

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN
HIPERTENSI DI RUANG MAWAR
RSUD SUNAN KALIJAGA
DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Idha Yuliatin
NIM. 89.331.3977

**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 : Jum'at

Tanggal : 27 Mei 2011



Semarang, 27 Mei 2011

Pembimbing

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

NIK: 210996002

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Selasa tanggal 7 Juni 2011 dan telah diperbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 4 Juli 2011

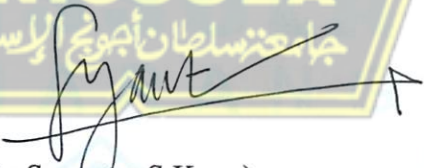
Tim Penguji

Penguji I


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

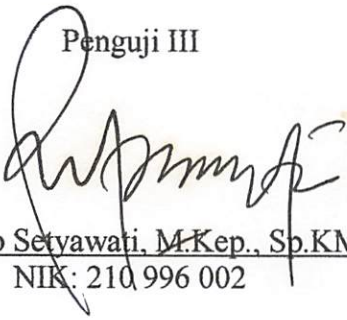
NIK: 210 902 011

Penguji II


(Ns. Suyanto, S.Kep.)

NIK: 210 909 018

Penguji III


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

NIK: 210 996 002

HALAMAN MOTTO

" Belajar, berdo'a, ikhtiar dan tawakkal adalah jalan menuju sukses "

" Do'a orang tua adalah kunci dari keberhasilan "

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

" Jadikanlah sabar dan sholat sebagai penolongmu. Dan sesungguhnya yang demikian itu sungguh berat, kecuali bagi orang-orang yang khusyu', (yaitu) orang-orang yang meyakini bahwa mereka akan menemui 'Tuhannya, dan bahwa mereka akan kembali kepada-Nya "

(Q.S. Al-Baqarah :45-46)

Karya Tulis Ilmiah ini ku persembahkan untuk

Bapak dan Ibuku tercinta

Dosen serta pembimbingku tercinta

Ferie dan Kakakku Ticka yang aku sayangi

Sahabat-sahabat yang mendukungku (Ullya, Memey, Titik, Hanis, Sim, Sharp)

'Teman-temanku seperjuangan

Almamaterku

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Puji tertinggi hanyalah untuk Illahi Rabbi, kepada-Nya semua makhluk bersujud, di tangan-Nyalah keputusan yang maha bijaksana. Dialah yang Maha Pengasih yang tak pernah pilih kasih, Dialah yang Maha Penyayang yang sayangnya tiada terbilang. Atas berkat rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN HIPERTENSI DI RUANG MAWAR RSUD SUNAN KALIJAGA DEMAK”.

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 Setyawati, SKM. selaku Ketua 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 Umum Daerah Sunan Kalijaga Demak, 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. Bapak, Ibu serta keluarga tercinta yang dengan segala kasih sayang dan pengorbanannya yang selalu memberikan do'a, dukungan baik material maupun moril kepada penulis dan selalu mengharapkan keberhasilan penulis.
7. Feri Durmanto dan Teman-temanku (Memey, Ulya, Nanis, Titik, Iin, Sika) mahasiswa DIII keperawatan Unissula, terima kasih atas dukungan dan semangatnya selama ini.
8. Semua pihak yang telah membantu baik lahir maupun batin yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari sebagai manusia yang mempunyai keterbatasan pengetahuan dan kekurangan, karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun. Penulis berharap semoga karya tulis ilmiah 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, 27 Mei 2011

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.....	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Manfaat Penulisan.....	4
BAB II KONSEP DASAR.....	6
A. KONSEP DASAR PENYAKIT.....	6
1. Pengertian.....	6
2. Klasifikasi	7
3. Etiologi.....	8
4. Patofisiologi	9
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
C. PATHWAYS.....	31
BAB III HASIL ASUHAN KEPERAWATAN	32
A. Pengkajian	32
B. Analisa Data	39
C. Diagnosa Keperawatan, Intervensi Keperawatan, Implementasi dan Evaluasi.....	40
BAB IV PEMBAHASAN	48
A. Pengkajian	48
B. Diagnosa Keperawatan, Intervensi Keperawatan, Implementasi dan Evaluasi	49
BAB V PENUTUP	59
A. Kesimpulan.....	59
B. Saran.....	61

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi Hasil WHO-ISA (World Health Organization International Society of Hypertension)	7
--	---



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Kesiadaan Membimbing

Lampiran 2. Lembar Surat Keterangan Konsultasi

Lampiran 3. Lembar Konsultasi KTI

Lampiran 4. Asuhan Keperawatan Asli



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah sebuah kondisi medis seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal. Akibatnya, volume darah meningkat dan saluran darah menyempit. Oleh karena itu, jantung harus memompa lebih keras untuk menyuplai oksigen dan nutrisi ke setiap sel di dalam tubuh (Puspitorini, 2008).

Di negara industri, hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan utama. Di Indonesia, hipertensi juga 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. Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibagi menjadi 2 golongan yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya atau idiopatik dan hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang disebabkan oleh penyakit lain. Di Indonesia saat ini belum terdapat penyelidikan yang bersifat nasional, multisenter, yang dapat menggambarkan prevalensi hipertensi secara tepat. Banyak penyelidikan dilakukan secara terpisah dengan metodologi yang belum baku. Pada penyelidikan yang dilakukan di masyarakat Semarang mendapatkan prevalensi hipertensi 9,3 % (Tjokronegoro, 2001).

Hipertensi termasuk penyakit dengan angka kejadian (prevalensi) yang cukup tinggi, dan dikaitkan dengan kematian dari hampir 14 ribu pria di

Amerika setiap tahunnya. Tanpa pengobatan, hipertensi ikut berperan dalam kematian ribuan orang lain karena penyakit ikutannya yang lebih berbahaya, seperti stroke, serangan jantung, gagal jantung, dan gagal ginjal terminal (Hadibroto, Sustrani & Alam, 2004).

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 ginjal. Di Amerika diperkirakan sekitar 64 juta lebih penduduknya yang berusia antara 18 sampai 75 tahun menderita hipertensi. Separoh dari jumlah tersebut pada awalnya tidak menyadari bahwa dirinya sedang diincar oleh pembawa maut yang bernama hipertensi (Hadibroto, Sustrani & Alam, 2004).

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 (Adib, 2009).

Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko paling berpengaruh sebagai penyebab penyakit jantung (kardiovaskular). Karena itu, tidak heran

jika penderita penyakit jantung kini mencapai lebih dari 800 juta orang di seluruh dunia (Adib, 2009).

Pada umumnya, pria memiliki kemungkinan lebih besar untuk terserang hipertensi daripada wanita. Hipertensi berdasarkan gender ini dapat pula dipengaruhi oleh faktor psikologi. 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, seperti perasaan kurang nyaman terhadap pekerjaan dan menganggur.

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. Perawat harus mempunyai kemampuan untuk memberikan edukasi tentang penyakit hipertensi dan perawat mampu memberikan pendidikan kesehatan kepada penderita hipertensi untuk bisa menjaga pola makannya, mengurangi konsumsi garam, mengurangi tingkat stress, tidur nyenyak dan obesitas serta memberitahukan makanan yang bisa menurunkan tekanan darah seperti asupan rendah lemak, tinggi serat, banyak buah-buahan dan sayuran. Sebisa mungkin penderita dapat melakukan upaya promotif dan preventif serta meminimalkan risiko komplikasi hipertensi.

