

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN
HIPERTENSI DI RUANG MAWAR
RSUD UNGARAN**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Estik Widiyaningsih
NIM. 89.331.3965

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2011**

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 : Sabtu

Tanggal : 21 Mei 2011



Semarang, 21 Mei 2011

Abimbiring

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

NIK: 210996002

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin tanggal 06 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 06 Juni 2011

Tim Penguji,

Penguji I



(Dyah Wiji Puspita Sari S. Kep, Ns)

NIK :210.910.023

Penguji II



(Novianti, S.kep)

NIK :00.06.640

Penguji III



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

NIK : 210.902.011

HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan untuk :

Kedua orang tuaku tercinta....

Keempat saudaraku tersayang Mufi. M Arif, Achmad

Sucanto, Ana Pujianti, dan Safa'atul C Anam

Keluarga Besarku...

Teman –teman seangkatan 2008 dan

Temanku Anita safitri....

Seluruh Dosen dan Staf di FIK



MOTTO

*“Tugas kita bukanlah untuk berhasil, tugas kita adalah untuk mencoba,
karena didalam mencoba itulah kita menemukan dan belajar membangun
kesempatan untuk berhasil “*



KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

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.S Dengan Hipertensi Di Ruang Mawar RSUD Ungaran”.

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. Muh. Abdurrouf, S.Kep. Ns selaku pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktu untuk memberikan motivasi, bimbingan dan pengarahan kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. RSUD Ungaran, 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. Ke dua orangtua saya tercinta yang dengan segala kasih sayang dan pengorbanannya yang selalu memberikan do'a yang tiada hentinya, dukungan baik materil maupun moril kepada penulis dan selalu mengharapkan keberhasilan penulis.

7. Pihak yang telah membantu Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

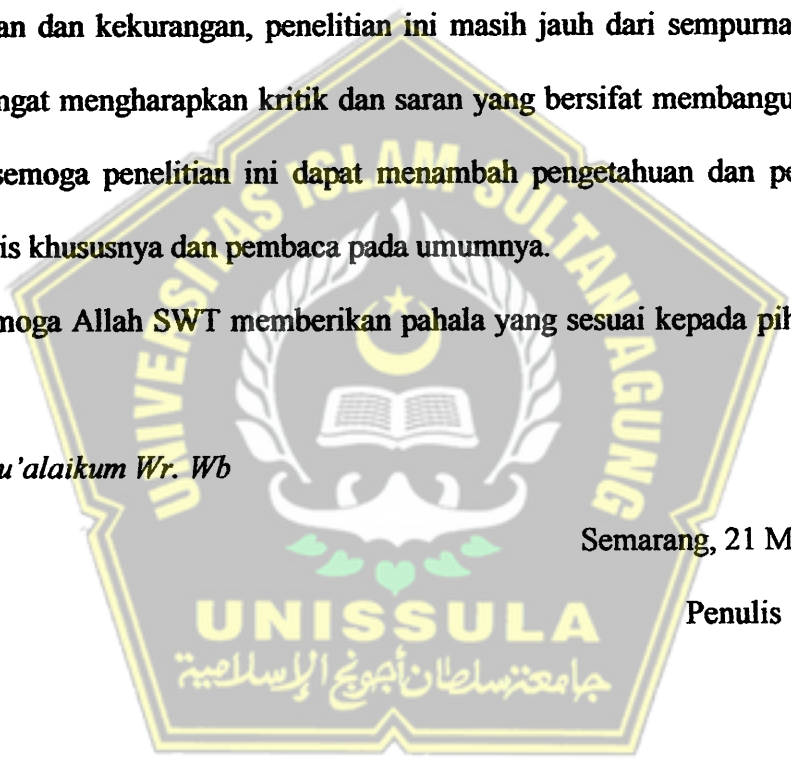
Penulis menyadari sebagai manusia yang mempunyai keterbatasan pengetahuan dan kekurangan, penelitian ini masih jauh dari sempurna untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun. Penulis berharap semoga penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis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

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

Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Semarang, 21 Mei 2011

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTTO	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
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	4
BAB II KONSEP DASAR.....	5
A. Konsep Dasar Penyakit	5
1. Pengertian.....	5
2. Etiologi.....	5
3. Patofisiologi	8
4. Manifestasi Klinis	11

5. Pemeriksaan Diagnostik.....	12
6. Komplikasi.....	12
7. Penatalaksanaan.....	14
8. Pathway.....	16
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	17
1. Pengkajian Keperawatan.....	17
2. Fokus Intervensi.....	20
BAB III HASIL ASUHAN KEPERAWATAN.....	30
A. Pengkajian.....	30
B. Analisa Data.....	35
C. Diagnosa Keperawatan, Intervensi Keperawatan, Implementasi dan Evaluasi.....	36
BAB IV PEMBAHASAN.....	41
BAB V PENUTUP.....	48
A. Kesimpulan.....	48
B. Saran.....	49
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Asuhan Keperawatan Asli

Lampiran 2. Lembar Kesiediaan Membimbing

Lampiran 3. Lembar Surat Keterangan Konsultasi

Lampiran 3. Lembar Konsultasi KTI



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknyanya diatas 140 mmHg dan tekanan diastolik diatas 90mmHg (Smeltzer & Bare, 2002). Diperkirakan sekitar 80 % kenaikan kasus hipertensi terutama di negara berkembang tahun 2025 dari sejumlah 639 juta kasus di tahun 2000, di perkirakan menjadi 1,15 milyar kasus di tahun 2025. Prediksi ini didasarkan pada angka penderita hipertensi saat ini dan penambahan penduduk saat ini. Angka-angka prevalensi hipertensi di Indonesia telah banyak dikumpulkan dan menunjukkan, di daerah pedesaan masih banyak penderita yang belum terjangkau oleh pelayanan kesehatan (Priyono, 2010, prevalansi Hipertensi, <http://www.kedaiobat.co.cc>, diunduh 6 Mei 2011).

Hipertensi membuka peluang 12 kali lebih besar bagi penderitanya untuk menderita stroke dan 6 kali lebih besar untuk serangan jantung, serta 5 kali lebih besar kemungkinan meninggal karena gagal jantung (*congestive heart failure*). Penderita hipertensi berisiko besar mengalami gagal jantung. Di Amerika diperkirakan sekitar 64 juta lebih penduduknya yang berusia antara 18 sampai 75 tahun menderita hipertensi. Separuh dari jumlah tersebut pada awalnya tidak menyadari bahwa dirinya sedang diincar oleh pembawa maut yang bernama hipertensi (Hadibroto, Sustrani & Alam, 2004).

Hipertensi dapat menyebabkan gagal jantung, stroke, dan gagal ginjal. Hipertensi disebut sebagai pembunuh diam-diam karena orang dengan hipertensi sering tidak menampakkan gejala. Institut nasional jantung paru dan darah memperkirakan separuh orang yang menderita hipertensi tidak sadar akan kondisinya (Smeltzer & Bare, 2002).

