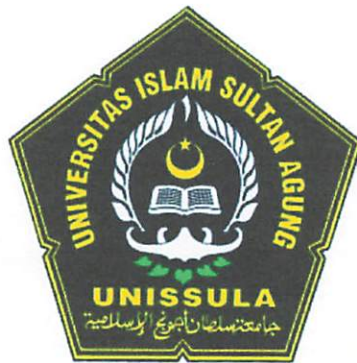


**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. K DENGAN
HIPERTENSI DI RUANG BAITUL RIJAL
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Ratna Nopiana
NIM. 89.331.2904

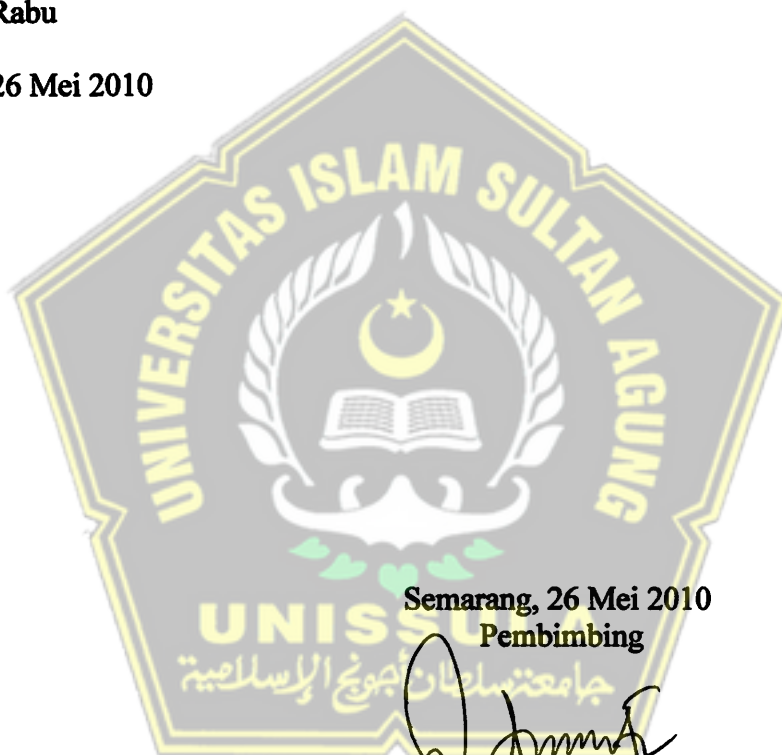
**PROGRAM STUDI DIPLOMA DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

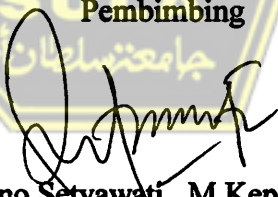
Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 26 Mei 2010



Semarang, 26 Mei 2010
Pembimbing


(Ns. Retno Setyawati, M.Kep. Sp.KMB)
NIK: 210996002

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin tanggal 31 Mei 2010 dan telah diperbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 30 Juni 2010

Tim Penguji

Penguji I

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

NIK: 210996002

Penguji II

(Ns. Muh. Abdurrouf, S.Kep.)

NIK. 210902011

Penguji III

(Ns. Nani Prasanti, S.Kep.)

NIK. 9311465

MOTTO

"Belajar, berdo'a, ikhtir dan tawakal adalah jalan menuju sukses"

"Do'a orang tua adalah kunci dari keberhasilan"

"Jadikanlah diammu adalah berfikirmu, bicaramu adalah berdzikirmu dan perbuatanmu adalah sedekahmu"

"Jerih payah yang disertai kesabaran tidak akan berlalu dengan sia-sia"

"Fakin, Usaha, Sampai"



KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayat-nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Pada Ny.K Dengan Hipertensi Di Ruang Baitul Rijal Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini tersusun berkat bimbingan, pengarahan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih pada:

1. Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc, M.Eng, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Iwan Ardian, SKM , selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah banyak memberikan kesempatan dan memberi bantuan serta dukungan pada semua Mahasiswa.
3. Endang Setyowati, SKM, selaku Ka Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Retno Setyawati, M.Kep., Sp.KMB, selaku pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktu untuk memberikan motivasi, bimbingan dan pengarahan kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, yang telah mengizinkan penulis untuk mengambil studi kasus dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah

penulis peroleh di Kampus, sehingga penulis dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Ibu tercinta yang dengan segala kasih sayang dan pengorbanannya yang selalu memberikan do'a, dukungan baik materiil maupun moril kepada penulis dan selalu mengharapkan keberhasilan penulis.
7. Seluruh keluarga di rumah, yang senantiasa mendo'akan dan memberi support pada penulis.
8. Teman – temanku seperjuangan angkatan 2007 yang setia dan senantiasa membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah, serta temanku “Sita, Afid, Moelyo-ono”
9. Pihak yang telah membantu Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari sebagai manusia yang mempunyai keterbatasan pengetahuan dan kekurangan, penelitian ini masih jauh dari sempurna untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun. Penulis berharap semoga penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya.

Semoga Allah SWT memberikan pahala yang sesuai kepada pihak di atas Amien.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Semarang, 26 Mei 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI	iii
HALAMAN MOTTO.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penulisan.....	3
BAB II KONSEP DASAR.....	5
A. KONSEP DASAR PENYAKIT.....	5
1. Pengertian.....	5
2. Etiologi.....	6
3. Patofisiologi	7
4. Pathways	10
5. Manifestasi Klinis	11

6. Pemeriksaan Diagnostik.....	11
7. Komplikasi.....	13
8. Penatalaksanaan.....	15
B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN.....	17
1. Pengkajian Keperawatan.....	17
2. Fokus Intervensi.....	21
3. Implementasi.....	30
4. Evaluasi.....	30
BAB III RESUME KEPERAWATAN.....	32
A. Pengkajian.....	32
B. Analisa Data.....	39
C. Diagnosa Keperawatan, Intervensi Keperawatan, Implementasi dan Evaluasi.....	40
BAB IV PEMBAHASAN.....	47
A. Pengkajian.....	47
B. Diagnosa Keperawatan, Intervensi Keperawatan, Implementasi dan Evaluasi.....	47
BAB V PENUTUP.....	57
A. Kesimpulan.....	57
B. Saran.....	58
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi Hasil Konsensus

Perhimpunan Hipertensi Indonesia 6



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Kesiediaan Membimbing

Lampiran 2. Lembar Surat Keterangan Konsultasi

Lampiran 3. Lembar Konsultasi KTI

Lampiran 4. Asuhan Keperawatan Asli



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah dengan memberikan gejala yang berlanjut pada suatu target organ, seperti stroke pada otak, penyakit jantung koroner pada pembuluh darah jantung dan otot jantung. Hipertensi merupakan salah satu penyakit mematikan di dunia. Penyakit ini telah menjadi masalah utama dalam kesehatan masyarakat yang ada di Indonesia maupun di beberapa negara di dunia. Sampai saat ini hipertensi masih menjadi masalah karena beberapa hal, antara lain meningkatnya prevalensi hipertensi, masih banyaknya pasien hipertensi yang belum mendapat pengobatan maupun yang sudah diobati tetapi tekanan darahnya belum mencapai target, serta adanya penyakit penyerta dan komplikasi yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas.

Di Indonesia hipertensi merupakan masalah kesehatan yang perlu diperhatikan oleh dokter yang bekerja pada pelayanan kesehatan primer karena angka prevalensinya yang tinggi dan akibat jangka panjang yang ditimbulkannya. Penyakit hipertensi ini dapat terjadi pada semua kelompok umur. Khususnya pada lanjut usia yang mempunyai risiko tinggi mengalami stroke, gagal jantung, gagal ginjal, yang disebabkan karena fungsi dari alat-alat tubuh yang semakin menurun dengan bertambahnya usia serta komplikasi dari penyakit lainnya.

Laporan Komite Nasional Pencegahan, Deteksi, Evaluasi dan Penanganan Hipertensi menyatakan bahwa tekanan darah yang tinggi dapat meningkatkan risiko serangan jantung, gagal jantung, stroke, dan gagal ginjal. Penyakit hipertensi ini tahun demi tahun terus mengalami peningkatan. Tidak hanya di Indonesia, namun juga di dunia. Sebanyak 1 miliar orang di dunia atau 1 dari 4 orang dewasa menderita penyakit ini. Bahkan, diperkirakan jumlah penderita hipertensi akan meningkat menjadi 1,6 miliar menjelang tahun 2025. Oleh karena itu, diperlukan penanganan serius oleh berbagai pihak untuk menekan angka kematian pada penderita hipertensi. Penanganan hipertensi dapat dibedakan menurut usia.

Pada golongan umur 45 tahun ke atas memerlukan tindakan atau program pencegahan yang terarah. Tujuan program penanggulangan penyakit kardiovaskuler adalah mencegah peningkatan jumlah penderita risiko penyakit kardiovaskuler dalam masyarakat dengan menghindari faktor penyebab seperti hipertensi, diabetes, hiperlipidemia, merokok, stress dan lain-lain (Tjokronegoro, 2001; Adib, 2009).

Penderita hipertensi memerlukan penanganan secara tepat dan optimal untuk meminimalkan komplikasi lanjut yang kemungkinan dapat menimbulkan kecacatan pada penderita. Asuhan keperawatan yang profesional merupakan salah satu aspek yang sangat berperan dalam penanganan kasus ini. Perawat memiliki beberapa peran yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah yang timbul akibat hipertensi, diantaranya yaitu peran sebagai perawat pelaksana dan pendidik.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk memahami serta memberikan gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi secara komprehensif.

2. Tujuan Khusus

- a. Memahami dalam proses pengkajian pada klien hipertensi (Ny.K) dengan mengumpulkan dan mengelompokkan semua data yang diperoleh.
- b. Memahami tentang rumusan diagnosa masalah dan kebutuhan Ny.K.
- c. Memahami rencana tindakan asuhan keperawatan dan implementasi pada Ny. K.
- d. Memahami secara spesifik evaluasi terhadap rencana dan tindakan keperawatan yang dilakukan pada Ny. K.

C. Manfaat Penulisan

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi :

1. Bagi Penulis

- a. Dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan hipertensi.
- b. Dapat digunakan sebagai acuan untuk mengembangkan asuhan keperawatan yang lainnya.

