan sebelum sakit 55 Kg yaitu seelum tanggal 11 agustus 2009, berat badan saat sakit 53 Kg, tinggi badan kurang lebih 158 cm, klien tampak lemah tetapi tidak pucat. Menurut Carpenito seharusnya penulis merumuskan diagnosa Perubahan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan tubuh berhubungan dengan Anoreksia Sekunder terhadap nyeri dan lemah.

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yaitu suatu kondisi di mana individu yang tidak puasa mengalami atau berisiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan masukan yang tidak adekuat atau metabolisme nutrient yang tidak adekuat untuk kebutuhan metabolik. Dengan batasan karakteristik mayor, individu yang tidak puasa

melaporkan atau menerima asupan makanan yang kurang dari kebutuhan diet harian yang dianjurkan (*recommended daily allowance*, RDA) dengan atau tanpa disertai penurunan berat badan dan/atau kebutuhan metabolic actual atau potensial dengan asupan yang lebih. Dengan karakteristik minor berat badan 10% samapi 20% atau lebih di bawah berat badan ideal berdasarkan tinggi dan postur tubuh, lipatan kulit trisep, lingkaran lengan atas, dan lingkaran otot lengan bagian tengah kurang dari 60% ukuran standar, kelemahan dan rasa nyeri pada otot, iritabilitas mental dan konfusi, penurunan kadar albumin serum, penurunan transferin serum atau kapasitas pengikat zat besi (Carpenito-moyet, 2009).

Diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh oleh penulis diangkat sebagai prioritas kedua karena menurut Hierarki Maslow, nutrisi adalah kebutuhan fisiologis. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang sangat primer dan mutlak harus dipenuhi untuk memelihara homeostatik biologis dan kelangsungan kehidupan bagi tiap manusia. Kebutuhan ini merupakan syarat dasar, apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi maka dapat mempengaruhi kebutuhan yang lain, misalnya kebutuhan istirahat tidur, kebutuhan aktivitas dan nutrisi (Asmadi, 2008). Dengan teratasinya nutrisi diharapkan klien dapat memenuhi kebutuhan yang lainnya. Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai yang kedua karena etiologi dari diagnosa ini adalah respon yang berkesinambungan dari nyeri dan lemas. Penulis seharusnya dalam diagnosa tentang nutrisi di dalam analisa data mencantumkan komponen pengkajian nutrisi secara lengkap pada analisa

data, tetapi penulis tidak mencantumkan secara lengkap. Komponen pengkajian nutrisi tersebut yakni A, B, C, D, di mana A : Antropometri yang meliputi tinggi badan, berat badan, tebal lipit kulit dan lengan, lingkar kepala dan lengan serta dada, lingkar lengan atas (LLA) dan ligkar otot lengan atas (LOLA). B : *Biomedical data* (pemeriksaan biokimia), meliputi HCT, Hb, limfosit, albumin, serum zat besi, transferin, dan kreatinin. C : *clinical sign* dari status nutrisi meliputi pemeriksaan kulit, rambut, gigi, dan mata. D : *dietary* (riwayat diet).

Penulis membuat intervensi keperawatan secara mandiri bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 kali 24 jam kebutuhan nutrisi klien terpenuhi dengan kriteria hasil nafsu makan klien terpenuhi dan klien makan 1 porsi habis. Seharusnya penulis mencantumkan kriteria hasil klien tidak tampak lemas keadaan kulit tampak segar. Adapun intervensi tanyakan makanan yang disukai klien dengan rasional apabila makanan yang disukai klien tidak bertentangan dengan hipertensi dapat diberikan sehingga dapat menambah nafsu makan. Berikan informasi pentingnya nutrisi dengan rasional dengan mengetahui pentingnya nutrisi dapat menyadarkan klien untuk makan yang adekuat. Motivasi klien untuk menghabiskan makanan dari rumah sakit dengan rasional klien mendapat dorongan untuk makan yang lebih banyak. Timbang berat badan klien dengan rasional data dasar untuk mengevaluasi kebutuhan, keefektifan intervensi, dan sebagai catatan perkembangan nutrisi. Anjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering apabila

tidak nafsu makan dengan rasional kebutuhan nutrisi terpenuhi dengan makan sedikit demi sedikit tapi sering.

Pada implementasi keperawatan penulis telah melakukan semua intervensi hanya saja untuk timbang berat badan belum dilakukan karena tidak efektif untuk menimbang berat badan dalam jangka waktu 1 hari.