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 pengertian dan penyebab hipertensi.
- b. Menjelaskan dalam proses pengkajian pada klien hipertensi (Ny.M) dan mengidentifikasi, pengumpulan dan mengelompokkan data yang diperoleh.
- c. Menjelaskan tentang rumusan diagnosa masalah dan kebutuhan Ny.M.
- d. Menjelaskan rencana tindakan asuhan keperawatan dan implementasi pada Ny.M.
- e. Menjelaskan secara spesifik evaluasi terhadap rencana dan tindakan keperawatan yang dilakukan pada Ny. M.

C. Manfaat Penulisan

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi :

1. Bagi institusi pendidikan

- a. Dapat dijadikan tolok 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.

2. Lahan Praktik

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

3. Masyarakat

Untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam melakukan penatalaksanaan penyakit hipertensi.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Hipertensi adalah jika tekanan darah atasnya (sistolik) sama atau lebih dari 140 mmHg, dan/atau tekanan darah bawahnya (diastolik) sama atau lebih dari 90 mmHg (Nadesul, 2002).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah sebuah kondisi medis saat seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal (Puspitorini, 2008).

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

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).

Dari definisi diatas penulis dapat menyimpulkan bahwa hipertensi adalah sebuah kondisi medis saat seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal, yaitu tekanan sistole sama atau lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastole sama atau lebih dari 90 mmHg serta terjadi gangguan pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi, yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya, kondisi tersebut mengakibatkan peningkatan angka mordibitas dan mortalitas.

2. Klasifikasi

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

	Sistolik (mm Hg)	Diastole (mm Hg)
Tekanan darah optimal	< 120	<80
Tekanan darah normal	120 – 129	80 – 84
Tekanan darah normal tinggi	130 – 139	85 – 89
Hipertensi ringan	140 – 159	90 – 99
Hipertensi sedang	160 – 179	100 – 109
Hipertensi berat	> 180	> 110

Sumber: WHO-ISA (World Health Organization International Society of Hypertension) (1999, dalam Tapan, 2004).

3. Etiologi

a. Hipertensi esensial atau hipertensi primer

Sebanyak 90-95 persen kasus hipertensi yang terjadi tidak diketahui dengan pasti apa penyebabnya. Para pakar menunjuk stres sebagai tertuduh utama, setelah itu banyak faktor lain yang mempengaruhi, dan para pakar juga menemukan hubungan antara riwayat keluarga penderita hipertensi (genetik) dengan risiko 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).

Hipertensi esensial biasanya dimulai sebagai proses labil (*intermiten*) pada individu pada akhir 30-an dan awal 50-an dan secara bertahap “menetap”. Pada suatu ketika hipertensi timbul mendadak dan parah serta terjadi proses “maligna” yang menyebabkan penyimpangan kondisi dengan cepat. Banyak orang yang tidak menyadari dirinya menderita hipertensi hingga tiba-tiba menderita stroke atau serangan jantung.

b. Hipertensi renal atau hipertensi sekunder

Pada 5-10 persen kasus sisanya, penyebab spesifiknya sudah diketahui, gangguan hormonal, penyakit jantung, diabetes, ginjal, penyakit pembuluh darah, atau berhubungan dengan kehamilan.

Kasus yang jarang terjadi adalah karena tumor kelenjar adrenal (Smeltzer, 2002; Baughman, 2000; Tapan, 2004; Hadibroto, Sustrani & Alam, 2004).

4. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi 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. 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 (Smeltzer & Bare, 2002).

Stroke dan serangan iskemik transien lebih sering ditemukan pada penderita hipertensi. Selama stroke, tekanan darah dapat meningkat secara akut dan perlu kehati-hatian untuk menurunkannya terlalu cepat atau mendadak. Resistensi vaskuler serebral akan meningkat karena efek hipertensi jangka panjang, juga kemungkinan efek akut edema serebral, dan reduksi berlebihan tekanan perfusi arteri serebral dapat meningkatkan iskemia serebral. 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 (John, 2003).

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis dari hipertensi antara lain adalah sakit kepala, mudah lelah, mual, muntah, sulit bernafas setelah bekerja keras atau mengangkat beban berat, nafas pendek atau terengah-engah, gelisah, penglihatan kabur, mata berkunang-kunang, mudah marah, telinga berdenging, 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 memerah, jantung berdebar-debar, impotensi, wajah memerah, hidung berdarah, sering buang air kecil terutama di malam hari (Hadibroto, Sustrani & Alam, 2004; Puspitorini, 2008).

6. Pemeriksaan Diagnostik

- a. BUN/Kreatinin : memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal.
- b. Hemoglobin/hematokrit: bukan diagnostik tetapi mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor-faktor risiko seperti hiperkoagulabilitas, anemia.
- c. Glukosa: Hiperglikemia (diabetes mellitus adalah pencetus hipertensi) dapat di akibatkan oleh peningkatan kadar katekolamin (meningkatkan hipertensi).

- d. Kalium Serum: Hipokalemia dapat mengindikasikan adanya aldosteron utama (penyebab) atau menjadi efek samping terapi diuretik.
- e. Kalsium serum: peningkatan kadar kalsium serum dapat meningkatkan hipertensi.
- f. Kolesterol dan trigeliserida serum: peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus untuk/adanya pembentukan plak aterosomata (efek kardiovaskuler).
- g. Pemeriksaan tiroid: Hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi.
- h. Kadar aldosteron urin/serum: untuk mengkaji aldosteronisme primer (penyebab).
- i. Urinalisasi: darah, protein, glukosa mengisyaratkan disfungsi ginjal dan/atau adanya diabetes.
- j. VMA urin (metabolit katekolamin): kenaikan dapat mengindikasikan adanya feokromositoma (penyebab); VMA urin 24 jam dapat dilakukan untuk pengkajian feokromositoma bila hipertensi hilang timbul.
- k. Asam urat: Hiperurisemia telah menjadi implikasi sebagai faktor resiko terjadinya hipertensi.
- l. Steroid urin: kenaikan dapat mengindikasikan hiperadrenalisme, feokromositoma atau disfungsi pituitari, sindrom cushing's, kadar renin dapat juga meningkat.

- m. IVP: Dapat mengidentifikasi penyebab hipertensi, seperti, penyakit parenkim ginjal, batu ginjal/ureter.
- n. Foto Dada: Dapat menunjukkan obstruksi kalsifikasi pada area katup; deposit pada dan/atau takik aorta; perbesaran jantung.
- o. CT scan: Mengkaji tumor serebral, CSV, ensefalopati, atau feokromositoma.
- p. EKG: Dapat menunjukkan perbesaran jantung, pola regangan, gangguan konduksi. Catatan: Luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi (Doenges, 2000).
- q. Urinalisasi untuk darah dan protein, elektrolit dan kreatinin darah: dapat menunjukkan penyakit ginjal baik sebagai penyebab atau disebabkan oleh hipertensi, atau (jarang) dapat di anggap hipertensi adrenal (sekunder).
- r. Glukosa darah: untuk menyingkirkan diabetes atau intoleransi glukosa.
- s. Kolesterol HDL dan kolesterol total serum: membantu memperkirakan risiko kardiovaskuler di masa depan.
- t. EKG: Untuk menetapkan adanya hipertropi ventrikel kiri (John, 2003).

7. 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 diperdarahnya 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 hipertensi (Corwin, 2001; Puspitorini, 2008).