Penyebab hipertensi antara lain pertama karena faktor yang tidak diketahui penyebabnya atau biasa disebut hipertensi esensial, kedua karena faktor penyakit atau disebut juga hipertensi non esensial, misalnya karena Diabetes Melitus. Diabetes melitus dan hipertensi adalah dua keadaan yang berhubungan erat dan keduanya merupakan masalah kesehatan yang perlu mendapatkan penanganan yang seksama. Insidensi hipertensi pada penderita diabetes melitus lebih tinggi apabila dibandingkan dengan penderita tanpa diabetes melitus, dan pada beberapa penelitian dibuktikan, kenaikan tersebut sesuai dengan kenaikan umur dan lama diabetes. Diperkirakan 30,60% penderita diabetes melitus mempunyai hubungan dengan hipertensi. Hipertensi pada diabetes melitus meningkatkan morbiditas dan mortalitas, serta berperan dalam mekanisme terjadinya penyakit jantung koroner, gangguan pembuluh darah perifer, gangguan pembuluh darah serebral dan terjadinya gagal ginjal. Kelainan pada mata akibat diabetes melitus yang berupa retinopati diabetik juga dipengaruhi oleh hipertensi. Oleh karena itu, hipertensi pada diabetes melitus perlu ditanggulangi secara seksama (Wiguno, Markum & Roemiati, 2006, Hipertensi pada diabetes mellitus, <http://www.kalbe.co.id>, diunduh tanggal 10 Juni 2011).

Berdasarkan uraian tersebut di atas, sehingga penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul hipertensi. Karena diperkirakan sekitar 80 % kenaikan kasus hipertensi terutama di negara berkembang tahun 2025 dari sejumlah 639 juta kasus di tahun 2000. Dan resiko terjadinya hipertensi terbesar adalah orang yang merokok, banyak mengkonsumsi cafein, yang memiliki stressor tinggi dan dari hal tersebut angka kejadian terbesar terjadi di Indonesia.

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. Menjelaskan pengkajian yang dilakukan pada klien Ny. S dengan hipertensi.
- b. Menganalisa diagnosa keperawatan pada Ny. S dengan hipertensi
- c. Menjelaskan rencana tindakan asuhan keperawatan dan implementasi pada Ny. S.
- d. Menjelaskan evaluasi asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. S dengan hipertensi.

C. Manfaat Penulisan

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi:

1. Instansi Rumah Sakit

Merupakan masukan dalam rangka meningkatkan pengetahuan perawat dan mutu pelayanan keperawatan.

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. Masyarakat

Menambah pengetahuan bagi masyarakat untuk mengatasi masalah yang dihadapi sehubungan dengan penyakit yang dialami.

4. Mahasiswa

Dapat membantu mahasiswa untuk lebih memahami pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Hipertensi.

5. Manfaat bagi penulis

Untuk menambah pengetahuan, pemahaman, dan pendalaman tentang perawatan pada pasien Hipertensi dan dapat digunakan sebagai acuan untuk mengembangkan asuhan keperawatan yang lainnya.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep dasar Penyakit

1. Pengertian

Menurut WHO Hipertensi adalah kenaikan tekanan darah sama atau diatas 160/95 (Mubin, 2008).

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

Hipertensi adalah tekanan darah sistole lebih dari 140 mmHg. patologi utama pada hipertensi adalah peningkatan tekanan vaskuler perifer pada tingkat systole (Dongoes, 2000).

Hipertensi adalah tingginya tekanan darah secara menetap dimana tekanan sistemik diatas 140 mmHg dan tekanan diastolik diatas 90 mmHg (Smeltzer & Bare, 2000).

Berdasarkan beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah lebih dari normal atau lebih dari 140/90 mmHg.

2. Etiologi

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dapat dikelompokkan kedalam dua kelompok besar, yakni primer dan sekunder. Menurut Lawrence Hipertensi primer (esensial) penyebabnya multifaktor yaitu

faktor genetik. Anak-anak yang salah satu atau kedua orang tuanya menderita hipertensi, cenderung mempunyai tekanan darah yang lebih tinggi, faktor lingkungan juga berperan penting. Intake garam yang meningkat telah lama diamati berperan dalam patogenesis hipertensi esensial. Kemungkinan tidak faktor ini cukup meningkatkan tekanan darah ke tingkat abnormal. Kombinasi konsumsi garam berlebihan dan predisposisi genetik menyebabkan hipertensi. Faktor yang lain yaitu merokok, secara akut dapat meningkatkan tekanan darah, yaitu dengan cara nikotin dan karbon monoksida masuk aliran darah merusak lapisan endotel pembuluh darah menyebabkan aterosklerosis meningkatkan norepinefrin plasma (Lawrence, 2002).

Sedangkan menurut Baughman dan Hackley (2000), obesitas dan stress juga termasuk penyebab hipertensi esensial. Penderita obesitas beresiko dua sampai enam kali lebih besar untuk terserang hipertensi disbanding orang-orang dengan berat badan yang normal. Bukan hanya level obesitas yang penting, tetapi juga cara tubuh mengakumulasi lemak ekstra. Sebagian orang mempunyai kelebihan berat badan disekitar perut, sebagian lagi menyimpan kelebihan lemak disekitar pinggul dan paha.

Stress juga diyakini penyebab hipertensi, yang diduga melalui aktivitas saraf simpatis (saraf yang berkerja saat kita beraktivitas). Peningkatan aktivitas saraf simpatis dapat mengakibatkan tekanan darah naik untuk sementara waktu. Jika stress telah berlalu, maka tekanan darah biasanya akan kembali normal (Baughman dan Hackley, 2000).

Beberapa penyebab terjadinya hipertensi sekunder adalah:

- a. Penyakit parenkim ginjal. Setiap penyebab gagal ginjal (glomerulonefritis, pielonefritis, sebab-sebab penyumbatan) yang menyebabkan kerusakan parenkim akan cenderung menimbulkan hipertensi dan hipertensi itu sendiri akan mengakibatkan kerusakan ginjal.
- b. Akibat obat. Penggunaan obat yang paling banyak berkaitan dengan hipertensi adalah pil kontrasepsi oral (OCP) dengan 5% perempuan mengalami hipertensi dalam 5 tahun sejak mulai penggunaan. Perempuan usia lebih tua diatas 50 tahun lebih mudah terkena, begitu pula dengan perempuan yang pernah mengalami hipertensi selama hamil. Obat lain yang terkait dengan hipertensi termasuk siklosporin, eritropoietin, dan kokain.
- c. Endokrin. tingginya kadar aldosteron renin yang rendah akan mengakibatkan kelebihan (overload) natrium dan air.
- d. Feokromositoma disebabkan oleh tumor sel kromafin asal neural yang mensekresikan katekolamin, 90% berasal dari kelenjar adrenal. Kurang lebih 10% terjadi ditempat lain dalam rantai simpatis. 10% dari tumor ini ganas. Feokromositoma dicurigai jika tekanan darah berfluktuasi tinggi, disertai takikardi, berkeringat atau edema paru karena gagal jantung.

(Gray, 2002).

Selain sebab primer dan sekunder tersebut, penyebab lain juga dapat memicu terjadinya hipertensi, antara lain:

Faktor yang tidak dapat diubah yaitu

a. Jenis kelamin

Pada umumnya, pria memiliki kemungkinan lebih besar untuk terserang hipertensi dari pada wanita. Hipertensi berdasarkan gender ini dapat pula dipengaruhi oleh faktor psikologis. Pada wanita sering kali dipicu oleh perilaku tidak sehat, seperti merokok dan kelebihan berat badan, depresi, dan rendahnya status pekerjaan. Sedangkan pada pria lebih berhubungan dengan pekerjaan dan menganggur.

b. Usia

Hampir setiap orang mengalami kenaikan tekanan darah ketika usianya semakin bertambah. Jadi semakin tua usianya, kemungkinan seseorang menderita hipertensi juga semakin besar. Tekanan sistolik terus meningkat sampai usia 80 tahun dan tekanan diastolik terus naik sampai usia 55-60 tahun, kemudian secara perlahan atau drastis menurun.