Penulis tidak mengalami kesulitan dalam melaksanakan implementasi yang telah direncanakan karena klien dan keluarga kooperatif terhadap perawat.

Hanya saja penulis melakukan kesalahan dalam dokumentasi keperawatan, seharusnya penulis dalam penulisan dokumentasi implementasi, menuliskan dengan lengkap kegiatan yang dilakukan dalam 24 jam tetapi disini penulis hanya menuliskan satu kegiatan implementasi dalam suatu diagnosa, hal ini dikarenakan penulis belum menguasai pedoman dokumentasi keperawatan dengan baik dan benar. dan juga penulis kurang mengkaji lebih dalam tentang indeks massa tubuh (IMT) dikarenakan kurangnya pemahaman penulis tentang membuat askep.

Evaluasi akhir pada diagnosa ini klien mengatakan sudah banyak makan. Makanan klien habis $\frac{3}{4}$ porsi. Kriteria hasil yang diharapkan nafsu makan klien meningkat, klien makan satu porsi habis. Nutrisi teratasi sebagian, karena sudah sesuai dengan kriteria hasil yang direncanakan penulis hanya saja makan baru habis $\frac{3}{4}$ porsi. Penulis mempunyai rencana lanjutkan intervensi sampai berat badan klien kembali saat sebelum sakit yaitu motivasi

klien untuk menghabiskan makanan dari rumah sakit, anjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering apabila tidak nafsu makan, timbang berat badan

C. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi

Diagnosa yang ketiga penulis tegakkan karena pada pengkajian penulis menemukan data-data sebagai berikut, klien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya. Klien mengatakan kalau sakit seperti ini berapa hari sembuhnya. Klien tampak ingin tahu dan kooperatif.

Kurang pengetahuan adalah suatu kondisi di mana individu atau kelompok mengalami kekurangan pengetahuan kognitif atau keterampilan psikomotor mengenai suatu keadaan dan rencana tindakan pengobatan. Batasan karakteristik mayor mengatakan kurangnya pengetahuan atau keterampilan/meminta informasi, mengekspresikan persepsi yang “tidak akurat” terhadap kondisi kesehatannya, menampilkan secara tidak tepat perilaku sehat yang diinginkan atau yang sudah ditentukan. Batasan karakteristik minor kurang pengetahuan integrasi rencana tindakan ke dalam kegiatan sehari-hari, menunjukkan atau mengekspresikan gangguan psikologis mis., cemas, depresi, yang diakibatkan oleh salah satunya informasi atau kurangnya informasi (Carpenito, 2009).

Kurang pengetahuan oleh penulis diangkat sebagai diagnosa ketiga karena Kurang pengetahuan tidak terdapat dalam respons manusia, perubahan, atau pola-pola disfungsi, tetapi lebih pada faktor-faktor yang berhubungan. Semua dari kita mengalami pengalaman kurang pengetahuan.

Ketika kurang pengetahuan ini menyebabkan atau dapat menyebabkan masalah dimana perawat dapat bertindak pada diagnosa keperawatan. Kurang pengetahuan dapat mendukung respons-respons yang bervariasi seperti ansietas, kurangnya perawatan diri, ketidak patuhan. Sehingga penting untuk penulis menegakkan diagnosa kurang pengetahuan (Carpenito, 2009).

Penulis merencanakan asuhan keperawatan secara mandiri bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 kali 30 menit klien akan mengerti tentang penyakitnya dengan kriteria hasil : klien tidak cemas, klien memahami tentang hipertensi. Yaitu dengan implementasi bina hubungan saling percaya dengan rasional menumbuhkan kepercayaan apa yang disampaikan penulis. Jelaskan tentang penyakit hipertensi dengan rasional klien dapat mengetahui gambaran tentang hipertensi. Jelaskan penyebab hipertensi dengan rasional klien dapat menghindari faktor pencetus hipertensi. Evaluasi klien tentang materi yang disampaikan dengan rasional sebagai tolak ukur keberhasilan dari materi yang disampaikan.

Pada implementasi keperawatan penulis tidak mengalami kesulitan dalam melaksanakan implementasi yang telah direncanakan karena klien dan keluarga kooperatif terhadap perawat.

Evaluasi akhir pada diagnosa ini klien mengatakan masih ingat yang disampaikan tadi pagi, klien tampak dapat menceritakan penyebab hipertensi. kurang pengetahuan teratasi, karena sudah sesuai dengan kriteria hasil yang direncanakan penulis, adapun kriteria hasilnya klien tidak cemas klien memahami hipertensi. Penulis menyimpulkan intervensi selesai.