8. Penatalaksanaan

a. Terapi Tanpa Obat

- 1) Mengendalikan berat badan
- 2) Pembatasan asupan garam (Sodium/Na)
- 3) Berhenti merokok dan minuman keras
- 4) Mengurangi kopi
- 5) Gerak badan, paling baik dan sederhana dengan berjalan cepat (brisk walking)
- 6) Teknik-teknik mengurangi stres

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) (Adib, 2009; Nadesul, 2002; Corwin, 2001).

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 karotis, 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 sub oksipital (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

Tanda :

- 1) Status mental: perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara
- 2) Respon motorik: penurunan kekuatan genggam tangan
- 3) Perubahan-perubahan retinal optik

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. Pernapasan

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).

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. Dinyut 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: frekuensi nadi 20 per menit diatas frekuensi istirahat, catat peningkatan TD, dyspnea, 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 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 kegemukkan 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 diit.

Rasional : mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dalam program diit 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 aterogenesis.

- 7) Kolaborasi dengan ahli gizi sesuai indikasi.

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

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

Intervensi:

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

Rasional : Mekanisme adaptif perlu untuk mengubah pola hidup seseorang, 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

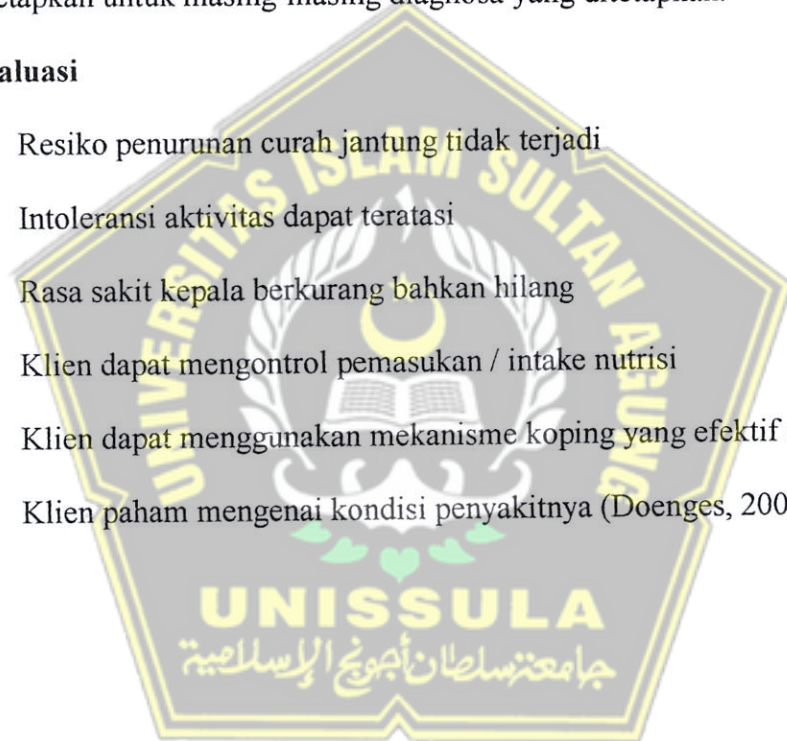
mempelajari penyakit, kemajuan dan prognosis. Bila klien tidak menerima realitas bahwa membutuhkan pengobatan kontinu, maka perubahan perilaku tidak akan dipertahankan (Doenges, 2000).

3. Implementasi

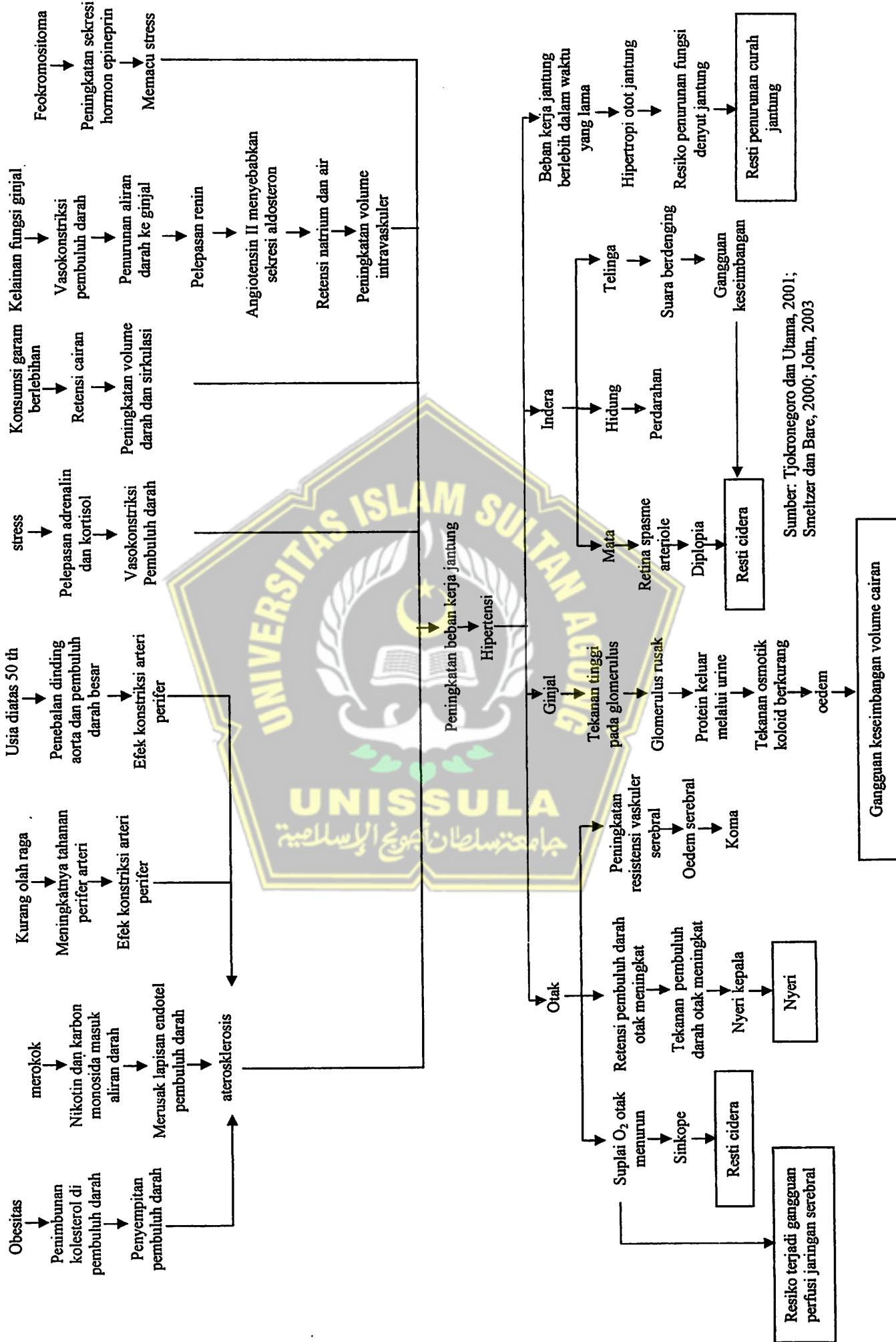
Implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi yang ditetapkan untuk masing-masing diagnosa yang ditetapkan.