Faktor yang dapat diubah yaitu Obesitas, Stress, Gaya hidup

(Puspitorini, 2008).

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 konstriksi 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 (Smeltzer & Bare, 2002).

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 (Soeparman, 2000).

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. 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 (Soeparman, 2000).

4. Manifestasi klinis

Pada sebagian besar penderita, hipertensi tidak menimbulkan gejala. Masa laten ini menyelubungi perkembangan hipertensi sampai terjadi kerusakan organ yang spesifik. Kalaupun menunjukkan gejala-gejala tersebut biasanya ringan dan tidak spesifik, misalnya pusing-pusing (Puspitorini, 2008).

Meskipun jika kebetulan beberapa gejala muncul bersamaan dan diyakini berhubungan dengan hipertensi, gejala-gejala tersebut sering kali tidak terkait dengan hipertensi. Akan tetapi, jika hipertensinya berat atau menahun dan tidak diobati, bisa timbul gejala, antara lain sakit kepala, kelelahan, mual, muntah, sesak napas, napas pendek (terengah-engah), gelisah, pandangan menjadi kabur, mata berkunang-kunang, mudah marah, telinga berdengung, sulit tidur, rasa berat di tengkuk, nyeri di daerah kepala bagian belakang, nyeri di dada, otot lemah, pembengkakan pada kaki dan pergelangan kaki, keringat berlebihan, kulit tampak pucat atau kemerahan, denyut jantung yang kuat, cepat, atau tidak teratur, impotensi, darah di urine, mimisan.

Kadang penderita hipertensi berat mengalami penurunan kesadaran dan bahkan “koma” karena pembengkakan otak. Keadaan yang disebut ensefalopati hipertensif ini memerlukan penanganan medis secepat mungkin (Puspitorini, 2008).

5. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan laboratorium rutin yang dilakukan sebelum memulai terapi bertujuan menentukan adanya kerusakan organ dan faktor risiko lain atau mencari penyebab hipertensi. Biasanya diperiksa urinalisa, darah perifer lengkap, kimia darah (kalium, natrium, kreatinin, gula darah puasa, kolesterol total, kolesterol HDL, dan EKG. Sebagai tambahan dapat dilakukan pemeriksaan lain, seperti klirens kreatinin, protein urin 24 jam, asam urat, kolesterol LDL, TSH, dan ekokardiografi (Mansjoer, dkk., 2000).

6. Komplikasi

a. 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.

b. 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.

c. 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 asmotik koloid plasma berkurang, menyebabkan oedema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik.

d. 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.

e. Gangguan penglihatan, retino hipertensif.

f. IHD (*ischaemic heart disease*)

(Corwin, 2001).

7. Penatalaksanaan

a. Terapi umum

- 1) Istirahat
- 2) Diet dan olahraga
 - a) Diet rendah garam
 - b) Penurunan berat badan
 - c) Olahraga teratur
 - d) Menghindarkan factor resiko: rokok, alcohol, stress
- 3) Medikamentosa
 - a) Diuretik: mempunyai efek anti hipertensi dengan cara menurunkan volume ekstra seluler dan plasma sehingga terjadi penurunan curah jantung.
 - b) Golongan penghambat simpatetik
Penghambat aktifitas simpatetik dapat terjadi pada pusat vasomotor otot seperti pada pemberian metildopa dan klonidin/pada ujung saraf perifer seperti reserpin dan gelanetidin.
 - c) Betabloker: Mekanismenya melalui penurunan curah jantung dan penekanan sekresi renin angiotenin.
 - d) Vasiodilator
Doksozolin, prazosin, hidralazin, minoksidri, diazoksid, dan zodium nitroprusid bekerja langsung pada p.d dengan cara relaksasi otot polos yang akan mengakibatkan penurunan resistensi pembuluh darah.

e) Penghambat enzim konversi angiotensi enzim ini mengubah angiotensi I menjadi angiotensin II yang aktif dan mempunyai efek fasokonstriksi pembuluh darah.

f) Angiotensin kalsium

Antagonis kalsium menghambat masuknya kalsium melalui saluran kalsium menghambat pengeluaran kalsium dari pemecahan reticulum sarkoplasma dan mengikat kalsium pada otot polos pembuluh darah.

Golongan obat ini: nifedipin, diltiozen, verapamil, menurunkan curah jantung dengan menghambat kontraktilitas yang akan menurunkan tekanan darah.