2. Bagi institusi pendidikan

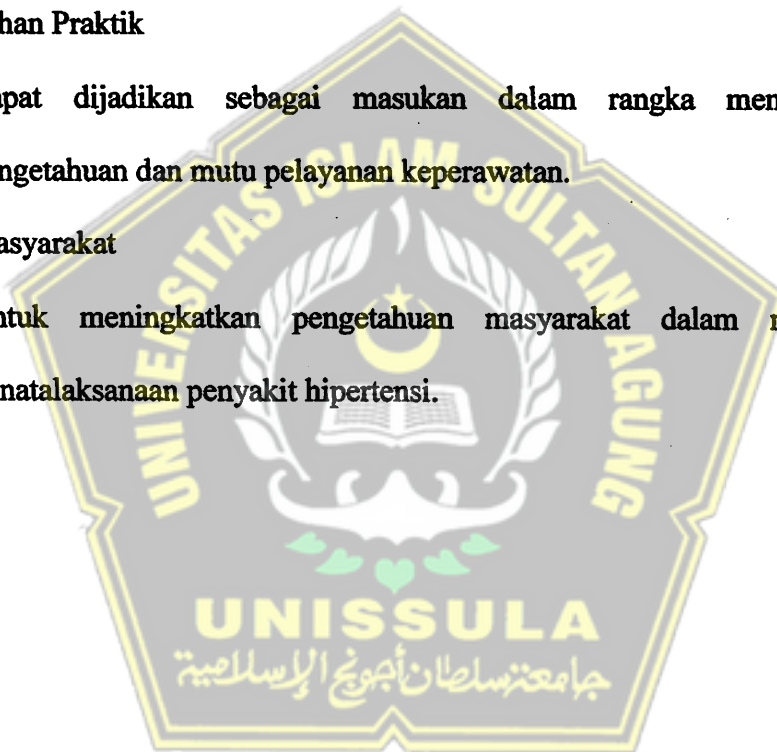
- a. Dapat dijadikan tolak ukur untuk mengetahui sejauh mana mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan khususnya pada klien dengan hipertensi.
- b. Dapat digunakan untuk perbaikan kualitas dalam penyusunan asuhan keperawatan lainnya pada waktu yang akan datang.

3. Lahan Praktik

Dapat dijadikan sebagai masukan dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan mutu pelayanan keperawatan.

4. Masyarakat

Untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam melakukan penatalaksanaan penyakit hipertensi.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknyanya diatas 140 mmHg dan tekanan diastolik diatas 90mmHg (Smeltzer & Bare, 2002).

Hipertensi diartikan sebagai peningkatan tekanan darah secara terus menerus hingga melebihi batas normal. Tekanan darah normal adalah 140/90 mmHg. Hipertensi merupakan produk dan resistensi pembuluh darah perifer dan kardiak output (Reeves, Roux & Lockhart, 2001).

Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi sebenarnya adalah suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi, yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya (Hadibroto, Sustrani & Alam, 2004).

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan peningkatan angka mordibitas dan angka kematian (mortalitas) (Adib, 2009).

Berdasarkan beberapa definisi diatas penulis menyimpulkan Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal, dimana tekanan sistoliknyanya

diatas 140 mmHg dan tekanan diastoliknya diatas 90 mmHg, yang dapat menimbulkan gangguan pada pembuluh darah sehingga mengakibatkan suplai O₂ dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya.

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi Hasil Konsensus Perhimpunan Hipertensi Indonesia.

Kategori	Sistole (mmHg)	Dan/atau	Diastole (mmHg)
Normal	<120	Dan	<80
Pre hipertensi	120-139	Atau	80-89
Hipertensi tahap 1	140-159	Atau	90-99
Hipertensi tahap 2	≥ 160	Atau	≥ 100
Hipertensi sistol terisolasi	≥ 140	Dan	< 90

(Iman, 2007).

2. Etiologi

a. Hipertensi esensial atau hipertensi primer

Sebanyak 90-95 persen kasus hipertensi yang terjadi tidak diketahui dengan pasti apa penyebabnya. Para pakar menunjuk stress sebagai penunjuk utama, setelah itu banyak faktor lain yang mempengaruhi, dan para pakar juga menemukan hubungan antara riwayat keluarga penderita hipertensi (genetik) dengan resiko untuk juga menderita penyakit ini. Faktor-faktor lain yang dapat dimasukkan dalam daftar penyebab hipertensi jenis ini adalah lingkungan, kelainan metabolisme intra seluler dan faktor-faktor yang meningkatkan risikonya seperti obesitas, konsumsi alkohol, merokok, dan kelainan darah/polisitemia.

Usia juga berpengaruh, pada hipertensi esensial biasanya dimulai sebagai proses labil (*intermittent*) pada individu pada akhir 30an dan awal 50an dan secara bertahap “menetap”.

b. Hipertensi renal atau hipertensi sekunder

Pada 5-10 persen kasus sisanya, penyebab spesifiknya sudah diketahui, yaitu gangguan hormonal, penyakit jantung, diabetes, ginjal, penyakit pembuluh darah, atau berhubungan dengan kehamilan. Kasus yang jarang terjadi adalah karena tumor kelenjar adrenal (feokromositoma). Garam dapur akan memperburuk kondisi hipertensi, tetapi bukan faktor penyebab (Smeltzer & Bare, 2002; John, 2003; Hadibroto, 2004).

3. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medula di otak. Dari pusat vasomotor itu bermula jaras saraf simpatis yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ke ganglia simpatis di thoraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron masing-masing ganglia melepaskan asetilkolin yang akan merangsang serabut saraf pusat ganglia ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah

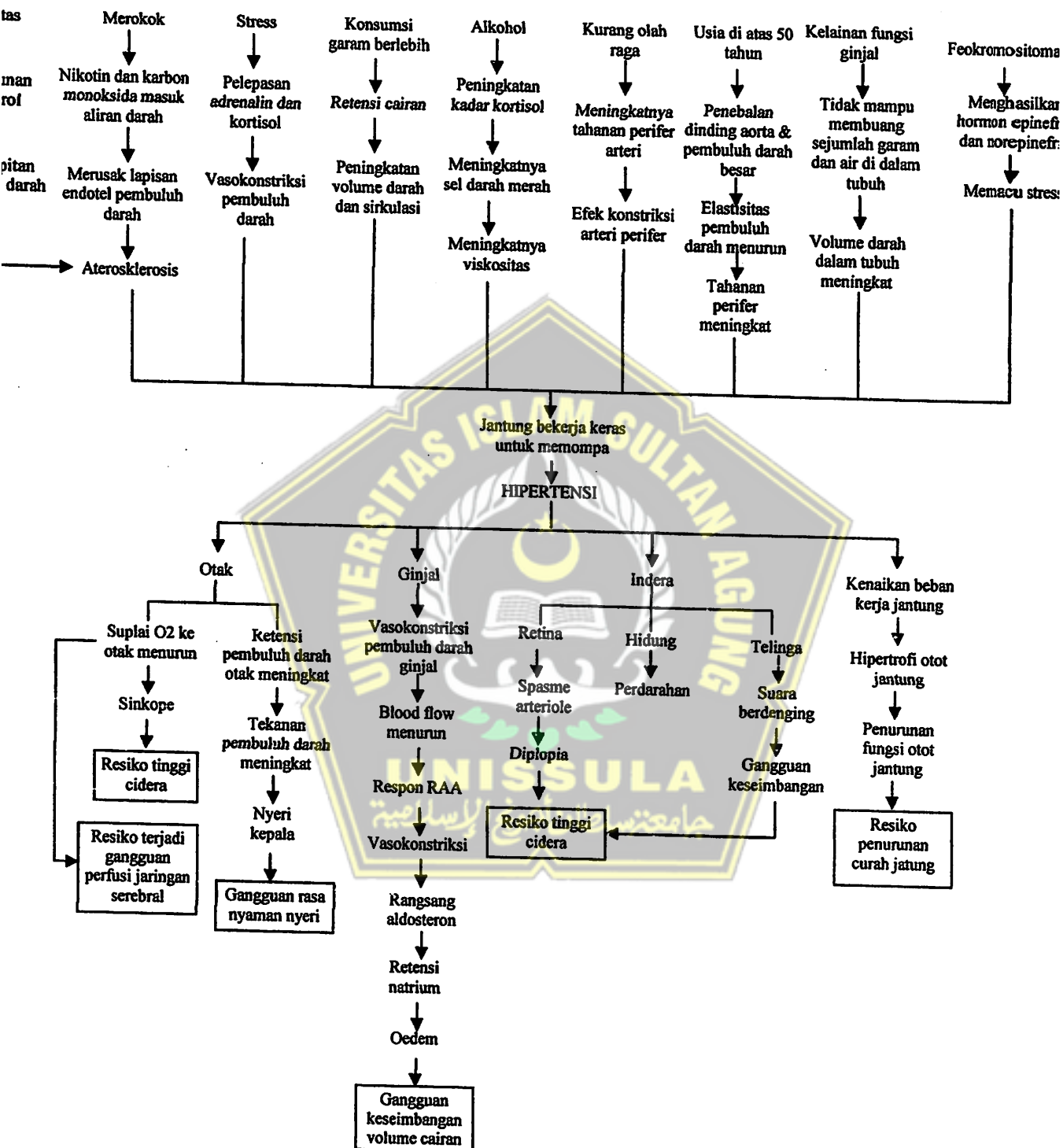
terhadap rangsang vasokonstriktor. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi. Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang yang mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin yang pada akhirnya menyebabkan vasokonstriksi korteks adrenal serta mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi tersebut juga mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal yang kemudian menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I, yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, yaitu suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume Intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan keadaan hipertensi.

Tekanan darah tinggi selain dipengaruhi oleh keturunan juga disebabkan oleh beberapa faktor seperti peningkatan aktifitas tonus simpatis, gangguan sirkulasi. Peningkatan aktifitas tonus simpatis menyebabkan curah jantung menurun dan tekanan primer yang meningkat, gangguan sirkulasi yang dipengaruhi oleh reflek kardiovaskuler dan angiotensin menyebabkan vasokonstriksi. Sedangkan mekanisme pasti hipertensi pada lanjut usia belum sepenuhnya jelas. Efek utama dari

penuaan normal terhadap sistem kardiovaskuler meliputi perubahan aorta dan pembuluh darah sistemik. Penebalan dinding aorta dan pembuluh darah besar meningkat dan elastisitas pembuluh darah menurun sesuai umur. Penurunan elastisitas pembuluh darah menyebabkan peningkatan resistensi vaskuler perifer, yang kemudian tahanan perifer meningkat. Faktor lain yang juga berpengaruh terhadap hipertensi yaitu kegemukan, yang akan mengakibatkan penimbunan kolesterol sehingga menyebabkan jantung harus bekerja lebih keras untuk memompa darah. Rokok terdapat zat-zat seperti nikotin dan karbon monoksida yang diisap melalui rokok, yang masuk ke dalam aliran darah dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri dan mengakibatkan proses aterosklerosis dan tekanan darah tinggi. Konsumsi alkohol berlebihan dapat meningkatkan kadar kortisol dan meningkatkan sel darah merah serta kekentalan darah berperan dalam menaikkan tekanan darah.