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)



C. Pathway



BAB III

HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

Bab ini menyajikan hasil dari asuhan keperawatan yang dilakukan penulis selama 2 hari, yaitu dari tanggal 1 Maret 2010 - 2 Maret 2010 di Ruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Sunan Kalijaga Demak, meliputi:

A. Pengkajian

1. Identitas

Klien berinisial Ny.M, klien anak ketujuh dari tujuh bersaudara. Klien lahir di Demak pada tanggal 11 Oktober 1970, usia klien 39 tahun, pendidikan SMK, klien beragama Islam, klien bertempat tinggal di Dempet, Demak, pekerjaan sebagai pegawai swasta, tanggal masuk klien 27 Februari 2010, CM 043321. Penanggung jawab klien berinisial Tn.Z, Pekerjaan swasta, beragama islam, suku/bangsa jawa/Indonesia, hubungan dengan klien adalah suami, Tn.Z tinggal di Dempet, Demak.

2. Riwayat Keperawatan

Klien masuk ke Rumah Sakit Umum Daerah Sunan Kalijaga Demak dengan keluhan pusing yang sangat pada kepalanya. Nyeri karena darah tinggi, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri didaerah kepala dan tengkuk, skala nyeri 5 (sedang) dari skala nyeri 10, nyerinya sering muncul dan timbul secara mendadak serta berlangsung bila tekanan darahnya tinggi.

Riwayat perjalanan penyakit sekarang adalah klien mengatakan sekitar 2 hari yang lalu, tepatnya tanggal 25 Februari 2010 jam 14.00 tiba-tiba klien merasa pusing. Karena pusing yang dialami klien tidak mereda dengan istirahat, kemudian keluarga klien membawa klien ke UGD RSUD Sunan Kalijaga Demak pada tanggal 27 Februari 2010 jam 09.30. Kemudian klien di diagnosa hipertensi oleh dokter.

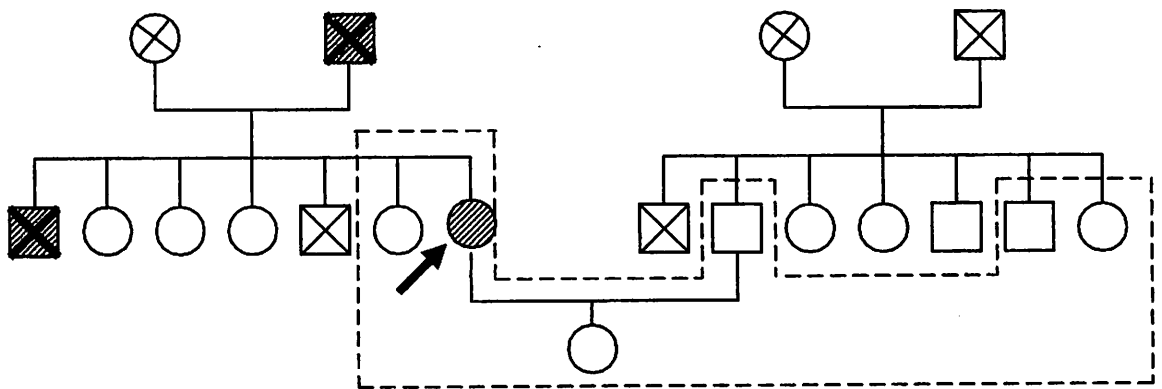
Klien mengatakan kalau sekitar lima bulan yang lalu, klien mulai sering merasa pusing. Klien bercerita kalau saat tekanan darahnya naik, klien selalu merasa pusing dan akan mereda saat tekanan darahnya turun.

Klien mengatakan kalau dirinya tidak mempunyai alergi obat atau makanan. Imunisasi yang diberikan kepada klien masih kecil tidak lengkap hanya mendapatkan imunisasi campak dan polio. Biasanya di saat nyeri kepala datang secara mendadak, klien membeli obat Captopril di warung sebelum klien di rawat di Rumah Sakit.

3. Riwayat Keluarga

Klien mengatakan kalau saudaranya yang pertama dan ayahnya menderita hipertensi. Di keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit menular.

Genogram



Keterangan :

- : laki-laki
- : perempuan
- ⊗ / ⊠ : sudah meninggal
- ▨ / ● : menderita hipertensi
- : garis keturunan
- - - : tinggal satu rumah
- ↗ : klien

4. Riwayat Lingkungan

Klien mengatakan kalau klien tinggal di lingkungan yang bersih, terdapat cukup ventilasi dan tidak membahayakan. Terdapat kamar mandi dan WC. Rumah klien cukup dekat dengan jalan raya.

5. Pengkajian Fokus

Pengkajian fungsi menurut Gordon, yaitu: Persepsi kesehatan: klien mengatakan berharap kalau dirinya cepat sembuh. Tekanan

darahnya kembali normal sehingga klien dapat melakukan aktivitas seperti biasanya. Klien ingin sakit kepalanya segera hilang.

Nutrisi metabolik : klien mengatakan sebelum sakit porsi makan klien tidak tentu dengan frekuensi 2-3xsehari. Komposisi makan klien biasanya adalah nasi, lauk dan sayur. Klien mengatakan tidak suka makan makanan yang berlemak, terkadang memakan daging ayam. Klien mengatakan selera makan klien normal. Selama di RS klien mengatakan frekuensi makan 3xsehari. Namun, porsi yang diberikan dari RS sering tidak dihabiskan, hanya setengah porsi yang dihabiskan klien. Komposisi nasi tim, sayur, lauk dan buah. Klien tidak terpasang naso gastrictube.

Eliminasi: Sebelum sakit BAB klien lancar, konsistensi lembek, bau khas dengan frekuensi 1x sehari tanpa obat pencahar. Selama sakit BAB klien tidak ada masalah. Sebelum Klien sakit BAK klien dengan frekuensi 3-4x sehari dengan bau khas, warna kuning, jernih dan tidak ada darah. Selama sakit BAK klien tidak ada masalah. Klien tidak terpasang kateter.

Aktivitas dan latihan: Sebelum sakit aktivitas klien yaitu sebagai ibu rumah tangga dan bekerja sebagai karyawan di salah satu perusahaan swasta di daerah Semarang. Sehari-hari aktivitas klien di lakukan secara mandiri. Selama sakit, klien mengatakan aktivitas yang di lakukan hanya tiduran saja dan pusing bila dibuat jalan jauh.

Pernafasan: Klien mengatakan tidak terdapat masalah pada pernafasannya, tidak sesak tetapi pernah di pasang oksigen 1x dengan

kanul selama 10 menit dan setelah klien tidak sesak, oksigen dilepas. Frekuensi nafas klien 20x permenit, klien mengatakan tidak batuk dan tidak ada sputum. Sirkulasi: Nadi teraba, tekanan darah klien 170/120 mmHg, ekstremitas hangat, tidak terjadi sianosis, klien tidak pucat.

Tidur/Istirahat: pola istirahat klien tidak teratur, sebelum sakit terkadang klien tidur siang selama 1 jam, dan malam biasanya tidur selama 5 jam. Klien tidur dengan suasana tenang. Selama di RS pola tidur klien tidak ada gangguan, yaitu siang hari klien tidur selama 1 jam dan malam hari biasanya tidur 5-6 jam. Tidak ada gangguan tidur.

Kognitif/Persepsi: klien mengatakan tidak ada gangguan pendengaran ataupun gangguan penglihatan. Bahasa yang digunakan klien cukup jelas yaitu bahasa Indonesia dan bahasa Jawa. Respon klien saat di anamnesa baik dan klien mengatakan tidak terlalu paham dengan penyakit yang sedang dideritanya saat ini. Sebelum sakit, penglihatan atau pendengaran klien tidak ada masalah.