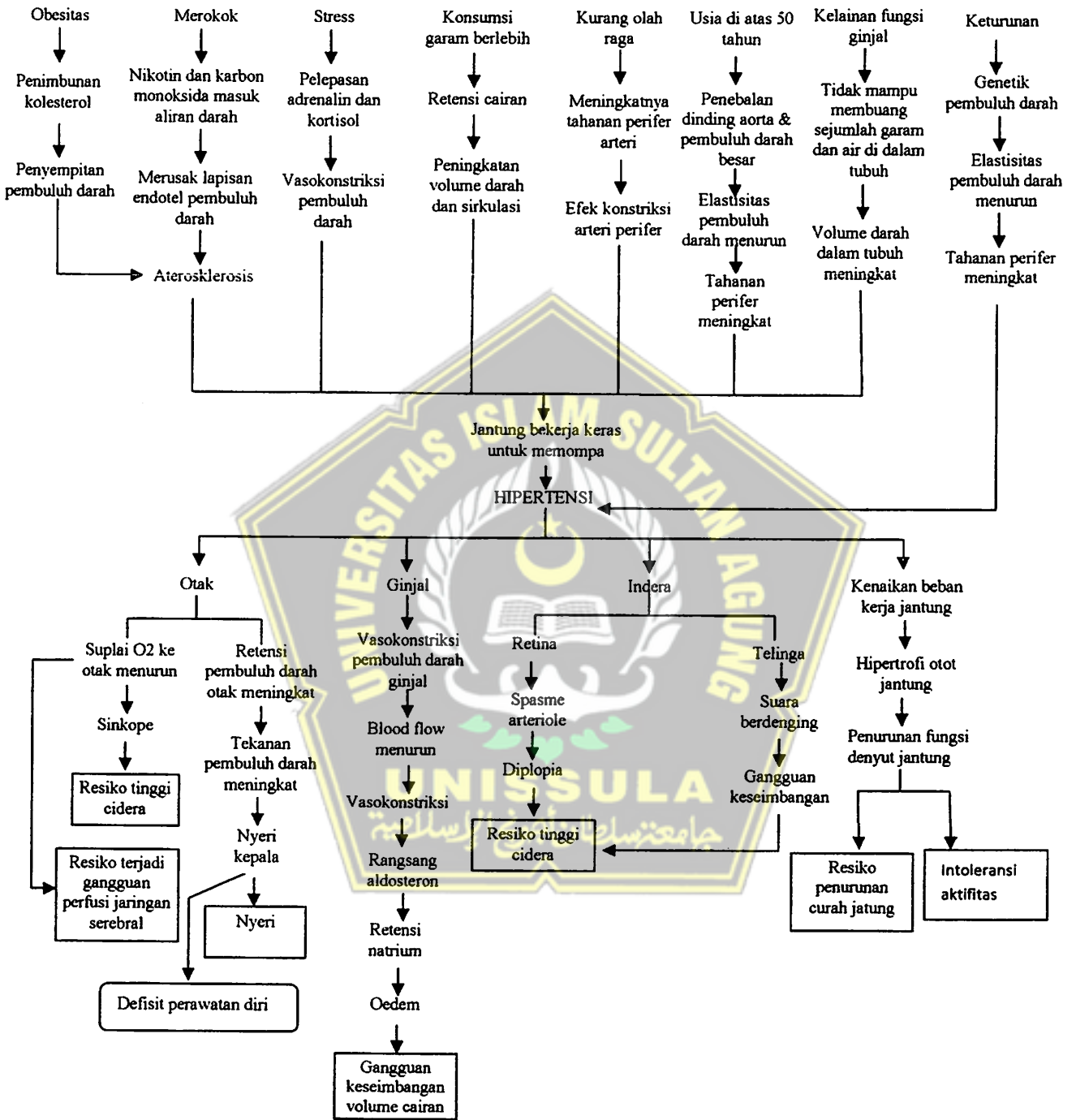
b. Terapi komplikasi

Pada terapi maligna/keganasan

- 1) Parentral: klonidin, dioksozid, sodium nitropusid(dengan pengawasan)
- 2) Peroral: kaptopril, klonidin, minoksidil, nifedipin, sublingual

(Mubin, A, 2008).

8. Pathway



(Smeltzer & Bare, 2002; Soeparman, 2000).

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 (diplopia, 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, dkk, 2000).

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 bunyi 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 dekomposisi/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 O_2 .

- 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) 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 vakuler 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 inividu 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.

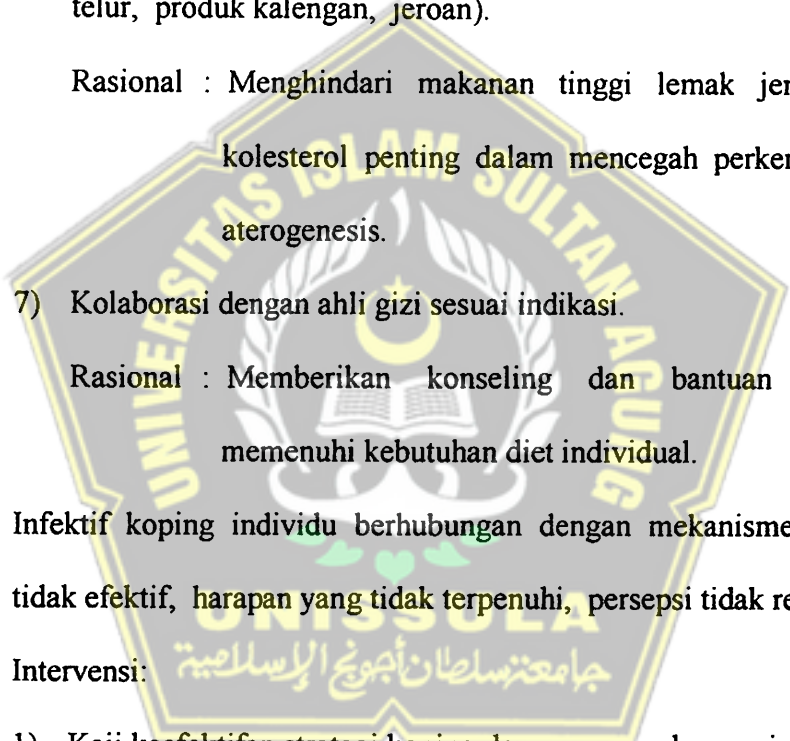
- 6) Intruksikan dan Bantu memilih makanan yang tepat, hindari makanan dengan kejenuhan lemak tinggi (mentega, keju, telur, es krim, daging dll) dan kolesterol (daging berlemak, kuning telur, produk kalengan, jeroan).

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

- 7) Kolaborasi dengan ahli gizi sesuai indikasi.

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

- e. Infektif koping individu berhubungan dengan mekanisme koping tidak efektif, harapan yang tidak terpenuhi, persepsi tidak realistis.

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 mengubah pola hidup seorang, mengatasi hipertensi kronik dan mengintegrasikan terapi yang diharuskan kedalam kehidupan sehari-hari.

- 2) Catat laporan gangguan tidur, peningkatan kelelahan, kerusakan konsentrasi, peka rangsangan, penurunan toleransi sakit kepala, ketidakmampuan 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

(Doengoes, 2000).

BAB III

HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

Bab ini menyajikan resume dari asuhan keperawatan yang dilakukan penulis selama 2 hari, yaitu tanggal 31 Agustus 2010 – 1 september 2010 di ruang Mawar RSUD Ungaran, yang berisi antara lain:

A. Pengkajian

1. Identitas klien

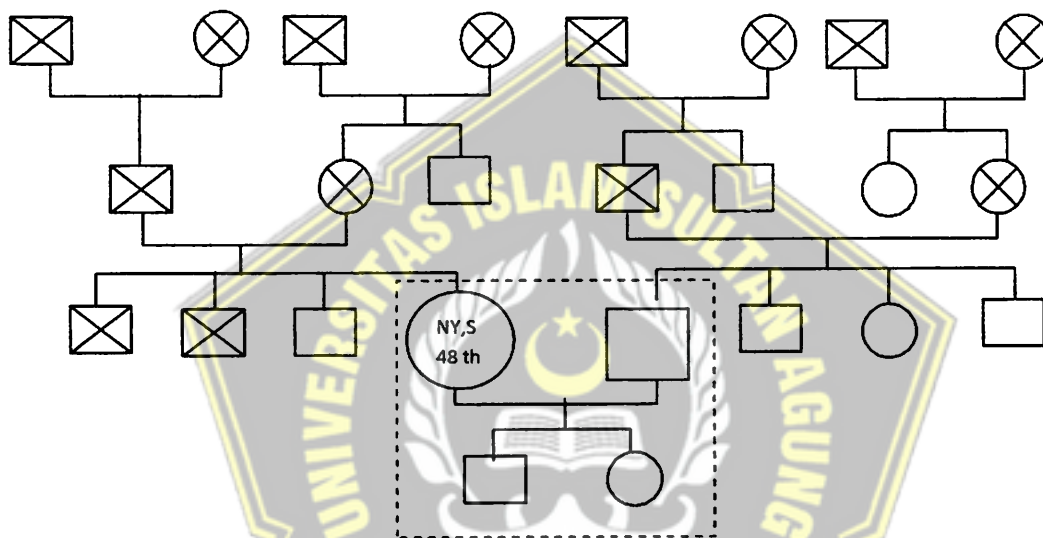
Klien berinisial Ny.S, anak ke empat dari empat bersaudara, tempat / tanggal lahir 16 Maret 1951, usia 58 tahun, pendidikan SMP, klien bertempat tinggal di Bugungan Candirejo Ungaran Barat, agama Islam, tanggal masuk 28 Agustus 2010, No.CM: 50.62.87, yang bertanggung jawab adalah suami yang bernama Tn.D, usia 62 tahun, pekerjaan wiraswasta, pendidikan SMA, beragama Islam, alamat di bungungan Candirejo Ungaran, suku/bangsa: Jawa/ Indonesia.