Dari hasil pengkajian yang penulis lakukan terdapat diagnosa yang mungkin muncul tetapi penulis tidak mencantumkan sebagai diagnosa keperawatan antara lain : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik berdasarkan data-data klien selama sakit lemas, kebutuhan sehari-hari seperti berjalan, mandi, ke WC, makan, dapat dilakukan sendiri tapi susah atau dibantu keluarga. Penulis tidak menegakkan diagnosa karena kelalaian penulis dan keterbatasan waktu pada saat melakukan pengkajian pada waktu itu.

Dari kasus Tn. S ini juga terdapat diagnosa yang mungkin muncul yaitu resiko tinggi cedera karena dalam keadaan tekanan darah yang 170/90 mmHg klien sudah nyeri pada tengkuknya sedangkan klien berpotensi untuk bertambah lagi tekanan darahnya. Diagnosa ini tidak ditegakan karena pengkajian yang dilakukan penulis kurang lengkap.

Penulis hanya menuliskan SOAP / evaluasi sumatif 1hari (tanggal 12/08/2009), seharusnya tiap hari disampaikan atau dilakukan SOAP. Bila pengkajian dan intervensi dilakukan mulai tanggal 11/08/2009 seharusnya berarti mulai tanggal 11/08/2009 sudah dilakukan SOAP. Hal ini dikarenakan penulis kurang menguasai dalam penulisan dokumentasi keperawatan yang baik dan benar.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis membahas dari studi kasus ini, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Hipertensi adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg, disebabkan oleh jantung memompa lebih kuat, arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku, bertambahnya cairan dalam sirkulasi, dan dapat mengakibatkan beberapa komplikasi.
2. Fokus pengkajian pada hipertensi meliputi aktivitas atau istirahat, sirkulasi, integritas ego, eliminasi, makanan atau cairan, neurosensory, nyeri atau ketidaknyamanan, pernafasan, keamanan, pembelajaran atau penyuluhan, sedangkan fokus intervensinya ditujukan untuk mengatasi terjadinya resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung, mengatasi nyeri, intoleran aktivitas, dan kurangnya pengetahuan.
3. Asuhan keperawatan pada Tn. S bertujuan untuk mengatasi nyeri, memenuhi kebutuhan nutrisi, dan membuka atau meningkatkan pengetahuan tentang penyakit hipertensi.

B. Saran

1. Bagi penulis

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilannya dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.

2. Bagi lahan praktek

Lahan praktek diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya pada pasien dengan hipertensi dan dapat memberikan bimbingan yang lebih maksimal pada mahasiswa.

3. Bagi institusi pendidikan

Institusi diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan mahasiswa terutama dalam melakukan pemeriksaan pasien dengan hipertensi baik didalam laboratorium maupun lahan praktek.

4. Bagi masyarakat

Masyarakat diharapkan lebih sering memeriksakan keadaan tubuhnya atau kontrol kesehatan pada tenaga kesehatan seperti dokter atau puskesmas terdekat, masyarakat hendaknya juga dapat menerima dan melaksanakan pendidikan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Tjokronegoro, Arjatmo,. 2001. *Buku Ajar Penyakit Dalam*. Jakarta :Balai Penerbit FKUI.
- Corwin Elisabeth J, 2000, *Buku Saku Patofisiologi*, Jakarta : EGC.
- Gray Huon H, 2005. *Lecture Notes Kardiologi*, Jakarta : Erlangga.
- Davey Patrick, 2005. *At a Glance Medicine*, Jakarta : Erlangga.
- Gleadle Jonathan, 2007. *At a Glance Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik*, Jakarta: Erlangga.
- Ruhyanudin Faqih. 2007. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaaskuler*. Malang : UMM Press.
- Budiartah Putu, 2009. Askep Hipertensi, <http://nursingbegin.com/askep-hipertensi/>. Diunduh tanggal 19 april 2010.
- Puspita R.W, 2007. Gaya hidup pada mahasiswa penderita Hipertensi. <http://etd.eprints.ums.ac.id/3618/1/F100030148.pdf>. Diunduh tanggal 22 April 2010.
- Carpenit L.J-Moyet, 2007. *Buku saku diagnosa keperawatan*. Edisi 10. Cetakan I. Jakarta : EGC.
- Brunner and Suddarth, 2001. *Keperawatan medikal bedah*. Jakarta : EGC.