Persepsi Diri: klien mengatakan penyakit yang sedang dideritanya saat ini adalah cobaan yang sedang diberikan Allah kepadanya. Klien terus berharap semoga cepat sembuh dan cepat pulang ke rumah.

Peran/Hubungan: klien mengatakan mempunyai satu orang anak perempuan yang masih sekolah. Klien adalah seorang ibu Rumah tangga dan pekerja. Hubungan komunikasi klien dengan anak, suami, dan lingkungan tempat tinggal klien baik. Hubungan perkawinan klien dengan suaminya juga baik dan saling perhatian.

Sexualitas/reproduksi: klien mengatakan hubungan klien dengan suaminya baik. Suami klien tampak menemani klien selama di RS. Klien mengatakan jarang berhubungan intim dengan suaminya. Klien mengatakan siklus haidnya 28 hari dan haidnya masih lancar.

Koping: klien mengatakan setiap ada masalah klien selalu mendiskusikan dan membicarakan dengan suami klien.

Nilai kepercayaan: klien mengatakan percaya kepada Tuhan. Klien mengatakan yakin bahwa takdir Tuhan itu ada dan sakit yang diderita oleh klien saat ini adalah cobaan yang diberikan oleh Tuhan kepadanya. Klien yakin kalau dirinya akan diberikan kesembuhan. Klien mengatakan menjalankan ibadah dengan berdoa. Sebelum sakit klien mengatakan sering menjalankan sholat 5 waktu dan mengaji jika ada waktu senggang. Klien sering membaca istighfar sambil membawa tasbeih.

6. Pemeriksaan Fisik

Pada tanggal 1 maret 2010 dilakukan pengkajian dan pemeriksaan kepada klien dan mendapatkan hasil keadaan umum baik. Tingkat kesadaran composmentis. Tanda-tanda vital klien, tekanan darah 170/120 mmHg, nadi 92x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36°C. TB/BB Klien 158cm/57kg. Kepala: bentuk mesocephal, bersih, tidak ada luka/lesi. Mata: penglihatan baik, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik. Hidung: tidak ada perdarahan, tidak ada pembesaran polip, tidak ada sinusitis, bentuk simetris, tidak terpasang NGT. Mulut dan tenggorokan: tidak ada stomatitis, mukosa bibir sedang, tidak ada

sianosis, tidak ada nyeri telan gigi tidak ada yang berlubang dan bersih. Telinga: bentuk simetris antara kanan dan kiri, tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada perdarahan, tidak ada sekret, kadang-kadang berdenging. Leher: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

Pada pemeriksaan jantung, inspeksi: *ictus cordis* tak tampak, palpasi: *ictus cordis* teraba di *intercosta* ke4, perkusi: pekak, auskultasi: terdengar suara jantung S1 dan S2. 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 10x/menit, perkusi: tympani palpasi: tidak ada nyeri tekan.

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 27 Februari 2010 di lakukan pemeriksaan laboratorium yaitu: pemeriksaan spesimen serum dengan hasil, kolesterol total 204 mg/dl (<200), Creatinine 0,65 mg/dl (0,6-1,1), Glukosa sewaktu 153 mg/dl (70-115), SGOT 15,4 u/l (<31), SGPT 25,4 u/l (<31), Ureum

16 mg/dl (15-43), Trigliseride 75 mg/dl (50-200), Albumin 4,25 g/dl (3,5-5,2), Total protein 7,9 g/dl (6,6-8,8), Uric acid 5,12 mg/dl (2,3-6,1).

Pada tanggal 27 Februari 2010 di lakukan pemeriksaan laboratorium yaitu, pemeriksaan darah kimia dengan hasil: Hemoglobin 15,3 gr/dl (Pr: 12-15), Leukosit 9100 ribu/mms (4-11), Trombosit 366.000 ribu (150-400), Hematosit 46,4% (Pr: 35-47). Pemeriksaan serologi/imunologi dengan hasil, widal *S. Thypi* O (-), Widal *S. Thypi* H (-).

Pada tanggal 1 Maret 2010 dilakukan pemeriksaan EKG dengan hasil ventrikel rate 136 bpm, PR interval 142 ms, QRS duration 80 ms, QT/QTc interval 328/108 ms, P/QRS/T axis 57/12/30 ms, PVS/SVI amp 0,770/460 mv, RVS/SVI amp 2,230 mv, 1120 sinus tachycardia, 4565 twave abnormality possible lateral 15 chemia, 4664 twave abnormality possible inferior ischemia, 9150 abnormal ECG.

8. Therapi

Klien mendapat terapi pada tanggal 1 Maret 2010 – 2 Maret 2010 yaitu cairan parentral yaitu infuse RL 15 tetes permenit. Noperten 1x5mg, HCT 1x1/2 (Siang), ASA 1x1 (pagi), Mertigo 3x1, Diltiazem 2x100mg, Captropil 1-1-2 25mg, Ranitidine 2x1.

B. Analisa Data

Pengkajian dilakukan pada tanggal 1 Maret 2010 didapatkan hasil sebagai berikut: pertama, data subyektif klien mengatakan pusing saat tekanan darahnya tinggi. Skala nyeri: 5. Data obyektif tekanan darah klien

170/120 mmHg, nadi 92x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36°C, maka terdapat masalah resiko tinggi penurunan curah jantung dengan etiologi peningkatan afterload vasokonstriksi.

Kedua, data subyektif klien mengatakan nyeri kepala, P: nyeri karena darah tinggi, Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: Nyeri didaerah kepala dan tengkuk, S: skala nyeri 5, T: Nyeri sering dan mendadak. Data obyektif klien terlihat menahan nyeri, skala nyeri: 5, maka terdapat masalah gangguan rasa nyaman (nyeri) dengan etiologi peningkatan tekanan vaskuler serebral.

Ketiga, data subyektif klien mengatakan hanya tiduran ditempat tidur saja, tidak menggosok gigi, klien mengatakan ke toilet dibantu keluarga. Data obyektif klien tampak lemas, toileting klien dibantu keluarga, maka terdapat masalah defisit perawatan diri dengan etiologi kelemahan fisik.

C. Diagnosa keperawatan, Intervensi keperawatan, Implementasi dan Evaluasi

Diagnosa Pertama resiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload vasokonstriksi ditandai dengan data subyektif klien mengatakan pusing saat tekanan darahnya tinggi, skala nyeri: 5. Data obyektif tekanan darah klien 170/120 mmHg, nadi 92x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36°C.