Kelainan fungsi ginjal dimana ginjal tidak mampu membuang sejumlah garam dan air dari dalam tubuh. Volume darah dalam tubuh meningkat, sehingga tekanan darah juga meningkat. Jika penyebabnya adalah feokromositoma, maka didalam urine bisa ditemukan adanya bahan-bahan hasil penguraian hormon epinefrin dan norepinefrin (Smeltzer & Bare, 2002; John, 2003; Hadibroto, 2004; Kuswardhani, 2006; Ruhyanudid, 2007).

4. Pathways



Sumber :

Tjokronegoro & Utama, 2001; Smeltzer & Bare, 2002; John, 2003; Sodoyo, 2006; Ruhyannuddin, 2007.

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinik yang dapat ditemukan pada penderita hipertensi yaitu:

Sakit kepala, jantung berdebar-debar, sulit bernafas setelah bekerja keras atau mengangkat beban berat, mudah lelah, penglihatan kabur, wajah memerah, hidung berdarah, sering buang air kecil terutama di malam hari, telinga berdenging (tinnitus), vertigo, mual, muntah, gelisah (Hadibroto, 2004; Ruhyanudin, 2007).

6. Pemeriksaan Diagnostik

a. Urinalisis untuk darah dan protein, elektrolit dan kreatinin darah

Dapat menunjukkan penyakit ginjal baik sebagai penyebab atau disebabkan oleh hipertensi.

b. Glukosa darah

Untuk menyingkirkan diabetes atau intoleransi glukosa.

c. Kolesterol, HDL dan kolesterol total serum

Membantu memperkirakan risiko kardiovaskuler di masa depan.

d. EKG

Untuk menetapkan adanya hipertrofi ventrikel kiri.

e. Hemoglobin/Hematokrit

Bukan diagnostik tetapi mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (Viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor-faktor risiko seperti hiperkoagulabilitas, anemia.

f. BUN/kreatinin

Memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal.

- g. Glukosa Hiperglikemia (diabetes melitus adalah pencetus hipertensi)
Dapat diakibatkan oleh peningkatan kadar katekolamin (meningkatkan hipertensi).
- h. Kalium serum
Hipokalemia dapat mengindikasikan adanya aldosteron utama (penyebab) atau menjadi efek samping terapi diuretic.
- i. Kalsium serum
Peningkatan kadar kalsium serum dapat meningkatkan hipertensi.
- j. Kolesterol dan trigliserida serum
Peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus untuk/adanya pembentukan plak atero matosa (efek kardiovaskuler).
- k. Pemeriksaan tiroid
Hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi.
- l. Kadar aldosteron urin/serum
Untuk mengkaji aldosteronisme primer (penyebab).
- m. Urinalisa
Darah, protein, glukosa, mengisyaratkan disfungsi ginjal dan/atau adanya diabetes.
- n. Asam urat
Hiperurisemia telah menjadi implikasi sebagai faktor risiko terjadinya hipertensi.

o. Foto dada

Dapat menunjukkan abstraksi kalsifikasi pada area katup, deposit pada dan atau takik aorta, pembesaran jantung.

p. CT Scan

Mengkaji tumor serebral, ensefalopati, atau feokromositoma.

q. EKG

Dapat menunjukkan perbesaran jantung, pola regangan, gangguan konduksi. Catatan : luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi (Doenges, 2000; John, 2003; Sodoyo, 2006).

7. Komplikasi

1) Stroke Jantung

Stroke dapat timbul akibat perdarahan tinggi 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 hipertropi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahinya berkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami aterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma.

2) Infark Miokardium

Apabila arteri koroner yang aterosklerotik tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang

menghambat aliran darah melalui pembuluh tersebut. Karena hipertensi kronik dan hipertrofi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat dipenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga hipertrofi ventrikel dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi disritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan risiko pembentukan bekuan.

3) Gagal Ginjal

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

4) Ensefalopati (kerusakan otak)

Dapat terjadi, terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat). Tekanan yang sangat tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke dalam ruang interstisium diseluruh susunan saraf pusat. Neuron-neuron disekitarnya kolaps dan terjadi koma serta kematian.

5) Gangguan penglihatan, retino hipertensif.

6) IHD (*ischaemic heart disease*) (Corwin, 2001; Gleadle, 2005).

8. Penatalaksanaan

a. Terapi tanpa obat

1) Mengendalikan berat badan

Penderita hipertensi yang mengalami kelebihan berat badan dianjurkan untuk menurunkan berat badannya sampai batas normal.

2) Pembatasan asupan garam (sodium/Na)

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).

3) Berhenti merokok

Penting untuk mengurangi efek jangka panjang hipertensi karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan kerja jantung.

4) Mengurangi atau berhenti minum minuman beralkohol.

5) Mengubah pola makan pada penderita diabetes, kegemukan atau kadar kolesterol darah tinggi.

6) Olahraga aerobic yang tidak terlalu berat.

Penderita hipertensi esensial tidak perlu membatasi aktivitasnya selama tekanan darahnya terkendali.

7) Teknik-teknik mengurangi stress

Teknik relaksasi dapat mengurangi denyut jantung dan TPR dengan cara menghambat respon stress saraf simpatis.

8) Manfaatkan pikiran

Kita memiliki kemampuan mengontrol tubuh, jauh lebih besar dari yang kita duga. dengan berlatih organ-organ tubuh yang selama ini bekerja secara otomatis seperti; suhu badan, detak jantung, dan tekanan darah, dapat kita atur gerakannya.

b. Terapi dengan obat

1) Penghambat saraf simpatis

Golongan ini bekerja dengan menghambat aktivitas saraf simpatis sehingga mencegah naiknya tekanan darah, contohnya: Metildopa 250 mg (medopa, dopamet), klonidin 0,075 & 0,15 mg (catapres) dan reserprin 0,1 & 0,25 mg (serpasil, Resapin).

2) Beta Bloker

Bekerja dengan menurunkan daya pompa jantung sehingga pada gilirannya menurunkan tekanan darah. Contoh: propranolol 10 mg (inderal, farmadral), atenolol 50, 100 mg (tenormin, farnormin), atau bisoprolol 2,5 & 5 mg (concor).

3) Vasodilator

Bekerja langsung pada pembuluh darah dengan merelaksasi otot pembuluh darah.

4) Angiotensin Converting Enzym (ACE) Inhibitor

Bekerja dengan menghambat pembentukan zat Angiotensin II (zat yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah). Contoh:

Captopril 12,5, 25, 50 mg (capoten, captensin, tensikap), enalapril 5 & 10 mg (tenase).

5) Calcium Antagonis

Golongan obat ini menurunkan daya pompa jantung dengan cara menghambat kontraksi jantung (kontraktilitas). Contohnya: nifedipin 5 & 10 mg (adalat, codalat, farmalat, nifedin), diltiazem 30,60,90 mg (herbesser, farmabes).

6) Antagonis Reseptor Angiotensin II

Cara kerjanya dengan menghalangi penempelan zat angiotensin II pada reseptornya yang mengakibatkan ringannya daya pompa jantung. Contoh : valsartan (diovan).

7) Diuretic

Obat ini bekerja dengan cara mengeluarkan cairan tubuh (lewat urin) sehingga volume cairan tubuh berkurang, sehingga mengakibatkan daya pompa jantung menjadi lebih ringan. Contoh: Hidroklorotiazid (HCT) (Corwin, 2001; Adib, 2009; Muttaqin, 2009).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

a. Aktifitas/Istirahat

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

Tanda : 1) Frekuensi jantung meningkat

2) Perubahan irama jantung

3) Takipnea

b. Sirkulasi

Gejala: Riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner / katup dan penyakit serebrovaskuler.

Tanda: 1) Kenaikan TD (pengukuran serial dari kenaikan tekanan darah diperlukan untuk diagnosis.

2) Nadi: Denyutan jelas dari kerotis, jugularis, radialis.

3) Ekstremitas: perubahan warna kulit, suhu dingin (vasokonstriksi perifer), pengisian kapiler mungkin lambat/tertunda (vasokonstriksi)

4) Kulit pucat, sianosis dan diaforesis (kongesti, hipoksemia), kemerahan.

c. Integritas ego

Gejala: 1) Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi, euphoria, atau marah kronik (dapat mengindikasikan kerusakan serebral)

2) Faktor-faktor stress multiple (hubungan keuangan yang berkaitan dengan pekerjaan)

Tanda: 1) Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontinu perhatian tangisan yang meledak

- 2) Gerak tangan empati, otot muka tegang (khususnya sektor mata), gerakan fisik cepat, pernafasan menghela, peningkatan pola bicara.

d. Eliminasi

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

e. Makanan/Cairan

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

- 2) Mual, muntah
- 3) Perubahan berat badan akhir-akhir ini (meningkat/menurun)
- 4) Riwayat penggunaan diuretik

Tanda: 1) Berat badan normal atau obesitas

- 2) Adanya oedema

f. Neurosensori

Gejala: 1) Keluhan pening/pusing

- 2) Berdenyut, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam)
- 3) Episode kebas, dan atau kelemahan pada satu sisi tubuh

4) Gangguan penglihatan (diploopia, penglihatan kabur)

5) Episode epistaksis

g. Nyeri/ ketidaknyamanan

Gejala: 1) Angina (penyakit arteri koroner/keterlibatan jantung)

2) Nyeri hilang timbul pada tungkai/klaudikasi (indikasi arteriosklerosis pada arteri ekstremitas bawah)

3) Sakit kepala oksipital berat seperti yang pernah terjadi sebelumnya

4) Nyeri abdomen atau massa (feokromositoma)

h. Pernafasan

Gejala: 1) dispneu yang berkaitan dengan aktifitas/ kerja

2) takipnea, ortopnea, dispnea nocturnal paroksismal

3) batuk dengan atau tanpa sputum

4) riwayat merokok

Tanda: 1) distress respirasi/penggunaan obat aksesori pernafasan

2) bunyi nafas tambahan (krekles/mengi)

3) Sianosis

i. Keamanan

Gejala: 1) gangguan koordinasi atau cara berjalan

2) episode parestesia unilateral transien

3) hipotensi postural

j. Pembelajaran/penyuluhan

Gejala: 1) faktor-faktor risiko keluarga: hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung, diabetes mellitus, penyakit serebrovaskuler/ginjal.

2) Penggunaan pil KB atau hormone lain; penggunaan obat atau alkohol (Doenges, 2000; Ruhyanudin, 2007).

2. Fokus Intervensi

a. Resiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan vasokonstriksi pembuluh darah.

Intervensi:

1) Observasi tekanan darah

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

2) Catat keberadaan, kualitas denyutan sentral dan perifer

Rasional: Denyutan karotis, jugularis, radialis dan femoralis mungkin teramati/palpasi. Dnyut pada tungkai mungkin menurun, mencerminkan efek dari vasokonstriksi.