2. Riwayat Keperawatan

Klien masuk RSUD Ungaran dengan keluhan utama nyeri kepala. Nyeri kepala karena tekanan darah tinggi, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri terasa di kepala melanjat ke punggung, dengan skala nyeri 6 (sedang), dan nyeri muncul terasa saat darah tinggi. Riwayat penyakit sekarang adalah keluhan muncul pada hari minggu tanggal 28 agustus 2010, jam 21.00 tiba-tiba kepala terasa nyeri berat, punggung sakit, nafas terasa sesak. Akhirnya atas kesepakatan keluarga, klien di bawa ke RSUD

Ungaran tanggal 28 Agustus 2010 dan tiba di UGD pukul 21.59 WIB, dan dokter mendiagnosa Hipertensi. Riwayat masa lampau, klien mengatakan mempunyai tekanan darah tinggi, klien hanya dirawat di rumah namun saat pusingnya kambuh klien dibantu keluarga mendatangi mantri desa setempat. klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi.

Genogram



Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ┌──┐ : Hubungan suami istri
- ┌──┐ : Hubungan saudara
- ⊗ : Meninggal
- Ny.s
58 : Klien
- : Tinggal dalam satu rumah

3. Pola Pengkajian Fungsional

Pola Pengkajian fungsional menurut Gordon, yaitu: Pola Persepsi Kesehatan/penanganan kesehatan: klien tampak mengerti pentingnya kesehatan. Klien mengatakan saat pertama kali sakit, klien langsung di bawa ke Rumah Sakit oleh keluarganya dan menjalani operasi. Klien mengatakan tidak pernah minum obat tanpa resep dokter dan sebelum dibawa ke Rumah Sakit klien selalu datang ke mantri bila obat habis dan bila timbul keluhan lagi.

Pola nutrisi: sebelum sakit klien mengatakan makan 3x sehari dengan komposisi nasi, sayur, lauk pauk, terkadang juga buah. Selama sakit klien mengatakan makan $\frac{1}{2}$ porsi dari yang disediakan oleh Rumah Sakit. Tidak ada masalah dengan makan, dan menelan. Klien menyukai semua masakan. BB sebelum sakit 60. Klien Minum air putih 7-8 gelas/hari. Selama sakit klien mengatakan Minum air putih 6-7 gelas/hari, BB saat ini 60, klien tidak mual muntah.

Pola eliminasi: sebelum sakit klien mengatakan BAB lancar 1x sehari. Konsistensi lembek, kuning, bau khas, dan BAK teratur 4-5x/hari, warna kuning, jernih, bau khas. Selama sakit, klien mengatakan 4 hari belum BAB sejak datang ke rumah sakit tanggal 28 Agustus 2010, sudah 4 hari klien belum BAB, perutnya terasa penuh. Untuk BAK lancar 4-5x/hari, warna kuning jernih, bau khas. Tetapi selama di Rumah Sakit klien menggunakan popok. Dalam 1 hari klien diganti popok 2x oleh keluarga.

Pola aktifitas / latihan selama sakit: klien mengatakan, sejak klien sakit klien tidak mampu beraktivitas sendiri, klien hanya bisa tidur dan duduk. bila bangun dan berjalan klien di bantu oleh keluarga. klien mengatakan tidak mampu ke kamar mandi sendiri dan klien juga mengatakan belum mandi sejak dirawat di rumahsakit. Sebelum sakit aktifitas sehari-sehari sebagai ibu rumah tangga yaitu mengurus rumah dan memasak. Klien mampu beraktivitas secara mandiri seperti mandi, makan, toileting, berpakaian, dsb.

Pola tidur/istirahat: klien mengatakan saat dirumah tidur jam 22.00 WIB dan bangun pukul 04.00 WIB, namun saat dirawat di Rumah sakit klien mengatakan tidur tidak nyeyak, sering terbangun, klien tidur malam jam 00.00 WIB dan terbangun pukul 03.00 WIB.

Pola kognitif/ perseptual: respon umum baik, klien mengatakan sebelum dan saat di rawat pendengaran, penglihatan normal, klien bisa melihat tanpa harus memakai kaca mata dan masih bisa mendengar dengan jelas tanpa memakai alat pendengaran.klien mampu mengidentifikasi kebutuhan seperti lapar,haus. Klien dapat menilai skala nyeri sakitnya yaitu 6 (sedang) dan klien mengatakan nyeri terasa saat tekanan darah tinggi. vokal suara klien pelan dan pelo. Keputusan dibuat bersama keluarga.

4. Pemeriksaan Fisik

Pada pengkajian yang dilakukan pada tanggal 31 agustus 2010 didapatkan data pemeriksaan fisik untuk klien dengan keadaan umum

baik. Tingkat kesadaran *compos mentis*, tanda-tanda vital; tekanan darah: 180/100 mmHg, nadi 84x/menit, RR 24x/menit, suhu 36°C, TB = 159 cm dan BB = 60cm. pada pemeriksaan kepala didapatkan bentuk kepala mesocephal, terdapat benjolan dibawah telinga kiri muncul kurang lebih 16 tahun yang lalu dan tidak terasa sakit, rambut bersih, warna hitam dan putih. Pada mata bentuk sipit, simetris, konjungtiva tidak anemis, fungsi penglihatan normal. Pada hidung tampak bersih, bentuk simetris, tidak ada secret, tidak terpasang O₂. Pada mulut, klien tampak bicara pelo, gigi agak bersih, tidak ada kesulitan menelan. Pada telinga bentuk simetris, tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

Pada pemeriksaan jantung, di dapatkan inspeksi: *ictus cordis* tidak tampak, tidak terdapat JVP, 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 menggunakan otot bantu pernafasan tambahan, tidak ada retraksi intercostalis. palpasi: tidak ada nyeri tekan, perkusi: sonor; auskultasi: tidak ada ronchi, suara paru vesikuler. Pada pemeriksaan abdomen, di dapatkan data inspeksi: perut nampak buncit, tidak terdapat lesi. auskultasi: peristaltik usus 6x/menit, palpasi: tidak ada nyeri tekan, teraba massa pada perut sebelah kiri (sebah), perkusi: peka.

Ekstremitas atas terpasang selang infuse dengan RL 20 tetes permenit pada tangan kiri, bisa digerakkan dengan normal. Ekstemitas bawah normal, tidak ada gangguan. Pada kulit, warna coklat, tampak bersisik dan kering, kembali sebelum 2 detik, tidak ada lesi.

5. Pemeriksaan Penunjang

Pada tanggal 29 Agustus 2010 dilakukan pemeriksaan laboratorium yaitu; GDS: 297 normalnya 80-180.

Pada tanggal 30 Agustus 2010 dilakukan pemeriksaan radiologi yaitu; Vekal material banyak, gambaran meteorismus, tak tampak gambaran ileus.