Intervensi pada hari senin tanggal 1 Maret 2010 telah ditetapkan tujuan: afterload tidak meningkat/tidak terjadi vasokonstriksi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam dengan kriteria hasil, data subyektif klien mengatakan tidak pusing lagi, data obyektif tekanan darah menurun

sehingga kerja jantung menurun, tekanan darah klien dalam batas normal, dengan intervensi observasi keadaan umum dan TTV, amati warna kulit dan kelembaban suhu, berikan lingkungan tenang dan nyaman, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi, kolaborasi dengan tim gizi untuk diet rendah garam, ajarkan teknik relaksasi dan distraksi. Implementasi yang telah dilakukan penulis pada hari pertama, hari senin tanggal 1 Maret 2010 untuk diagnosa pertama adalah jam 09.00 WIB mengobservasi Keadaan umum dan TTV, respon subyektif klien menanyakan berapa hasil TTV, respon obyektif klien tekanan darah 170/120 mmHg, nadi 92x/menit, RR 20X/menit, suhu 36°C, keadaan umum klien baik. Jam 09.15 WIB memberikan lingkungan yang nyaman dan tenang, respon subyektif klien mengatakan lebih nyaman spreinya bersih, respon obyektif perawat mengganti spreai yang bersih dan membuka jendela. Jam 09.25 WIB mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi, respon subyektif klien mengatakan mau untuk di ajari teknik relaksasi dan distraksi, respon obyektif klien terlihat mengikuti instruksi perawat. Jam 08.40 WIB memberikan obat sesuai dengan program terapi dokter, respon subyektif klien mengatakan mau diberi obat, respon obyektif klien terlihat mau diberikan obat. Jam 12.00 WIB memberikan makanan yang bergizi dan rendah garam, respon subyektif klien mengatakan mau makan makanan yang di anjurkan, respon obyektif klien hanya menghabiskan setengah dari porsi yang diberikan.

Intervensi hari kedua, tanggal 2 maret 2010 untuk diagnosa pertama pada pukul 08.00 WIB mengobservasi keadaan umum dan TTV, respon

subyektif klien menanyakan hasil tekanan darahnya, respon obyektif keadaan umum klien baik, tekanan darah 160/120 mmHg, nadi 90x/menit, suhu 36,1°C, RR 20x/menit. Jam 08.20 WIB memberikan lingkungan yang nyaman dan tenang, respon subyektif klien mengatakan lebih nyaman, respon obyektif perawat membuka jendela. Jam 08.30 WIB memberikan obat sesuai program terapi dokter, respon subyektif klien mengatakan mau minum obat, respon obyektif klien tampak minum obat. Jam 08.40 WIB mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi, respon subyektif klien mengatakan mau di ajari teknik relaksasi dan distraksi, respon obyektif klien tampak mengikuti instruksi perawat.

Evaluasi diagnosa pertama pada tanggal 1 Maret 2010 jam 13.20 WIB adalah: data subyektif klien mengatakan masih pusing, data obyektif tekanan darah klien 160/110 mmHg, kesimpulannya masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi untuk observasi keadaan umum dan TTV, berikan lingkungan yang nyaman, berikan obat sesuai program terapi dokter, ajari teknik distraksi dan relaksasi. Evaluasi diagnosa pertama hari kedua pada jam 13.30 WIB di dapatkan data subyektif klien mengatakan pusingnya berkurang, data obyektif tekanan darah klien 150/90 mmHg, kesimpulannya masalah teratasi sebagian, intervensi yang diberikan penulis adalah mempertahankan kondisi klien dengan metode pengawasan dan pengamatan.

Diagnosa kedua gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral yang ditandai dengan data subyektif klien mengatakan nyeri kepala, P: nyeri karena darah tinggi, Q: Nyeri seperti

ditusuk-tusuk, R: Nyeri didaerah kepala dan tengkuk, S: skala nyeri 5, T: Nyeri sering dan mendadak. Data obyektif klien terlihat menahan nyeri, skala nyeri: 5.

Intervensi pada hari senin tanggal 1 Maret 2010 telah ditetapkan tujuan tekanan vaskuler serebral tidak meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam dengan kriteria hasil: data subyektif klien mengatakan tidak nyeri (sakit kepala), data obyektif klien terlihat rileks dan skala nyeri 2, dengan intervensi observasi keadaan umum dan TTV, kaji skala nyeri, batasi aktivitas, ajarkan teknik distraksi dan relaksasi, pertahankan tirah baring, menciptakan lingkungan yang nyaman, berikan obat analgetik sesuai program terapi, anjurkan makan tinggi serat untuk menghindari konstipasi. Implementasi yang dilakukan penulis pada tanggal 1 Maret 2010 pada jam 09.00 WIB mengobservasi keadaan umum dan TTV, respon subyektif klien menanyakan berapa hasil TTV, respon obyektif klien tekanan darah 170/120 mmHg, nadi 92x/menit, RR 20X/menit, suhu 36°C, keadaan umum klien baik. Jam 09.10 WIB mengkaji skala nyeri, respon subyektif klien mengatakan skala nyeri 5, data obyektif skala nyeri 5. Jam 09.15 WIB memberikan lingkungan yang nyaman dan tenang, respon subyektif klien mengatakan lebih nyaman spreinya bersih, respon obyektif perawat mengganti spreid yang bersih dan membuka jendela. Jam 09.25 WIB Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi, respon subyektif klien mengatakan mau di ajari teknik relaksasi dan distraksi, respon obyektif klien terlihat mengikuti instruksi dari perawat. Jam 11.00 WIB membatasi aktivitas

klien, data subyektif klien mengatakan mau istirahat dan membatasi aktivitasnya, data obyektif klien tampak istirahat dan tidak melakukan aktivitas berat. Jam 11.10 mempertahankan tirah baring, data subyektif klien mau istirahat, data obyektif klien terlihat bedrest. Jam 12.20 WIB menganjurkan makan tinggi serat untuk menghindari konstipasi, data subyektif klien mengatakan mau makan makanan yang di anjurkan, data obyektif klien terlihat makan buah. Jam 12.40 WIB memberikan obat sesuai program terapi dokter, data subyektif klien mengatakan bersedia, data obyektif klien terlihat meminum obat dan di injeksi.

Intervensi hari kedua tanggal 2 Maret 2010 pada pukul 08.00 WIB mengobservasi keadaan umum dan TTV, respon subyektif klien menanyakan hasil tekanan darahnya, respon obyektif keadaan umum klien baik, tekanan darah 160/120 mmHg, nadi 90x/menit, suhu 36,1°C, RR 20x/menit. Jam 08.10 WIB mengkaji skala nyeri, data subyektif klien mengatakan skala nyeri 4, data obyektif skala nyeri 4. Jam 08.20 WIB memberikan lingkungan yang nyaman dan tenang, respon subyektif klien mengatakan lebih nyaman, respon obyektif perawat membuka jendela. Jam 08.40 WIB mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi, respon subyektif klien mengatakan mau di ajari teknik relaksasi dan distraksi, respon obyektif klien tampak mengikuti instruksi perawat. Jam 11.05 WIB membatasi aktivitas klien, data subyektif klien mengatakan mau istirahat dan membatasi aktivitasnya, data obyektif klien tampak bedrest dan tidak melakukan aktivitas berat. Jam 12.20 WIB menganjurkan untuk makan tinggi serat untuk menghindari konstipasi, data

subyektif klien mengatakan mau makan makanan yang di anjurkan, data obyektif klien terlihat makan buah. Jam 12.35 WIB memberikan obat sesuai program terapi dokter, data subyektif klien mengatakan bersedia, data obyektif klien terlihat meminum obat dan di injeksi.