3) Auskultasi tonus jantung dan bunyi napas.

Rasional : S4 umum terdengar pada pasien hipertensi berat karena adanya hipertropi atrium, perkembangan S3 menunjukkan hipertropi ventrikel dan kerusakan fungsi,

adanya krakels, mengi dapat mengindikasikan kongesti paru sekunder terhadap terjadinya atau gagal jantung kronik).

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

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

- 5) Catat adanya demam umum/tertentu.

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

- 6) Berikan lingkungan yang nyaman, tenang, kurangi aktivitas/keributan lingkungan, batasi jumlah pengunjung dan lamanya tinggal.

Rasional: membantu untuk menurunkan rangsangan simpatis, meningkatkan relaksasi.

- 7) Anjurkan teknik relaksasi, panduan imajinasi dan distraksi.

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

- 8) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi anti hipertensi, diuretik.

Rasional: Menurunkan tekanan darah.

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

- 1) Kaji toleransi pasien terhadap aktivitas dengan menggunakan parameter: frekwensi nadi 20 per menit diatas frekwensi istirahat, catat peningkatan TD, dipsnea, atau nyeri dada, kelelahan berat dan kelemahan, berkeringat, pusing atau pingsan.

Rasional: Parameter menunjukkan respon fisiologis pasien terhadap stress, aktivitas dan indikator derajat pengaruh kelebihan kerja/jantung.

- 2) Kaji kesiapan untuk meningkatkan aktivitas contoh: penurunan kelemahan/kelelahan, TD stabil, frekwensi nadi, peningkatan perhatian pada aktivitas dan perawatan diri.

Rasional: Stabilitas fisiologis pada istirahat penting untuk memajukan tingkat aktivitas individual.

- 3) Dorong memajukan aktivitas/toleransi perawatan diri. (Konsumsi oksigen miokardia selama berbagai aktivitas dapat meningkatkan jumlah oksigen yang ada.

Rasional: Kemajuan aktivitas bertahap mencegah peningkatan tiba-tiba pada kerja jantung.

- 4) Berikan bantuan sesuai kebutuhan dan anjurkan penggunaan kursi mandi, menyikat gigi/rambut dengan duduk dan sebagainya.

Rasional: teknik penghematan energi menurunkan penggunaan energi dan sehingga membantu keseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.

5) Dorong pasien untuk partisipasi dalam memilih periode aktivitas.

Rasional: Seperti jadwal meningkatkan toleransi terhadap kemajuan aktivitas dan mencegah kelemahan.

c. **Nyeri (akut):** nyeri kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.

Intervensi:

1) Pertahankan tirah baring selama fase akut.

Rasional: Meminimalkan stimulasi meningkatkan relaksasi.

2) Beri tindakan non farmakologi untuk menghilangkan sakit kepala, misalnya: kompres dingin pada dahi, pijat punggung dan leher.

Rasional: Tindakan yang menurunkan tekanan vaskuler serebral dengan menghambat/memblok respon simpatik, efektif dalam menghilangkan sakit kepala dan komplikasinya.

3) Hilangkan/minimalkan aktivitas vasokonstriksi yang dapat meningkatkan sakit kepala : mengejan saat BAB, batuk panjang, dan membungkuk.

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

- 4) Bantu pasien dalam ambulasi sesuai kebutuhan.

Rasional: Meminimalkan penggunaan oksigen dan aktivitas yang berlebihan yang memperberat kondisi klien.

- 5) Beri cairan, makanan lunak. Biarkan klien istirahat selama 1 jam setelah makan.

Rasional: menurunkan kerja miocard sehubungan dengan kerja pencernaan.

- 6) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik, anti ansietas, diazepam dll.

Rasional: Analgetik menurunkan nyeri dan menurunkan rangsangan saraf simpatis.

- d. Perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan masukan berlebihan sehubungan dengan kebutuhan metabolik.

Intervensi:

- 1) Kaji pemahaman klien tentang hubungan langsung antara hipertensi dengan kegemukan.

Rasional: Kegemukan adalah resiko tambahan pada darah tinggi, kerana disproporsi antara kapasitas aorta dan peningkatan curah jantung berkaitan dengan massa tumbuh.

- 2) Bicarakan pentingnya menurunkan masukan kalori dan batasi masukan lemak, garam dan gula sesuai indikasi.

Rasional: Kesalahan kebiasaan makan menunjang terjadinya aterosklerosis dan kegemukan yang merupakan predisposisi untuk hipertensi dan komplikasinya, misalnya, stroke, penyakit ginjal, gagal jantung, kelebihan masukan garam memperbanyak volume cairan intra vaskuler dan dapat merusak ginjal yang lebih memperburuk hipertensi.

3) Tetapkan keinginan klien menurunkan berat badan.

Rasional: motivasi untuk penurunan berat badan adalah internal. Individu harus berkeinginan untuk menurunkan berat badan, bila tidak maka program sama sekali tidak berhasil.

4) Kaji ulang masukan kalori harian dan pilihan diet.

Rasional: mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dalam program diet terakhir. Membantu dalam menentukan kebutuhan individu untuk menyesuaikan/penyuluhan.

5) Dorong klien untuk mempertahankan masukan makanan harian termasuk kapan dan dimana makan dilakukan dan lingkungan dan perasaan sekitar saat makanan dimakan.

Rasional: memberikan data dasar tentang keadekuatan nutrisi yang dimakan dan kondisi emosi saat makan, membantu untuk memfokuskan perhatian pada faktor mana pasien telah/dapat mengontrol perubahan.

- 6) Intruksikan dan Bantu memilih makanan yang tepat , hindari makanan dengan kejenuhan lemak tinggi (mentega, keju, telur, es krim, daging dll) dan kolesterol (daging berlemak, kuning telur, produk kalengan, jeroan).

Rasional: Menghindari makanan tinggi lemak jenuh dan kolesterol penting dalam mencegah perkembangan aterogenesis.

- 7) Kolaborasi dengan ahli gizi sesuai indikasi.

Rasional: Memberikan konseling dan bantuan dengan memenuhi kebutuhan diet individual.

- e. Inefektif koping individu berhubungan dengan mekanisme koping tidak efektif, harapan yang tidak terpenuhi, persepsi tidak realistik.

Intervensi:

- 1) Kaji keefektifan strategi koping dengan mengobservasi perilaku, Misalnya: kemampuan menyatakan perasaan dan perhatian, keinginan berpartisipasi dalam rencana pengobatan.

Rasional: Mekanisme adaptif perlu untuk megubah pola hidup seorang, mengatasi hipertensi kronik dan mengintegrasikan terapi yang diharuskan kedalam kehidupan sehari-hari).

- 2) Catat laporan gangguan tidur, peningkatan keletihan, kerusakan konsentrasi, peka rangsangan, penurunan toleransi sakit kepala, ketidak mampuan untuk mengatasi/menyelesaikan masalah.

Rasional: Manifestasi mekanisme koping maladaptif mungkin merupakan indikator marah yang ditekan dan diketahui telah menjadi penentu utama TD diastolik.

- 3) Bantu klien untuk mengidentifikasi stressor spesifik dan kemungkinan strategi untuk mengatasinya.

Rasional: pengenalan terhadap stressor adalah langkah pertama dalam mengubah respon seseorang terhadap stressor)

- 4) Libatkan klien dalam perencanaan perawatan dan beri dorongan partisipasi maksimum dalam rencana pengobatan.

Rasional: keterlibatan memberikan klien perasaan kontrol diri yang berkelanjutan. Memperbaiki keterampilan koping, dan dapat meningkatkan kerjasama dalam regimen terapeutik.

- 5) Dorong klien untuk mengevaluasi prioritas/tujuan hidup. Tanyakan pertanyaan seperti: apakah yang anda lakukan merupakan apa yang anda inginkan?.

Rasional: Fokus perhatian klien pada realitas situasi yang relatif terhadap pandangan klien tentang apa yang diinginkan. Etika kerja keras, kebutuhan untuk kontrol dan fokus keluar dapat mengarah pada kurang perhatian pada kebutuhan-kebutuhan personal.

- 6) Bantu klien untuk mengidentifikasi dan mulai merencanakan perubahan hidup yang perlu. Bantu untuk menyesuaikan ketimbang membatalkan tujuan diri/keluarga.

Rasional: Perubahan yang perlu harus diprioritaskan secara realistis untuk menghindari rasa tidak menentu dan tidak berdaya

- f. Kurang pengetahuan mengenai kondisi penyakitnya berhubungan dengan kurangnya informasi.

Intervensi:

- 1) Bantu klien dalam mengidentifikasi faktor-faktor resiko kardiovaskuler yang dapat diubah, misalnya: obesitas, diet tinggi lemak jenuh, dan kolesterol, pola hidup monoton, merokok, dan minum alcohol (lebih dari 60 cc/hari dengan teratur) pola hidup penuh stress.

Rasional: Faktor-faktor resiko ini telah menunjukkan hubungan dalam menunjang hipertensi dan penyakit kardiovaskuler serta ginjal.

- 2) Kaji kesiapan dan hambatan dalam belajar termasuk orang terdekat.

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

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

- 3) Kaji tingkat pemahaman klien tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan, pengobatan, dan akibat lanjut.

Rasional: Mengidentifikasi tingkat pengetahuan tentang proses penyakit hipertensi dan mempermudah dalam menentukan intervensi.

- 4) Jelaskan pada klien tentang proses penyakit hipertensi (pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan, pengobatan, dan akibat lanjut) melalui pendkes.

Rasional: Meningkatkan pemahaman dan pengetahuan klien tentang proses penyakit hipertensi (Doenges, 2000; Ncitha, 2008).

3. Implementasi

Implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi yang ditetapkan untuk masing-masing diagnosa yang ditetapkan.

4. Evaluasi

- a. Resiko penurunan curah jantung tidak terjadi
- b. Intoleransi aktivitas dapat teratasi
- c. Rasa sakit kepala berkurang bahkan hilang
- d. Klien dapat mengontrol pemasukan / intake nutrisi
- e. Klien dapat menggunakan mekanisme koping yang efektif dan tepat

- f. Klien paham mengenai kondisi penyakitnya (Doenges, 2000; Ncitha, 2008).



BAB III

RESUME KEPERAWATAN

Bab ini menyajikan resume dari asuhan keperawatan yang dilakukan penulis selama 2 hari, yaitu dari tanggal 1 Februari 2010 - 2 Februari 2010 di ruang Baitul Rijal Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang., yang berisi antara lain:

A. Pengkajian

1. Identitas klien

Klien berinisial Ny.K, anak ketiga dari tujuh bersadara, tempat/ tanggal lahir 31 Desember 1959, usia 51 tahun, pendidikan SLTA, klien bertempat tinggal di jalan Pondok Raden Patah no.24, agama Islam, tanggal masuk 29 Januari 2010, No.CM: 109.82.73, yang bertanggung jawab adalah suami yang bernama Tn.M, usia 57 tahun, pekerjaan pensiun Guru, pendidikan perguruan tinggi, beragama Islam, alamat di jalan pondok Raden Patah no.24, suku/bangsa: Jawa/ Indonesia.