6. Therapi

Klien mendapatkan terapi pada tanggal 28 Agustus 2010, secara parenteral yaitu: infus RL 20 tetes permenit, Ranitidin 1/12 jam secara IV, Lasix 1/12 jam secara IV, Dan secara peroral yaitu captopril 3x25 mg, ISDN 5 mg, lactor 30 mg. Pada tanggal 31 Agustus 2010 dan 1 September 2010, klien mendapat terapi parentral yaitu: infus RL 20 tetes permenit, Ranitidin 2x1 amp, Cipro 2x1 amp. Dan secara peroral yaitu ISDN 2x1 tablet (5 mg), Gludepatik 2x1 tablet, Aspilet 2x1 tablet (80 mg), Frisium 2x1 tablet (10 mg), Stimulil 2x1 tablet, Cinula 2x1 tablet, Lactolac 2x1 syrup, captopril 1x25 mg.

B. Analisa Data

Hasil pengkajian pada tanggal 31 Agustus 2010 di dapatkan data sebagai berikut: Pertama, data subjektif klien mengatakan kepala pusing terasa berat, P: diketahui tekanan darah yang tinggi, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: nyeri terasa di kepala dan menjalar ke punggung, S: skala nyeri 6, T: nyeri timbul saat tekanan darah tinggi. Data Objektif klien tampak menahan rasa nyeri, tanda-tanda vital; tekanan darah: 180/100 mmHg, nadi

84x/menit, RR 24x/menit, suhu 36,°C, maka terdapat masalah nyeri : nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.

Kedua, data subjektif klien mengatakan belum BAB 4 hari, perutnya terasa penuh. Data objektifnya I: perut klien tampak buncit, A: peristaltik usus 6x/menit, P: pekak, P: terasa masa di kuadran kiri bawah. maka terdapat masalah konstipasi dengan penurunan peristaltik usus sekunder akibat imobilitas.

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

Diagnosa pertama nyeri : Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral, ditandai dengan data subjektif klien mengatakan kepala pusing terasa berat, P: diketahui tekanan darah yang tinggi, Q: sakit seperti di tusuk-tusuk, R: nyeri terasa dikepala dan menjalar ke punggung, S: skala nyeri 6, T: nyeri timbul saat tekanan darah tinggi. Data Objektif: klien tampak menahan rasa nyeri, tanda-tanda vital; tekanan darah: 180/100 mmHg, nadi 84x/menit, RR 24x/menit, suhu 36°C. Untuk intervensi pada hari selasa tanggal 31 Agustus 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, kolaborasi untuk pemberian obat analgetik dan anti hipertensi. Implementasi yang telah dilakukan penulis pada hari pertama, hari selasa

tanggal 31 Agustus 2010 untuk diagnosa pertama adalah jam 06.00 WIB mengkaji skala nyeri, respon subjektif klien mengatakan kepala dan punggungnya terasa nyeri, respon objektifnya tampak klien meringis merasa sakit, skala nyeri 6. Jam 06.05 WIB memonitor TTV, respon subjektif klien mengatakan bersedia diperiksa, respon objektifnya TD: 180/100 mmHg, nadi: 84x/menit, Suhu: 36°C, RR: 24x/menit. Jam 06.13 WIB mengajarkan teknik distraksi relaksasi, respon subjektif klien mengatakan bersedia mengikuti, respon objektif klien tampak paham. Jam 07.00 WIB memberikan obat oral (Captropil 3 x 25 mg), ISDN 2x1 tablet (5 mg), Gludepatik 2x1 tablet, Aspilet 2x1 tablet (80 mg), Frisium 2x1 tablet (10 mg), Stimulil 2x1 tablet, Cinula 2x1 tablet. respon subjektif klien mengatakan bersedia meminum obat, respon objektifnya klien tampak meminum obat. Pada hari kedua, tanggal 1 September 2010 untuk diagnosa pertama pada pukul 06.00 WIB menilai perubahan skala nyeri, respon subjektif klien mengatakan nyeri agak berkurang, respon objektif skala nyeri 2, dan memonitor TTV, respon subjektif klien mengatakan bersedia diperiksa, respon objektif TD: 170/90 mmHg, nadi: 84x/menit, suhu: 36°C, RR: 23x/menit. Pada jam 07.00 memberikan obat oral (Captropil 3 x 25 mg), ISDN 2x1 tablet (5 mg), Gludepatik 2x1 tablet, Aspilet 2x1 tablet (80 mg), Frisium 2x1 tablet (10 mg), Stimulil 2x1 tablet, Cinula 2x1 tablet, respon subjektif klien mengatakan akan minum obat, respon objektif: obat diminum.

Evaluasi yang dilakukan penulis pada diagnosa pertama hari Selasa 31 Agustus 2010, jam 08.00 WIB adalah sebagai berikut: data subjektif klien mengatakan nyeri kepala dan punggungnya sudah berkurang, skala nyeri 3

dari skala 6, data objektif klien tampak lebih tenang. Penulis menyimpulkan masalah teratasi sebagian, sehingga menetapkan rencana tindak lanjut untuk melanjutkan intervensi: kaji skala nyeri, monitor TTV, kolaborasi dengan tim medis dalam memberikan terapi obat : (Captropil 3 x 25 mg), ISDN 2x1 tablet (5 mg), Gludepatik 2x1 tablet, Aspilet 2x1 tablet (80 mg), Frisium 2x1 tablet (10 mg), Stimulil 2x1 tablet, Cinula 2x1 tablet, Evaluasi kedua pada hari Rabu tanggal 1 September 2010, untuk diagnosa pertama pada jam 08.10 WIB adalah sebagai berikut: data subjektif klien mengatakan nyeri kepala dan punggungnya berkurang, skala nyeri 2 dari skala 6, data objektif klien tampak lebih tenang, TTV: TD: 170/90 mmHg, nadi: 84x/menit, suhu 36°C, RR: 23x/menit. Penulis menyimpulkan masalah teratasi sebagian 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 penuh. Data objektifnya I: perut klien tampak buncit, A: peristaltik usus 6x/menit, P: peka, P: terasa masa di kuadran kiri bawah. Untuk intervensi Diagnosa kedua konstipasi berhubungan dengan penurunan peristaltik usus sekunder akibat imobilitas, pada hari Selasa tanggal 31 Agustus 2010 telah ditetapkan tujuan: konstipasi teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam dengan kriteria hasil, data subjektif: klien mengatakan sudah bisa BAB, perut sudah tidak terasa penuh, data objektif I: perut membuncit berkurang, A:

peristaltik usus 5-35x/menit, P: tidak teraba massa diperut kiri, P: suara perut tympani. Dengan intervensi kaji pola BAB klien, kaji faktor penyebab, ajarkan pentingnya diit seimbang dan tinggi serat, anjurkan banyak minum air putih, motivasi klien melakukan mobilitas secara bertahap, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi, anjurkan memasase abdomen kiri bawah dengan perlahan ketika di toilet. Implementasi untuk diagnosa kedua adalah jam 06.15 WIB mengkaji pola BAB klien, respon subjektif klien mengatakan BAB sebelum di rawat di Rumah Sakit, respon objektifnya klien tampak kooperatif. Jam 06.20 WIB mengkaji faktor penyebab, respon subjektif klien mengatakan hanya tiduran dan duduk saat di rumah sakit, respon objektifnya klien tampak kooperatif. Jam 06.25 mengajarkan klien akan pentingnya diit seimbang dan makan tinggi serat, respon subjektif klien mengatakan mengerti, respon objektifnya klien tampak paham. Jam 06.30 WIB menganjurkan banyak minum air putih, respon subjektif klien mengatakan akan banyak minum air putih, respon objektif klien minum air putih. Pada jam 06.35 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 07.00 WIB memberikan obat peroral (lactolac), respon subjektif klien mengatakan bersedia meminum obat, respon objektif klien tampak meminum obat melalui mulut. Jam 07.05 menganjurkan klien memasase abdomen kiri bagian bawah dengan perlahan ketika ditoleit, respon subjektif klien mengatakan bisa, respon objektif klien mencoba mempraktekan.