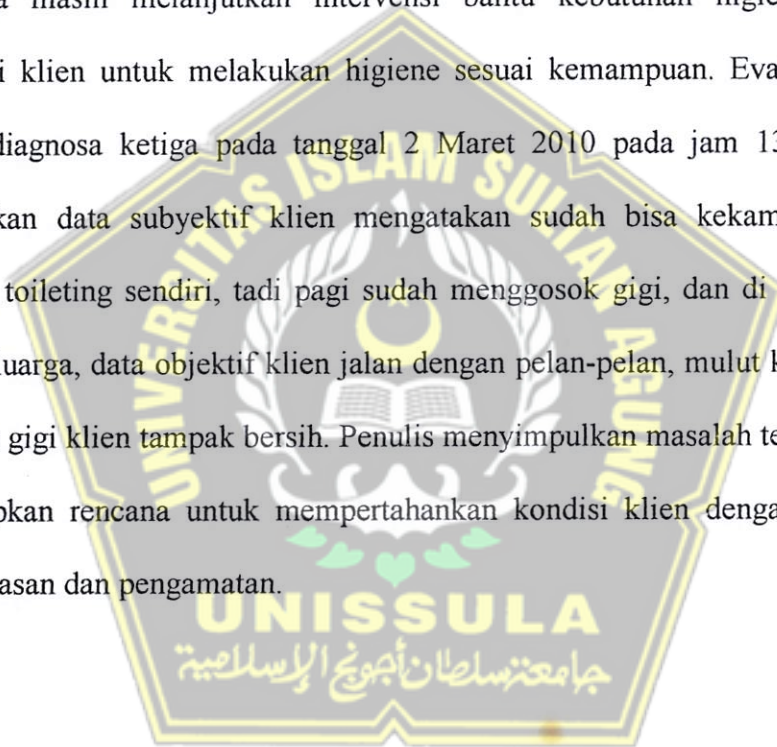
Evaluasi diagnosa kedua pada tanggal 1 Maret 2010 pada pukul 13.30 WIB di dapatkan hasil, data subyektif klien mengatakan kepalanya masih pusing dan skala nyeri 5, data obyektif tekanan darah klien 160/110 mmHg, skala nyeri 5, kesimpulannya masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi observasi keadaan umum dan TTV, kaji skala nyeri, berikan lingkungan yang nyaman, ajarkan teknik distraksi dan relaksasi, batasi aktivitas, anjurkan makan tinggi serat, berikan obat sesuai program terapi. Evaluasi pada hari kedua tanggal 2 Maret 2010 pada pukul 13.40 WIB didapatkan hasil, data subyektif klien mengatakan pusingnya sudah berkurang dan skala nyeri 4, data obyektif tekanan darah klien 150/90 mmHg, klien terlihat istirahat dan skala nyeri 4, kesimpulan masalah teratasi sebagian, intervensi yang diberikan penulis adalah mempertahankan kondisi klien dengan metode pengawasan dan pengamatan.

Diagnosa ketiga defisit perawatan diri berhubungan dengan adanya kelemahan fisik, ditandai dengan data subyektif klien mengatakan hanya tiduran di tempat tidur saja, tidak menggosok gigi, klien mengatakan ke toilet dibantu keluarga. Data obyektif klien tampak lemas, toileting dibantu keluarga.

Intervensi Diagnosa ketiga defisit perawatan diri berhubungan dengan adanya kelemahan fisik, pada hari senin tanggal 1 Maret 2010 telah ditetapkan tujuan: kebutuhan personal hygiene terpenuhi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam dengan kriteria hasil, data subyektif: klien mengatakan sudah mampu melakukan personal hygiene sesuai kemampuan, data obyektif: klien tidak tampak lemas, klien ke toilet secara mandiri. Dengan intervensi motivasi klien untuk hygiene sesuai kemampuan, berikan privasi kepada klien, jelaskan pentingnya hygiene, bantu kebutuhan klien, berikan keamanan dalam kamar mandi. Implementasi diagnosa ketiga pada tanggal 1 Maret 2010 pada pukul 11.30 WIB menjelaskan pentingnya hygiene dan motivasi klien untuk hygiene sesuai kemampuan, respon subyektif klien mengatakan mengerti, respon obyektif klien tampak paham. Jam 11.40 WIB membantu kebutuhan klien hygiene klien, respon subyektif klien mengatakan "tolong diantar ke toilet", respon obyektif klien terlihat jalan pelan-pelan. Pada jam 11.42 WIB memberikan privasi selama hygiene, respon subyektif klien mengatakan "pintunya tolong ditutup", respon obyektif pintu kamar mandi ditutup. Jam 11.45 WIB memberikan keamanan dalam kamar mandi, respon subyektif klien mengatakan aman dalam kamar mandi, respon obyektif klien tidak terpeleset. Implementasi diagnosa ketiga hari kedua pada pukul 07.30 WIB membantu kebutuhan hygiene klien, respon subyektif klien mengatakan "tolong ambilkan sikat gigi", respon obyektif mulut berbau segar dan gigi klien tampak bersih. Kemudian tindakan selanjutnya memotivasi klien untuk melakukan hygiene sesuai kemampuan, respon subyektif klien

mengatakan ke toilet sudah bisa jalan sendiri, respon obyektif: klien jalan pelan dan terlihat hati-hati.

Evaluasi diagnosa ketiga pada tanggal 1 Maret 2010 pada jam 13.40 WIB, didapatkan data subyektif klien mengatakan ke kamar mandi masih dibantu keluarga, toileting dibantu keluarga, data obyektif higiene dibantu keluarga, gigi klien tampak bersih. Kesimpulannya masalah teratasi sebagian, sehingga masih melanjutkan intervensi bantu kebutuhan higiene klien, motivasi klien untuk melakukan higiene sesuai kemampuan. Evaluasi hari kedua diagnosa ketiga pada tanggal 2 Maret 2010 pada jam 13.50 WIB didapatkan data subyektif klien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi sendiri, toileting sendiri, tadi pagi sudah menggosok gigi, dan di mandikan oleh keluarga, data objektif klien jalan dengan pelan-pelan, mulut klien tidak bau dan gigi klien tampak 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. M dengan Hipertensi di Ruang Mawar RSUD Sunan Kalijaga Demak. Asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan penulis selama memberikan asuhan keperawatan masih terdapat beberapa data klien berhubungan dengan kondisi hipertensi yang dialami klien belum terkaji secara menyeluruh dan spesifik oleh penulis, hal ini dirasakan penulis sebagai kekurangan dan keterbatasan dalam menggali informasi. Data tersebut diantaranya adalah berapa lama klien menderita hipertensi, apakah klien sudah pernah di rawat di RS sebelumnya terkait kondisi hipertensinya, apakah klien rutin kontrol ke RS, apakah klien rutin minum obat, kondisi yang biasanya menyebabkan klien sering merasa pusing, upaya apa yang dilakukan klien saat tekanan darahnya naik, bagaimana gaya hidup klien, bagaimana pengetahuan klien tentang penyakit hipertensi, berapa batas normal tekanan darah dalam pemeriksaan rutin yang dilakukan klien.

Pengkajian yang dilakukan penulis terkait dengan klien membeli obat captopril di warung pada saat tekanan darahnya tinggi belum terkaji secara

spesifik oleh penulis, hal ini dirasakan penulis sebagai kekurangan dan keterbatasan dalam menggali informasi.

Data pendukung masalah defisit perawatan diri, mandi/higiene yang dirumuskan penulis masih terdapat data yang belum terkaji, hal ini dirasakan penulis sebagai kekurangan dan keterbatasan dalam menggali informasi. Data tersebut diantaranya apakah klien membasuh keseluruhan tubuh, menyisir rambut, melakukan perawatan kulit dan kuku serta menggunakan tatarias.

B. Diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan

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

1. Resiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload vasokonstriksi.
2. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik.

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

1. Resiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload vasokonstriksi.

Curah jantung, menurun adalah keadaan seorang individu mengalami penurunan jumlah darah yang dipompakan oleh jantung, mengakibatkan gangguan fungsi jantung (Carpenito, 2007).