2. Riwayat Keperawatan

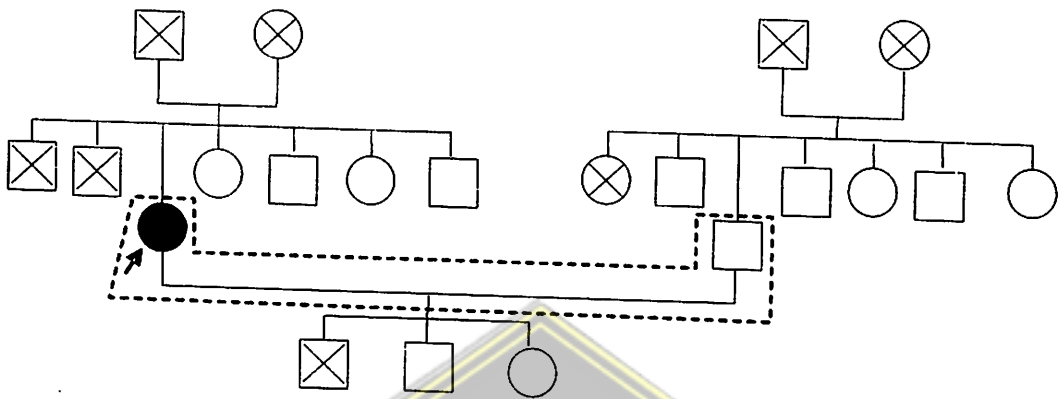
Klien masuk Rumah Sakit Islam Sultan Agung dengan keluhan utama nyeri kepala. Nyeri kepala karena tekanan darah tinggi, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri terasa di seluruh kepala dan tengkuk, dengan skala nyeri 6 (sedang), dan muncul tiba-tiba dan durasinya terus-menerus.

Riwayat perjalanan penyakit sekarang adalah keluhan muncul pada hari Kamis tanggal 28 Januari 2010, setelah bangun tidur siang jam 14.00 tiba-tiba kepala terasa nyeri berat, dan tengkuk sakit, mata susah untuk berkedip dan mulut agak merot bagian kiri. Klien minum obat sakit kepala tetapi tidak juga sembuh bahkan semakin memburuk. Akhirnya keluarga membawa klien ke RSI Sultan Agung ke Ruang UGD pada tanggal 29 Januari 2010 pada jam 12.00, dan dokter mendiagnosa Hipertensi Berat. Riwayat masa lampau, klien mengatakan mempunyai tekanan darah tinggi, dan pernah dirawat di Rumah Sakit sebelumnya sebanyak 6 kali ini, dengan keluhan yang sama yaitu darah tinggi dan sakit kepala.

3. Riwayat Keluarga

Klien mengatakan adiknya yang ketiga (anak keenam) juga mempunyai penyakit yang sama yaitu darah tinggi, sedangkan orang tua klien meninggal sejak klien masih kecil. Dalam keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit menular.

Genogram



Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ┌──┐ : Hubungan suami istri
- └──┘ : Hubungan saudara
- × : Meninggal
- : Klien
- : Tinggal dalam satu rumah

4. Riwayat Lingkungan

Klien mengatakan kalau tinggal di lingkungan yang bersih, sehat dan terdapat ventilasi yang cukup. Terdapat kamar mandi, dan WC, air menggunakan PAM. Tempat klien dekat dengan sarana kesehatan (puskesmas), dan jalan raya.

5. Pengkajian Fokus

Pengkajian pola fungsional menurut Gordon, yaitu: Pola Persepsi Kesehatan/penanganan kesehatan: klien mengatakan bahwa status kesehatannya berubah sejak usia berumur 40 tahunan, terkadang sering sakit. Untuk menjaga kesehatannya maka klien sering periksa ke Puskesmas. Persepsi klien tentang status kesehatan dan kesejahteraan yaitu baik karena klien menganggap kesehatan itu penting, dan kalau sakit klien memeriksakan dirinya ke Dokter, dan minum obat-obatan yang telah diberikan.

Pola nutrisi: sebelum sakit klien mengatakan makan 3x sehari dengan komposisi nasi, sayur, lauk pauk, terkadang juga buah. Alat makan yang digunakan piring, sendok, garpu, gelas. Tidak ada masalah dengan makan, dan menelan. Berat badan sebelum sakit 64 kg. Kebiasaan klien suka makan makanan yang banyak mengandung kolesterol, klien mengatakan suka makan kulit ayam goreng, karena rasanya yang gurih. Klien tidak menyukai makanan yang asam. Minum air putih 7-8 gelas/hari. Selama sakit klien mengatakan makan teratur 3x sehari, makanan yang disediakan rumah sakit habis dimakan, terkadang juga sisa sedikit, dengan komposisi nasi tim, sayur, lauk pauk dan buah. Diit klien nasi rendah garam 1900 kalori. Minum air putih 7-8 gelas/hari. Tidak ada masalah dengan menelan. BB saat ini 64 kg. klien tidak mual muntah, tidak terpasang selang nasogastrik.

Pola eliminasi: sebelum sakit klien mengatakan BAB lancar 1x sehari, tidak ada kesulitan dan tidak menggunakan laksatif. Konsistensi lembek, kuning, bau khas, dan BAK teratur 4-5x/hari, warna kuning, jernih, bau khas. Selama sakit, klien mengatakan belum BAB sejak datang ke rumah sakit sejak tanggal 29 Januari 2010, sudah 4 hari klien belum BAB, perutnya terasa sebah, teraba massa pada perut sebelah kiri, peristaltik usus 4x/mnt. Untuk BAK lancar 4-5x/hari, warna kuning jernih, bau khas. Tidak ada masalah dengan berkemih, tidak terpasang selang kateter.

Pola aktifitas / latihan sebelum sakit: klien mengatakan rutin mandi, 2x sehari, dengan menggunakan sabun mandi, kebersihan rutin dengan mengganti pakaian. Aktifitas sehari-sehari sehari sebagai ibu rumah tangga yaitu mengurus rumah dan merawat cucu yang kini tinggal bersamanya. Klien mampu beraktifitas secara mandiri seperti mandi, makan, toileting, berpakaian, dsb. Selama sakit, klien mengatakan belum mandi 2 hari, ke kamar mandi dibantu keluarga, klien mampu makan sendiri. Klien belum bisa jalan jauh. Sejak dirawat di rumah sakit klien tidak bisa mengurus rumah dan cucunya. Skala aktifitas 2 (dibantu keluarga).

Pola kognitif/ perseptual: respon umum baik, klien bicara lancar, suara tidak serak, sensitive terhadap sentuhan. Vokal jelas, pola bicara tertata dan kata-kataupun tepat. Selama sakit: klien mampu bicara seperti biasa, lancar, mampu mengatakan nama, alamat, dan sebagainya. Klien

juga mampu mengidentifikasi kebutuhan seperti lapar, haus, sakit dan tidak nyaman. Klien dapat menilai skala sakitnya yaitu 6 (sedang). Klien mengalami masalah dengan penglihatannya karena mata sebelah kiri susah untuk berkedip dan telinga juga berdenging. Keputusan dibuat bersama keluarga.

6. Pemeriksaan Fisik

Pada pengkajian yang dilakukan pada tanggal 1 februari 2010 didapatkan data pemeriksaan fisik untuk klien dengan keadaan umum baik. Tingkat kesadaran *compos mentis*, tanda-tanda vital; tekanan darah: 140/90 mmHg, nadi 88x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,2°C, TB=156 cm dan BB=64cm. pada pemeriksaan kepala didapatkan bentuk kepala mesocephal, tidak ada benjolan, rambut bersih, warna hitam dan putih. Pada mata sebelah kanan normal, mata sebelah kiri susah untuk berkedip dan mengeluarkan air mata terus-menerus. Pada hidung tampak bersih, bentuk simetris, ada secret, tidak terpasang O₂. Pada mulut, gigi agak bersih, ada yang berlubang (*caries*), tidak ada *stomatitis*, tidak ada kesulitan menelan, mulut agak merot bibir sebelah kiri. Pada telinga sebelah kiri terasa berdenging, tampak bersih, simetris.

Pada pemeriksaan jantung, di dapatkan inspeksi: *ictus cordis* tidak tampak, palpasi: *ictus cordis* teraba di *intercosta* (ICS) ke-5, perkusi: pekak, auskultasi: suara jantung 1,2 (lub dub). Pada paru-paru; inspeksi: pengembangan dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, palpasi:

tidak ada nyeri tekan, vokal vremitus paru kanan kiri sama; perkusi: sonor; auskultasi: tidak ada ronchi, suara paru vesikuler. Pada pemeriksaan abdomen, di dapatkan data inspeksi: datar, auskultasi: peristaltik usus lambat 4x/menit, palpasi: tidak ada nyeri tekan, teraba massa pada perut sebelah kiri (sebah), perkusi: tympani.

Ekstremitas atas terpasang selang infuse dengan RL 15 tetes permenit pada tangan kanan, bisa digerakkan dengan normal. Ekstemitas bawah normal, tidak ada gangguan. Pada kulit, warna sawo matang lembab, kapillary refill baik, kembali sebelum 2 detik, tidak ada lesi.

7. Pemeriksaan Penunjang

Pada tanggal 29 Januari 2010 dilakukan pemeriksaan laboratorium yaitu; pemeriksaan spesimen serum dengan hasil: Kolesterol 209 mg/dl (<200), HDL C 32 mg/dl, Trigliserid 185 mg/dl (70-140), ureum 24 mg/dl (10-50), creatinin 0,68 mg/dl (0,5-0,9), uric-acid 5,5 mg/dl (2,4-5,7), glukosa-sewaktu 88 mg/dl (<140), LDL 139 mg/dl (<115), calsium 10,3 mg/dl (8,8-10,8), magnesium 2,2 mg/dl (1,7-2,2), natrium 143 mmol/L (135-147), kalium 3,9 mmol/L (3,5-5,0), chlorida 108 mmol/L (95-105). Kemudian pada tanggal 29 Januari 2010 dilakukan pemeriksaan laboratorium yaitu: pemeriksaan darah dengan hasil: WBC: $7,00 \cdot 10^3 / \text{UL}$ (f: 3,6-11,0), HGB: 13,9 g/dl (f=11,7-15,5), HCT: 40,8 % (35-47), MCV 82,8 fL (80,0-100,0), MCH 28,2 pg (26,0-34,0), MCHC 34,1 g/dL (32,0-36,0), PLT: $243 \cdot 10^3 / \text{UL}$ (150-440), RDW-CV 12,7 % (11,5-14,5), RDW-

SD 38,0 fL (35-47), PDW 16,9 fL (9,0-13,0), MPV 11,7 fL (7,2-11,0), P-LCR 38,4 fL (15,0-25,0), dan pemeriksaan penunjang ECG dengan kesan sinus Rhythme HR= 1500/19= 77x. Kemudian pada tanggal 1 februari 2010 dilakukan pemeriksaan laboratorium urinalisa dengan BJ: 1,015.