Implementasi hari kedua untuk diagnosa kedua pada pukul 11.30 WIB mengajurkan 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 dan bersedia makan buah. 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 08.05 WIB adalah sebagai berikut: data subjektif klien mengatakan mules, ingin BAB, klien mengatakan perut masih penuh, BAB keras, data objektif: tampak klien ke toilet, tampak keluar feses sedikit tapi keras, nampak masih buncit, bising usus 8x/menit, suara perut peka, saat palpasi masih teraba massa di perut kiri, kesimpulannya masalah teratasi sebagian, sehingga penulis menetapkan rencana tindak lanjut untuk menganjurkan klien untuk banyak minum air putih dan makan tinggi serat, motivasi klien agar mobilisasi secara bertahap. Evaluasi pada hari kedua untuk diagnosa kedua pada jam 08.15 WIB didapatkan data subjektif klien mengatakan sudah BAB, BAB keras, perut sudah tidak terasa penuh lagi, data objektif: tidak teraba massa pada perut bagian kiri bawah, peristaltik usus 8x/menit. Berdasarkan data di atas maka penulis menyimpulkan bahwa masalah teratasi sehingga penulis 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. S dengan hipertensi di ruang Mawar RSUD Ungaran. Asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Pengkajian keperawatan merupakan proses awal asuhan keperawatan yang dilakukan untuk mengumpulkan data, pengkajian dilakukan dengan cara autoanamnesa, alloanamnesa dan pemeriksaan fisik.

Penulis belum mengkaji lebih rinci terkait dengan status riwayat kesehatan keluarga.

Pengkajian pemeriksaan fisik abdomen pada inspeksi seharusnya tampak distensi abdomen, tidak ada lesi. Jadi yang penulis tulis dalam Asuhan Keperawatan kurang tepat.

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

1. Nyeri (akut) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.
2. Konstipasi berhubungan dengan penurunan peristaltik usus sekunder akibat imobilitas.

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

1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.

Nyeri akut adalah Keadaan dimana individu mengalami dan melaporkan adanya rasa ketidaknyamanan yang hebat atau sensasi yang tidak menyenangkan selama 6 bulan atau kurang (Carpenito, 2007).

Batasan karakteristik mayor menurut (Carpenito, 2007) adalah Pengungkapan tentang deskriptor nyeri. Batasan karakteristik minor adalah mengatupkan rahang atau mengepalkan tangan, perubahan kemampuan untuk melanjutkan aktivitas sebelumnya, agitasi, ansietas, peka rahang, menggosok bagian yang nyeri, mengorok, postur tidak biasanya (lutut ke abdomen), ketidakaktifan fisik atau imobilitas, gangguan konsentrasi, perubahan pada pola tidur, rasa takut mengalami cedera ulang, mata terbuka lebar atau sangat terbuka tajam, gambaran kurus, mual dan muntah.

Diagnosa keperawatan tersebut diatas kurang tepat sesuai dengan Carpenito (2007) label diagnosa yang tepat adalah nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral, bukan nyeri akut : gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.

Diagnosa keperawatan nyeri akut: 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 menjalar ke punggung, S: skala nyeri 6, T: nyeri timbul saat darah tinggi. Di dapatkan pula data klien tampak menahan rasa nyeri, tanda-tanda vital; tekanan darah: 180/100 mmHg, nadi 84x/menit, RR 24x/menit, suhu

36°C. Ini sesuai dengan batasan karakteristik menurut Carpenito yaitu klien mengungkapkan adanya rasa nyeri pada kepala menjalar ke punggung dan dirasakan tidak lebih dari 6 bulan, serta klien tampak menahan rasa nyeri.

Diagnosa keperawatan nyeri akut : berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral penulis tegakkan menjadi prioritas pertama karena menurut Hierarki Maslow menghindari 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 diastolik 90-115; ajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan rasional: dapat

menurunkan rangsangan yang menimbulkan stress, membuat efek tenang sehingga akan menurunkan tekanan darah; kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian obat 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.

Evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari maka pada tanggal 1 September 2010 didapatkan hasil evaluasi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral menunjukkan masalah teratasi sebagian karena keadaan klien belum sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan, klien mengatakan nyeri kepala dan punggungnya berkurang, skala nyeri 2 dari skala 6, klien tampak lebih tenang, TTV: TD: 170/90 mmHg, nadi: 84x/menit, suhu 36⁰C, RR: 23x/menit.

2. Konstipasi berhubungan dengan penurunan peristaltik usus sekunder akibat imobilitas.

Konstipasi adalah keadaan ketika individu mengalami statis usus besar, yang mengakibatkan eliminasi yang jarang (dua kali atau kurang dalam seminggu) dan/atau feses keras, kering.

Menurut (Carpenito, 2007) batasan karakteristik mayor adalah feses keras dan/ atau defekasi kurang dari tiga kali seminggu, defekasi lama dan sulit.

Batasan karakteristik minor adalah penurunan bising usus, mengeluh rektal terasa penuh, mengeluh ada tekanan pada rektum, mencejan dan nyeri pada saat defekasi, impaksi yang dapat diraba, pengosongan terasa tidak adekuat (Carpenito, 2007).

Etiologi pada diagnosa konstipasi yang ditetapkan penulis sudah tepat, karena data yang ditemukan yaitu peristaltik usus 6x/menit mendukung adanya penurunan karena masih dalam batas normal (5 – 35x/menit).

Diagnosa keperawatan konstipasi berhubungan dengan penurunan peristaltik usus 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 6x/menit.

Berdasarkan Hierarki Maslow, penulis memprioritaskan diagnosa konstipasi berhubungan dengan penurunan peristaltik usus 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 penurunan peristaltik usus adalah agar konstipasi teratasi. Intervensi keperawatan yaitu: kaji pola BAB klien dengan rasional untuk mengetahui konsistensi feses dan mengkaji kemampuan BAB klien sebelum sakit. Kaji faktor penyebab dengan rasional: untuk mengetahui penyebab konstipasi. Anjurkan klien makan banyak sayur dan minum banyak air putih dengan

rasional : menstimulasi peristaltik, 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. kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi (Carpenito, 2007).

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 didapatkan hasil evaluasi dari diagnosa konstipasi berhubungan dengan penurunan peristaltik usus menunjukkan masalah teratasi karena evaluasi keadaan klien sudah sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan, yaitu klien mengatakan mules, ingin BAB, klien mengatakan perut sudah tidak terasa penuh, BAB keras, dan peristaltik usus 8x/menit. Pada pemeriksaan auskultasi peristaltik usus terukur nilai 8x/menit, sedangkan nilai normal peristaltik usus menurut Patricia (2005) 5-35x/menit dan disimpulkan oleh penulis bahwa kondisi tersebut adalah sudah normal.