8. Therapi

Klien mendapatkan terapi pada tanggal 29 januari 2010, secara parenteral yaitu: infus RL 15 tetes permenit, Ekstra Narfos 8 mg secara IV, Kalmeco 1A/2hari (100 mg) secara IV, Incolon 2x2A (250 mg) secara IV. Dan secara peroral yaitu captopril 2x12,5 mg, Aidazide 1-0-0, Neurobion 5000 1x1 tablet, Tromboaspilet 1x1 tablet, Incidol 1-0-0, Protofen 2x100 mg. Pada tanggal 1 februari 2010 dan 2 februari 2010, klien mendapatkan terapi parenteral yaitu: infuse RL 15 tetes permenit, Kalmeco 100 mg 1A/2 hari. Dan secara peroral yaitu Prednison 3x5 mg, Brainelin 2x500 mg, Protofen 2x100 mg, Captopril 2x12,5 mg, Neurobion 5000 1x1, Lipitor 1x10 mg (malam), lapifed 3x2,5 mg.

B. Analisa Data

Hasil pengkajian pada tanggal 1 Februari 2010 didapatkan data sebagai berikut: Pertama, data subjektif klien mengatakan kepala terasa berat, P: nyeri kepala karena tekanan darah tinggi, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: nyeri terasa di seluruh bagian kepala dan tengkuk, S: skala nyeri 6, T: nyeri tiba-tiba dan terus-menerus. Data Objektif klien tampak menahan rasa nyeri, tanda-tanda vital; tekanan darah: 140/90 mmHg, nadi 88x/menit, RR

20x/menit, suhu 36,2°C, maka terdapat masalah nyeri (akut): nyeri kepala dengan etiologi peningkatan tekanan vaskuler serebral.

Kedua, data subjektif klien mengatakan belum BAB 4 hari, perutnya terasa sebah. Data objektifnya teraba massa pada perut sebelah kiri bawah, peristaltik usus 4x/menit, maka terdapat masalah konstipasi dengan penurunan peristaltik usus sekunder akibat imobilitas.

Ketiga, data subjektif klien mengatakan belum mandi 2 hari, ke kamar mandi dibantu keluarga, data objektifnya klien tampak lemas, toileting dibantu keluarga, skala aktifitas 2 (dibantu keluarga), badan klien tampak kotor dan lengket, problem defisit perawatan diri, mandi/ higiene berhubungan dengan adanya kelemahan fisik.

C. Diagnosa keperawatan, Intervensi keperawatan, Implementasi dan Evaluasi.

Diagnosa pertama nyeri (akut): nyeri kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral, ditandai dengan data subjektif klien mengatakan kepala terasa berat, P: nyeri kepala karena tekanan darah tinggi, Q: sakit seperti di tusuk-tusuk, R: nyeri terasa diseluruh bagian kepala dan tengkuk, S: skala nyeri 6, T: nyeri tiba-tiba dan terus-menerus. Data Objektif: klien tampak menahan rasa nyeri, tanda-tanda vital; tekanan darah: 140/90 mmHg, nadi 88x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,2°C. Untuk intervensi pada hari senin tanggal 1 Februari 2010 telah ditetapkan tujuan: nyeri berkurang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam dengan kriteria hasil, data subjektif: klien mengatakan nyeri kepalanya berkurang, data

objektif: klien tidak memperlihatkan ekspresi wajah menahan sakit, tanda-tanda vital dalam batas normal, skala nyeri 2 dari skala 6, dengan intervensi kaji skala nyeri, monitor TTV, ajarkan tehnik distraksi dan relaksasi, ciptakan lingkungan yang tenang, kolaborasi untuk pemberian obat analgetik dan anti hipertensi. Implementasi yang telah dilakukan penulis pada hari pertama, hari senin tanggal 1 februari 2010 untuk diagnosa pertama adalah jam 11.00 WIB mengkaji skala nyeri, respon subjektif klien mengatakan kepala dan tengukunya terasa nyeri, respon objektifnya skala sakit 6. Jam 11.05 WIB memonitor TTV, respon subjektif klien mengatakan bersedia diperiksa, respon objektifnya TD: 140/90 mmHg, nadi: 88x/menit, Suhu: 36,2°C, RR: 20x/menit. Jam 11.10 WIB mengajarkan tehnik distraksi relaksasi, respon subjektif klien mengatakan bersedia mengikuti, respon objektif klien tampak paham. Jam 11.13 WIB menciptakan lingkungan yang tenang, respon subjektif klien mengatakan bisa istirahat, respon objektif klien tampak nyaman. Jam 12.00 WIB memberikan obat oral (prednison 3 x 5 mg, lapifed 2,5 mg), respon subjektif klien mengatakan akan minum obat, respon objektifnya obat diminum. Pada hari kedua, tanggal 2 februari 2010 untuk diagnosa pertama pada pukul 11.00 WIB menilai perubahan skala nyeri, respon subjektif klien mengatakan nyeri agak berkurang, respon objektif skala nyeri 3, dan memonitor TTV, respon subjektif klien mengatakan bersedia diperiksa, respon objektif TD: 130/100 mmHg, nadi: 88x/menit, suhu: 36°C, RR: 20/menit. Pada jam 12.00 memberikan obat oral (prednison

3 x 5 mg, lapifed 2,5 mg), respon subjektif klien mengatakan akan minum obat, respon objektif: obat diminum.

Evaluasi yang dilakukan penulis pada diagnosa pertama hari Senin 1 Februari 2010, jam 13.00 WIB adalah sebagai berikut: data subjektif: klien mengatakan nyeri kepala dan tengkuknya sudah berkurang, skala nyeri 4 dari skala 6, data objektif klien tampak lebih tenang. Penulis menyimpulkan masalah teratasi sebagian, sehingga menetapkan rencana tindak lanjut untuk melanjutkan intervensi: menilai perubahan skala nyeri, monitor TTV, berikan obat sesuai advise dokter. Evaluasi kedua pada hari Selasa tanggal 2 Februari 2010, untuk diagnosa pertama pada jam 13.10 WIB adalah sebagai berikut: data subjektif klien mengatakan nyeri kepala dan tengkuknya berkurang, skala nyeri 2 dari skala 6, data objektif klien tampak lebih tenang, TTV: TD: 130/100 mmHg, nadi: 88x/menit, suhu 36°C, RR: 20x/menit. Penulis menyimpulkan masalah teratasi dan menetapkan rencana untuk mempertahankan kondisi klien dengan metode pengawasan dan pengamatan.

Diagnosa keperawatan kedua konstipasi berhubungan dengan penurunan peristaltik usus sekunder akibat imobilitas, ditandai dengan data subjektif klien mengatakan belum BAB 4 hari, perutnya terasa sebah. Data objektifnya teraba massa pada perut sebelah kiri bawah, peristaltik usus 4x/menit. Untuk intervensi Diagnosa kedua konstipasi berhubungan dengan penurunan peristaltik usus sekunder akibat imobilitas, pada hari senin tanggal 1 Februari 2010 telah ditetapkan tujuan: konstipasi teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam dengan kriteria hasil, data subjektif:

klien mengatakan sudah bisa BAB, perut sudah tidak terasa sebah, data objektif: peristaltik usus normal 5-35x/menit. Dengan intervensi ajarkan pentingnya diit seimbang dan tinggi serat, anjurkan banyak minum air putih, motivasi klien melakukan mobilitas secara bertahap, anjurkan memasase abdomen kiri bawah dengan perlahan ketika di toilet. Implementasi untuk diagnosa kedua adalah jam 11.15 WIB mengajarkan klien akan pentingnya diit seimbang dan makan tinggi serat, respon subjektif klien mengatakan mengerti, respon objektifnya klien tampak paham. Jam 11.20 WIB menganjurkan banyak minum air putih, respon subjektif klien mengatakan akan banyak minum air putih, respon objektif klien minum air putih. Pada jam 11.22 WIB memotivasi klien agar melakukan mobilisasi sesuai kemampuan secara bertahap, respon subjektif klien mengatakan akan melakukan mobilisasi sesuai kemampuan, respon objektif klien tampak paham. Jam 11.25 WIB menganjurkan klien memasase abdomen kiri bagian bawah dengan perlahan ketika ditoletoilet, respon subjektif klien mengatakan bisa, respon objektif klien mencoba mempraktekan. Implementasi hari kedua untuk diagnosa kedua pada pukul 08.40 WIB mengajarkan banyak minum air putih dan makan tinggi serat, respon subjektif klien mengatakan sudah banyak minum air putih dan makan buah, respon objektif klien minum air putih. Kemudian memotivasi klien agar melakukan mobilisasi secara bertahap sesuai kemampuan, respon subjektif klien mengatakan akan melaksanakan mobilisasi sesuai kemampuan, respon objektif, klien tampak latihan jalan-jalan.

Evaluasi untuk diagnosa kedua, jam 13.05 WIB adalah sebagai berikut: data subjektif klien mengatakan belum BAB perut masih sebah, data objektif: peristaltik usus 4x/menit, kesimpulannya masalah belum teratasi, sehingga penulis menetapkan rencana tindak lanjut untuk menganjurkan klien untuk banyak minum air putih dan makan tinggi serat, motivasi klien agar mobilsasi secara bertahap. Evaluasi pada hari kedua untuk diagnosa kedua pada jam 13.15 WIB didapatkan data subjektif klien mengatakan sudah BAB, BAB keras, perut sudah tidak terasa sebah lagi, data objektif: tidak teraba massa pada perut bagian kiri bawah, peristaltik usus 12x/menit. Berdasarkan data di atas maka penulis menyimpulkan bahwa masalah teratasi sehingga penulis menetapkan rencana untuk mempertahankan kondisi klien dengan metode pengawasan dan pengamatan.