Adapun diagnosa keperawatan yang seharusnya penulis cantumkan tetapi tidak penulis cantumkan karena keterbatasan waktu penulis dalam melakukan pengkajian yaitu:

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan peningkatan tekanan intracranial.

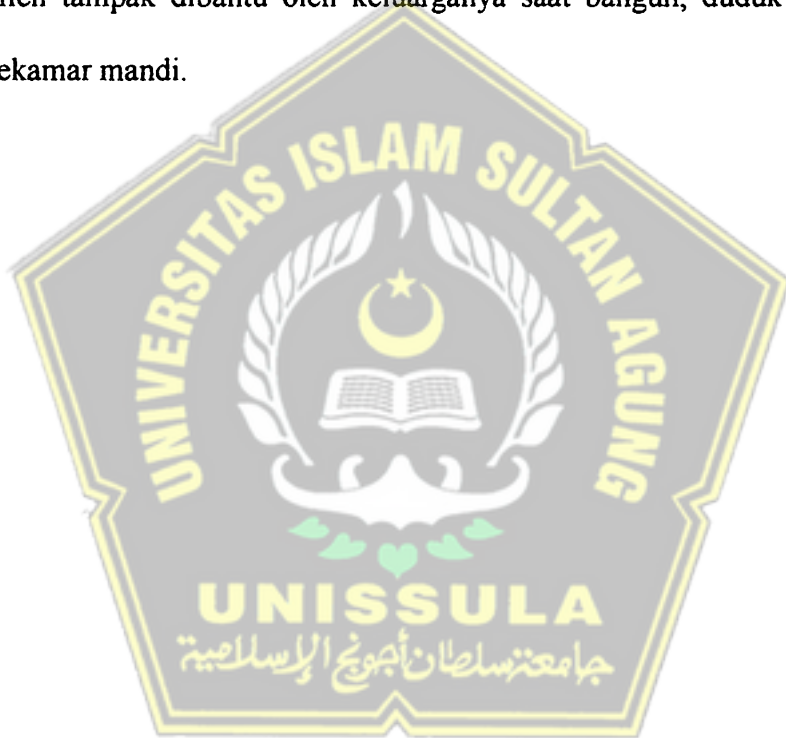
Ds : klien mengatakan pusing, klien mengatakan tidak mampu untuk beraktivitas

Do : klien tampak dibantu keluarga ketika berjalan.

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

Ds : klien mengatakan belum mandi sejak dirawat di Rumah Sakit, klien tidak mampu untuk ke kamar mandi sendiri.

Do : klien tampak dibantu oleh keluarganya saat bangun, duduk dan saat ke kamar mandi.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Kesimpulan dari asuhan keperawatan pada Ny. S dengan hipertensi, dengan hasil:

1. Berdasarkan pengkajian Asuhan Keperawatan pada Ny. S dapat ditarik kesimpulan bahwa Ny. S mengalami hipertensi karena faktor penyakit yaitu Diabetes Melitus (DM)
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. S dengan hipertensi adalah Nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan konstipasi berhubungan dengan penurunan peristaltik usus sekunder akibat imobilitas. Adapun diagnose keperawatan yang muncul pada Ny. S tetapi tidak penulis angkat antara lain: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan peningkatan tekanan intracranial, Defisit perawatan diri, mandi/higiene berhubungan dengan kelemahan fisik.
3. Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi nyeri akut adalah kaji skala nyeri, monitor TTV, ajarkan tehnik distraksi dan relaksasi, kolaborasi untuk pemberian obat analgetik dan anti hipertensi. Untuk mengatasi konstipasi antara lain kaji pola BAB klien, mengkaji faktor penyebab, mengajarkan klien akan pentingnya diet seimbang dan makan tinggi serat, menganjurkan banyak minum air putih, memotivasi klien agar melakukan mobilisasi sesuai kemampuan secara bertahap, memberikan obat peroral, menganjurkan klien

memasase abdomen kiri bagian bawah dengan perlahan ketika di toilet. Sesuai dengan tujuan yang pertama yaitu mengurangi gangguan rasa nyaman nyeri, ke dua konstipasi dengan tujuan melancarkan BAB.

4. Implementasi yang dilakukan oleh penulis untuk mengatasi masalah yang muncul pada Ny. S sudah sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan karena klien kooperatif, klien paham, klien mau mengikuti instruksi perawat, dan keluarga klien juga kooperatif.
5. Evaluasi akhir dari diagnosa pertama nyeri akut diperoleh hasil yaitu masalah teratasi sebagian, sedangkan untuk diagnosa kedua konstipasi di peroleh hasil yaitu masalah teratasi.

B. Saran

1. Instansi rumah sakit

Hendaknya rumah sakit dapat meningkatkan pengetahuan perawat tentang hipertensi dan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

2. Institusi pendidikan

Hendaknya dapat digunakan untuk perbaikan kualitas dalam penyusunan asuhan keperawatan lainnya pada waktu yang akan datang.

3. Masyarakat

Hendaknya masyarakat menjaga pola makanannya (rendah garam), menjaga pola hidup sehat, mengontrol berat badan, memeriksakan tekanan darah, melakukan olah raga secara teratur, peredaan stress emosional, berhenti merokok dan minum alkohol.

4. Mahasiswa

Hendaknya mahasiswa dapat lebih memahami pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.

5. Manfaat bagi penulis

Hendaknya penulis menambah pengetahuan, pemahaman, dan pendalaman tentang perawatan pada pasien hipertensi dan dapat di gunakan sebagai acuan untuk mengembangkan asuhan keperawatan yang lainnya.



DAFTAR PUSTAKA

- Baughman, D. C & Hackley, J. C. (2000). *Keperawatan Medical Bedah* (alih bahasa: Yasmin Asih). Jakarta: EGC.
- Carpenito, L. J. (2007). *Diagnosis Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinis*. Edisi 10. Jakarta: EGC.
- Corwin, E. J. (2001). *Buku Saku Patofisiologi* (alih bahasa: Brahm U). Jakarta: EGC.
- Doenges, M. E. (2000). *Rencana Asuhan keperawatan: Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Gray, H. Huon. (2005). *Lecture Notes Kardiologi*. Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Hadibroto, I; Alam, S; Sustrani, L. (2004). *Hipertensi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Mansjoer, A. (2000). *Kapita selekta kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius FKUI.
- Mublin, A. (2008). *Buku Saku Penyakit Dalam*, Jakarta:EGC.
- Potter, Patricia A.(2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Edisi 4, volume 2*. Jakarta: EGC.
- Puspitorini, M. (2008). *Cara mudah mengatasi tekanan darah tinggi*. Jogjakarta: Image Press.
- Smeltzer, S. C & Bare, B. G. (2002). *Buku Ajar Medical Bedah* (alih bahasa: Agung Waluyo). Jakarta: EGC.
- Tierney, M. Lawrence, (2002). *Diagnosa dan Terapi Kedokteran*, Edisi Pertama. Jakarta: Salemba Medika.
- (Priyono, 2010, prevalansi Hipertensi, <http://www.kedaiobat.co.cc>, diunduh 6 Mei 2011)
- (Wiguno, Markum & Roemiati, 2006, Hipertensi pada diabetes mellitus, <http://www.kalbe.co.id>, diunduh tanggal 10 Juni 2011).