Diagnosa ketiga defisit perawatan diri berhubungan dengan adanya kelemahan fisik, ditandai dengan data subjektif klien mengatakan belum mandi 2 hari, ke kamar mandi dibantu keluarga. Data objektif klien tampak lemas, toileting dibantu keluarga, skala aktifitas 2 (dibantu keluarga), badan klien tampak kotor dan lengket. Intervensi Diagnosa ketiga defisit perawatan diri berhubungan dengan adanya kelemahan fisik, pada hari senin tanggal 1 Februari 2010 telah ditetapkan tujuan: kebutuhan personal higiene terpenuhi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam dengan kriteria hasil, data subjektif: klien mengatakan sudah mampu melakukan personal higiene sesuai kemampuan, data objektif: klien tidak tampak lemas, klien tampak bersih, klien tampak segar. Dengan intervensi motivasi klien untuk

hygiene sesuai kemampuan, jelaskan pentingnya hygiene, bantu kebutuhan klien, berikan privasi selama hygiene, berikan keamanan dalam kamar mandi. Untuk implementasi diagnosa ketiga adalah jam 11.30 WIB menjelaskan pentingnya hygiene dan motivasi klien untuk hygiene sesuai kemampuan, respon subjektif klien mengatakan mengerti, respon objektif klien tampak paham. Jam 11.40 WIB membantu kebutuhan klien hygiene klien, respon subjektif klien mengatakan "tolong diantar ke toilet", respon objektif klien jalan pelan-pelan. Pada jam 11.42 WIB memberikan privasi selama hygiene, respon subjektif klien mengatakan "pintunya tolong ditutup", respon objektif pintu kamar mandi ditutup. Jam 11.45 WIB memberikan keamanan dalam kamar mandi, respon subjektif klien mengatakan aman dalam kamar mandi, respon objektif klien tidak terpeleset. Untuk implementasi hari kedua diagnosa ketiga pada pukul 07.30 WIB membantu kebutuhan hygiene klien, respon subjektif klien mengatakan "minta disibin", respon objektif klien tampak segar dan bersih. Kemudian tindakan selanjutnya memotivasi klien untuk melakukan hygiene sesuai kemampuan, respon subjektif klien mengatakan ke toilet sudah bisa jalan sendiri, respon objektif: klien jalan pelan dan terlihat hati-hati.

Untuk Evaluasi diagnosa ketiga pada jam 13.10 WIB, didapatkan data subjektif klien mengatakan ke kamar mandi masih dibantu keluarga, toileting dibantu keluarga, data objektif hygiene dibantu keluarga, klien masih tampak kotor. Kesimpulannya masalah teratasi sebagian, sehingga masih melanjutkan intervensi Bantu kebutuhan hygiene klien, motivasi klien untuk melakukan

hygiene sesuai kemampuan. Untuk evaluasi hari kedua diagnosa ketiga pada jam 13.20 WIB didapatkan data subjektif: klien mengatakan sudah bisa kekamar mandi sendiri, toileting sendiri, tadi pagi sudah disibin, data objektif: klien jalan dengan pelan-pelan, klien tampak lebih segar dan bersih. Penulis menyimpulkan masalah teratasi dan menetapkan rencana untuk mempertahankan kondisi klien dengan metode pengawasan dan pengamatan.



BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. K dengan hipertensi di ruang Baitul Rijal RSI Sultan Agung Semarang. Asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

A. Pengkajian

Hasil pengkajian pola persepsi kesehatan di dapatkan data bahwa persepsi klien terhadap kesehatannya baik, akan tetapi ketika klien mengalami nyeri kepala klien justru membeli obat di warung, hal ini dapat dikarenakan support system dari keluarga yang kurang, mengingat anak – anak klien sudah tidak tinggal satu rumah dengan klien sehingga tidak ada yang memberi penguatan atau perhatian dan membantu klien.

Penulis dalam melakukan pengkajian tentang aktifitas/latihan mencantumkan data klien belum mandi 2 hari, ini sesuai dengan pernyataan klien, namun penulis tidak mengkaji lebih jauh terkait pernyataan klien tersebut, hal ini dirasakan penulis sebagai kekurangan dan keterbatasan dalam menggali informasi.

B. Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian, diagnosa keperawatan yang dirumuskan oleh penulis adalah:

1. Nyeri (akut): nyeri kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.
2. Konstipasi berhubungan dengan penurunan peristaltik usus sekunder akibat imobilitas.
3. Defisit perawatan diri, mandi / higiene berhubungan dengan kelemahan fisik.

Selanjutnya, penjelasan mengenai rencana keperawatan pada Ny.K sesuai dengan diagnosa yang muncul adalah sebagai berikut:

1. Nyeri (akut): nyeri kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral

Nyeri akut adalah keadaan ketika individu mengalami dan melaporkan adanya sensasi tidak nyaman atau ketidaknyamanan yang parah, yang berlangsung selama satu detik sampai kurang dari 6 bulan (Carpenito, 2009).

Batasan karakteristik mayor menurut Carpenito, 2009 adalah komunikasi (verbal atau dengan kode) untuk mendeskripsikan nyeri.

Batasan karakteristik minor adalah perilaku hati-hati, melindungi, berfokus pada diri sendiri, fokus menyempit (gangguan persepsi waktu, menarik diri dari kontak sosial, gangguan proses pikir), perilaku distraksi (merintih, menangis, melangkah bolak-balik, mencari orang lain atau aktivitas, gelisah), mimik wajah menunjukkan adanya nyeri (mata kuyu "beaten look", pergerakan tetap atau sedikit pergerakan, meringis), gangguan tonus otot (berkisar mulai dari mulai lesu sampai kekakuan),

respon otonom yang tidak terlihat pada nyeri kronis yang stabil (diaphoresis, perubahan tekanan darah dan denyut nadi, dilatasi pupil, peningkatan atau penurunan frekuensi pernafasan) (Carpenito, 2009).

Diagnosa keperawatan nyeri akut: nyeri kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral ditegakkan karena saat pengkajian didapatkan data yaitu klien mengatakan kepala terasa berat, P: nyeri kepala karena tekanan darah tinggi, Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: nyeri terasa diseluruh bagian kepala dan tengkuk, S: skala nyeri 6, T: nyeri tiba-tiba dan terus - menerus. Di dapatkan pula data klien tampak menahan rasa nyeri, tanda-tanda vital; tekanan darah: 140/90 mmHg, nadi 88x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,2°C. Ini sesuai dengan batasan karakteristik mayor dan minor menurut Carpenito yaitu klien mengungkapkan adanya rasa nyeri pada kepala sampai tengkuk dan dirasakan tidak lebih dari 6 bulan, serta klien tampak menahan rasa nyeri.

Diagnosa keperawatan nyeri akut: (nyeri kepala) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral penulis tegakkan menjadi prioritas pertama karena menurut Hierarki Maslow nyeri merupakan kebutuhan fisiologis dan membutuhkan penanganan yang tepat, jika tidak ditangani maka dapat menjadi faktor predisposisi yang mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Terkait dengan nyeri yang dapat menjadi stressor dan mengakibatkan vasokonstriksi pembuluh darah sehingga jantung bekerja keras untuk memompa dan tekanan darah menjadi naik.

Untuk mengatasi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral, penulis menetapkan rencana tindakan yang bertujuan agar nyeri berkurang atau tidak merasa nyeri dengan intervensi keperawatan: kaji skala nyeri dengan rasional: membandingkan dengan skala nyeri sebelumnya dan menentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan; Monitor TTV dengan rasional: perbandingan dari tekanan memberikan gambaran yang lebih lengkap tentang keterlibatan/bidang masalah vaskuler. Hipertensi berat diklasifikasikan pada orang dewasa sebagai peningkatan tekanan diastolik sampai 130; hasil pengukuran diastolik diatas 130 dipertimbangkan sebagai peningkatan pertama, kemudian maligna. Hipertensi sistolik juga merupakan faktor risiko yang ditentukan untuk penyakit serebrovaskuler dan penyakit iskemi jantung bila tekanan diastolic 90-115; ajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan rasional: dapat menurunkan rangsangan yang menimbulkan stress, membuat efek tenang sehingga akan menurunkan tekanan darah; ciptakan lingkungan yang tenang dengan rasional: membantu menurunkan rangsang simpatis, meningkatkan relaksasi; kolaborasi untuk pemberian obat analgetik dan anti hipertensi dengan rasional: menurunkan atau mengontrol nyeri dan menurunkan rangsang sistem saraf simpatis (Doenges,2000).

Beberapa rencana tindakan yang ditetapkan penulis, seluruhnya dapat dilakukan dengan baik dan tidak ditemukan hambatan yang berarti karena klien mampu menggambarkan skala nyeri yang dirasakan, klien kooperatif dan keluarga mendukung.

Evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari maka pada tanggal 2 Februari 2010 didapatkan hasil evaluasi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral menunjukan masalah teratasi karena keadaan klien sudah sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan, klien mengatakan nyeri kepala dan tenguknya berkurang, skala nyeri 2 dari skala 6, klien tampak lebih tenang, TTV: TD: 130/100 mmHg, nadi: 88xmenit, suhu 36°C, RR: 20x/menit.

2. Konstipasi berhubungan dengan penurunan peristaltik usus sekunder akibat imobilitas

Konstipasi adalah kondisi ketika individu mengalami atau beresiko mengalami keadaan statis pada usus besar yang mengakibatkannya jarang buang air besar (dua kali atau kurang dalam seminggu) dan / atau feses keras, kering (Carpenito, 2009).

Menurut Carpenito 2009 batasan karakteristik mayor adalah feses berbentuk keras, defekasi yang terjadi kurang dari dua kali setiap minggu, defekasi lama dan sulit.

Batasan karakteristik minor adalah penurunan bising usus, melaporkan perasaan penuhnya rektum, melaporkan perasaan adanya tekanan di dalam rektum, ketegangan pada saat melakukan defekasi, impaksi yang terpalpasi, perasaan tidak adekuat dalam mengosongkan usus (Carpenito, 2009).

Etiologi pada diagnosa konstipasi yang ditetapkan penulis masih belum tepat, karena data yang ditemukan yaitu peristaltik usus 4 x/menit tidak mendukung adanya penurunan karena masih dalam batas normal (2 – 4x/menit). Kemungkinan penyebab yang di alami klien lebih cenderung pada proses efek samping obat yang dikonsumsi pasien seperti diuretik, sehingga diagnosa konstipasi yang muncul pada pasien disebabkan oleh efek samping obat diuretik.

Diagnosa keperawatan konstipasi berhubungan dengan efek samping obat diuretik ditegakkan karena saat pengkajian didapatkan data pada klien yaitu: klien mengatakan belum BAB 4 hari, perutnya terasa sebah, dan pada pengkajian didapatkan data yaitu teraba massa pada perut sebelah kiri bawah, peristaltik usus 4x/menit.

Berdasarkan Hierarki Maslow, penulis memprioritaskan diagnosa konstipasi berhubungan dengan efek samping obat diuretik sebagai diagnosa kedua karena meskipun konstipasi juga merupakan kebutuhan fisiologis, tetapi dalam kasus klien yang menjadi fokus utama yaitu pada manajemen nyeri, setelah itu masalah konstipasi.

Tujuan perencanaan tindakan pada diagnosa konstipasi berhubungan dengan efek samping obat diuretik adalah agar konstipasi teratasi. Intervensi keperawatan yaitu: ajarkan pentingnya diet seimbang dan tinggi serat dengan rasional: menstimulasi peristalsis; anjurkan banyak minum air putih hangat dengan rasional: mempertahankan pola dan meningkatkan konsistensi feses yang baik serta menstimulus defekasi ; motivasi klien melakukan mobilitas secara bertahap dengan rasional dapat

meningkatkan sirkulasi system digestif, yang akan meningkatkan peristalsis dan memudahkan defekasi; anjurkan memasase abdomen kiri bawah dengan perlahan ketika di toilet, dengan rasional menstimulus defekasi (Carpenito, 2009).

Rencana tindakan yang penulis telah tetapkan seluruhnya dapat dilaksanakan dengan baik dan tidak ditemukan hambatan yang berarti karena klien kooperatif dan keluarga mendukung.

Evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari maka didapatkan hasil evaluasi dari diagnosa konstipasi berhubungan dengan penurunan peristaltik usus sekunder akibat imobilitas menunjukkan masalah teratasi karena evaluasi keadaan klien sudah sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan, yaitu klien mengatakan sudah BAB, perutnya sudah tidak terasa sebah lagi, BAB keras, dan peristaltik usus 12x/menit. Pada pemeriksaan auskultasi peristaltik usus terukur nilai 12x/menit, sedangkan nilai yang normal 2-4x/menit dan disimpulkan oleh penulis bahwa kondisi tersebut adalah normal. Didapatkan kesalahan persepsi dari penulis tentang nilai normal peristaltik usus.

3. Defisit perawatan diri, mandi/ higiene berhubungan dengan kelemahan fisik.

Defisit perawatan diri, mandi/ higiene adalah kondisi ketika individu mengalami hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktifitas mandi/ higiene untuk dirinya sendiri (Carpenito, 2009).

Adapun batasan karakteristik menurut Carpenito 2009 adalah defisit kemampuan untuk mandi sendiri (termasuk membersihkan seluruh badan, menyisir rambut, menggosok gigi, melakukan perawatan kulit dan kuku, dan memakai perhiasan), tidak mampu atau tidak mau membersihkan tubuh atau bagian tubuh, tidak mampu mendapatkan sumber air, tidak mampu mengatur suhu atau aliran air, tidak mampu merasakan kebutuhan untuk melakukan langkah-langkah higiene.

Kelemahan fisik sebagai etiologi pada masalah keperawatan defisit perawatan diri, mandi/higiene yang ditetapkan penulis masih kurang tepat, karena dari data yang diperoleh penulis pada saat pengkajian klien masih mampu untuk melakukan aktifitas optimalnya dan hanya membutuhkan bantuan minima, sehingga etiologi yang lebih tepat yaitu keletihan.

Diagnosa defisit perawatan diri, mandi/higiene berhubungan dengan keletihan di angkat penulis berdasarkan data yang ditunjukkan oleh klien mengatakan belum mandi 2 hari, ke kamar mandi dibantu keluarga, klien tampak lemas, toileting dibantu keluarga, skala aktifitas 2 (dibantu keluarga), badan klien tampak kotor dan lengket.

Diagnosa ini ditegakkan menjadi prioritas ketiga karena menurut Hierarki Maslow bahwa personal higiene merupakan kebutuhan kenyamanan dan membutuhkan penanganan yang tidak segera namun harus dipenuhi, dan memerlukan tindakan yang tepat dari perawat dan keluarga agar kebutuhan klien terpenuhi.

Untuk menyelesaikan diagnosa defisit perawatan diri mandi/higiene berhubungan dengan keletihan penulis menetapkan rencana tindakan yang bertujuan agar kebutuhan personal higiene klien terpenuhi dengan intervensi keperawatan: motivasi klien untuk higiene sesuai kemampuan dengan rasional klien akan termotivasi untuk melakukan higiene; jelaskan pentingnya hygiene dengan rasional meningkatkan pengetahuan klien tentang pentingnya kebersihan diri; bantu kebutuhan klien dengan rasional personal higiene harus tetap terpenuhi untuk kenyamanan klien; berikan privasi selama higiene dengan rasional menjaga privasi klien agar tetap terjaga; berikan keamanan dalam kamar mandi dengan rasional mengurangi risiko klien jatuh (Doenges, 2000).

Dari beberapa rencana asuhan keperawatan yang penulis tetapkan semua dapat dilakukan sesuai rencana keperawatan, hal ini karena keluarga dan klien sangat kooperatif dan tidak ada hambatan yang berarti.

Evaluasi yang didapatkan dari diagnosa keperawatan defisit perawatan diri mandi/ higiene berhubungan dengan keletihan menunjukkan masalah teratasi karena pada evaluasi hari kedua keadaan klien sudah sesuai kriteria hasil yang diharapkan, klien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi sendiri, toileting sendiri, klien jalan dengan pelan-pelan dan tampak lebih segar dan bersih.

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan penulis, seharusnya juga dimunculkan diagnosa kurang pengetahuan, karena pada pengkajian ditemukan bukti bahwa sampai 6 kali klien opname di Rumah

Sakit dengan keluhan yang sama, rumah klien dekat dengan puskesmas tetapi klien lebih memilih membeli obat di warung, klien mengetahui bahwa makanan seperti kulit ayam goreng harus dihindari, namun klien tetap mengkonsumsi. Hal itu menandakan klien kurang mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan dan juga mengambil keputusan tentang penyakitnya.

Penulis mengetahui bahwa apabila diagnosa tersebut tidak diangkat maka dapat berakibat pada meningkatnya risiko komplikasi pada klien. Namun pada saat melakukan pengkajian, penulis sudah sedikit menyampaikan hal-hal seputar hipertensi dan penatalaksanaannya, diantaranya mengenai makanan yang harus dihindari dan perlunya kontrol serta berobat secara rutin. Penulis mengetahui tidak mengkaji lebih jauh, dan tidak mencantumkan diagnosa kurang pengetahuan, hal ini dirasakan penulis sebagai kekurangan dan keterbatasan dalam menganalisa masalah.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan yang telah penulis paparkan mengenai “Asuhan Keperawatan pada Ny. K dengan Hipertensi”, maka penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut:

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal, dimana tekanan sistoliknya diatas 140 mmHg dan tekanan diastoliknya diatas 90 mmHg, yang dapat menimbulkan gangguan pada pembuluh darah sehingga mengakibatkan suplai O₂ dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya. Etiologi dibedakan berdasarkan primer dan sekunder, pertama yaitu hipertensi esensial atau hipertensi primer, faktor penyebabnya adalah stress, usia, faktor genetik, obesitas, alkohol, merokok, lainnya. Kedua yaitu Hipertensi renal atau hipertensi sekunder, penyebabnya yaitu gangguan hormonal, penyakit jantung, diabetes, ginjal, atau berhubungan dengan kehamilan.

Berdasarkan pengkajian pada Ny.K, penulis mengangkat diagnosa keperawatan yaitu: nyeri (akut): nyeri kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral, konstipasi berhubungan dengan efek samping obat diuretik, dan defisit perawatan diri, mandi/ higiene berhubungan

dengan adanya keletihan. Terkait dengan diagnosa, tidak semua diagnosa pada teori muncul pada Ny.K.

Intervensi dan implementasi pada ketiga diagnosa ditetapkan selama 2 hari dan dapat berjalan lancar, tidak ditemukan hambatan yang berarti karena klien kooperatif dan keluarga mendukung. Evaluasi akhir dari ke-3 diagnosa diperoleh hasil yaitu masalah teratasi, sehingga ditetapkan rencana untuk mempertahankan kondisi klien dengan pengawasan dan pengamatan yang optimal.

B. Saran

1. Institusi pendidikan

Bagi institusi Pendidikan diharapkan untuk lebih menekankan pada aspek teori asuhan keperawatan dan pelaksanaannya secara komprehensif, sehingga mahasiswa dapat membuat laporan asuhan keperawatan yang baik dan benar.

2. Pelayanan kesehatan

Diharapkan untuk pelayanan kesehatan dapat meningkatkan mutu pelayanan pada masyarakat, yang difokuskan pada pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif dan pendidikan kesehatan secara terstruktur dan sistematis.

3. Masyarakat

Diharapkan masyarakat mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat secara maksimal, sehingga dapat meminimalkan angka kesakitan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adib, M. (2009). *Cara Mudah Memahami dan Menghindari Hipertensi, Jantung dan Stroke*. Edisi I. Yogyakarta: CV. Dianloka.
- Carpenito, L. J. (2009). *Diagnosis Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinis*. Edisi 9. Jakarta: EGC.
- Corwin, E. J. (2001). *Buku Saku Patofisiologi* (alih bahasa: Brahm U). Jakarta: EGC.
- Davey, P. (2005). *Medicine*. (alih bahasa, Annisa Rahmalia, Cut Nafianti) Jakarta: Erlangga.
- Doenges, M. E. (2000). *Rencana Asuhan keperawatan: Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Gleadle, J. (2005). *Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik*. Jakarta: Erlangga.
- Hadibroto, I. (2004). *Hipertensi*. Edisi Pertama.. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Iman. (2007). *Klasifikasi Hipertensi*. <http://dokter-medis.blogspot.com/2009/09/> diunduh pada tanggal 14 April 2010.
- John, M. M; Iain, A. S & Keith, D. D, et al. (2003). *Lecture Notes; Kardiologi*. Edisi ke empat. (alih bahasa: Prof. Dr. H. Azwar Agoes DAFK,Sp.FK). Editor: Amalia safitri. Jakarta: Erlangga.
- Kuswardhani, T. (2 Mei 2006). *Penatalaksanaan Hipertensi Pada Usia Lanjut*. <http://ejournal.unud.ac.id/abstrak/penatalaksanaan.pdf> di unduh tanggal 21 April 2010.
- Muttaqin, A. (2009). *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ncithea. (19 Februari 2008). *Kumpulan Askep : Askep Hipertensi*. <http://askep.blogspot.com/2008/02/askep-hipertensi.html> di unduh tanggal 14 April 2010.

Reeves, C. J; Gayle, R & Robin, L. (2001). *Keperawatan Medical Bedah*. Edisi I. Jakarta: Salemba Medika.

Ruhyandudin, F. (2007). *Asuhan keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: UPT Penerbitan Universitas Muhammadiyah Malang.

Smeltzer, S. C & Bare, B. G. (2002). *Buku Ajar Medical Bedah* (alih bahasa: Agung Waluyo). Jakarta: EGC.

Sudoyo, A. W; Bambang, S & Idrus, A, et al. (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi Keempat Jilid 3. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Tjokronegoro, A & Utama, H. (2001). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Jilid II Edisi ketiga. Jakarta: Gaya baru.