Batasan karakteristik menurut Carpenito (2007) adalah tekanan darah rendah, nadi cepat, gelisah, sianosis, dispnea, angina, disritmia, oliguria, mudah lelah, vertigo, edema (perifer, sakral).

Berdasarkan pengertian dan batasan karakteristik diagnosa resiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload vasokonstriksi tidak tepat karena menurut catatan Carpenito (2007) dianjurkan tidak menggunakan penurunan curah jantung, tetapi sebaiknya memilih diagnosa lain yang lebih menggambarkan situasi (lihat intoleransi aktivitas). Dengan tidak menggunakan penurunan curah jantung, perawat dapat lebih secara khusus menggambarkan situasi ketika perawat menanganinya sebagai diagnosa keperawatan atau membantu menangani sebagai masalah kolaborasi.

Diagnosa yang lebih tepat adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. Data yang mendukung untuk diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik adalah klien mengatakan pusing bila dibuat jalan, klien hanya tiduran saja di tempat tidur, tekanan darah klien 170/120 mmHg.

Intoleransi aktivitas menurut Magnan (1995, dalam Carpenito, 2007) adalah penurunan dalam kapasitas fisiologi seseorang untuk melakukan aktivitas sampai tingkat yang diinginkan atau yang dibutuhkan.

Batasan karakteristik mayor menurut Magnan (1995, dalam Carpenito, 2007) selama aktivitas adalah kelemahan, pusing, dispnea.

Dan tiga menit setelah aktivitas adalah pusing, dispnea, keletihan akibat aktivitas, frekuensi pernafasan >24 kali/menit, frekuensi nadi >95 denyut/menit. Batasan karakteristik minor adalah pucat atau sianosis, konfusi, vertigo.

Diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik dengan rencana tindakan yang bertujuan intoleransi aktivitas teratasi.

Intervensi untuk mengatasi diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik secara teoritis yaitu: Monitor TTV dengan rasional: perbandingan dari tekanan memberikan gambaran yang lebih lengkap tentang keterlibatan/bidang masalah vaskuler. Kaji toleransi pasien terhadap aktivitas dengan menggunakan parameter: frekuensi nadi 20 per menit diatas frekuensi istirahat, catat peningkatan TD, dispnea, atau nyeri dada, kelelahan berat dan kelemahan, berkeringat, pusing atau pingsan dengan rasional: Parameter menunjukkan respon fisiologis pasien terhadap stress, aktivitas dan indikator derajat pengaruh kelebihan kerja/jantung. Kaji kesiapan untuk meningkatkan aktivitas contoh: penurunan kelemahan/kelelahan, TD stabil, frekuensi nadi, peningkatan perhatian pada aktivitas dan perawatan diri dengan rasional: Stabilitas fisiologis pada istirahat penting untuk memajukan tingkat aktivitas individual. Dorong memajukan aktivitas/toleransi perawatan diri dengan rasional: Kemajuan aktivitas bertahap mencegah peningkatan tiba-tiba pada kerja jantung. Berikan bantuan sesuai

kebutuhan dan anjurkan penggunaan kursi mandi, menyikat gigi/rambut dengan duduk dan sebagainya dengan rasional: teknik penghematan energi menurunkan penggunaan energi dan sehingga membantu keseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen. Dorong pasien untuk partisipasi dalam memilih periode aktivitas dengan rasional: Seperti jadwal meningkatkan toleransi terhadap kemajuan aktivitas dan mencegah kelemahan (Doenges, 2000).

Intervensi yang dilakukan penulis pada hari senin tanggal 1 Maret 2010 antara lain observasi keadaan umum dan TTV, berikan lingkungan tenang dan nyaman, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat, kolaborasi dengan tim gizi untuk diet rendah garam, ajarkan teknik relaksasi dan distraksi. Implementasi yang telah dilakukan penulis pada hari pertama, hari senin tanggal 1 Maret 2010 untuk diagnosa pertama adalah jam 09.00 WIB mengobservasi Keadaan umum dan TTV, Jam 09.15 WIB memberikan lingkungan yang nyaman dan tenang, Jam 09.25 WIB Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi, Jam 08.40 WIB memberikan obat sesuai dengan program terapi dokter, Jam 12.00 WIB memberikan makanan yang bergizi dan rendah garam.

Implementasi sesuai dengan intervensi yang telah dilakukan penulis pada hari kedua, tanggal 2 maret 2010 untuk diagnosa pertama pukul 08.00 WIB mengobservasi keadaan umum dan TTV, Jam 08.20 WIB memberikan lingkungan yang nyaman dan tenang, jam 08.30 WIB

memberikan obat sesuai program terapi dokter, jam 08.40 WIB mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi.

Implementasi diagnosa pertama pada hari kedua yaitu memberikan lingkungan yang nyaman dan tenang, pada respon obyektif: perawat membuka jendela kurang tepat karena seharusnya data tersebut bukan respon obyektif perawat melainkan respon obyektif klien. Hal ini dirasakan penulis sebagai kekurangan dan keterbatasan penulis dalam menentukan respon obyektif.

Dari beberapa intervensi yang ditetapkan penulis, seluruhnya dapat dilakukan dengan baik dan tidak ditemukan hambatan yang berarti karena klien kooperatif dan keluarga mendukung.

Evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari maka pada tanggal 2 Maret 2010 didapatkan hasil evaluasi diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik menunjukkan masalah teratasi sebagian karena keadaan klien mengatakan pusingnya berkurang, tekanan darah klien 150/90 mmHg.

2. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.

Nyeri Akut adalah keadaan ketika 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 rangsang, 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, menarik bila disentuh, mata terbuka lebar atau sangat tajam, gambaran kurus, mual dan muntah (Carpenito, 2007).

Rumusan diagnosa yang lebih tepat untuk gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral adalah nyeri akut 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 nyeri kepala, P: nyeri karena darah tinggi, Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: Nyeri didaerah kepala dan tengkuk, S: skala nyeri 5, T: Nyeri sering dan mendadak. Data lain yang di dapatkan klien terlihat menahan nyeri.

Intervensi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral adalah observasi keadaan umum dan TTV, kaji skala nyeri, batasi aktivitas, ajarkan teknik distraksi dan relaksasi, pertahankan tirah baring, menciptakan lingkungan yang nyaman, berikan obat analgetik sesuai program terapi, anjurkan makan tinggi serat untuk

menghindari konstipasi. Implementasi yang dilakukan penulis pada tanggal 1 Maret 2010 pada jam 09.00 WIB mengobservasi Keadaan umum dan TTV, jam 09.10 WIB mengkaji skala nyeri, jam 09.15 WIB memberikan lingkungan yang nyaman dan tenang, jam 09.25 WIB Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi, jam 11.00 WIB membatasi aktivitas klien, jam 11.10 mempertahankan tirah baring, jam 12.20 WIB menganjurkan makan tinggi serat untuk menghindari konstipasi, jam 12.40 WIB memberikan obat sesuai program terapi dokter.

Implementasi sesuai dengan intervensi yang telah dilakukan penulis pada hari kedua tanggal 2 Maret 2010 pukul 08.00 WIB mengobservasi keadaan umum dan TTV, jam 08.10 WIB mengkaji skala nyeri, jam 08.20 WIB memberikan lingkungan yang nyaman dan tenang, jam 08.40 WIB mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi, jam 11.05 WIB membatasi aktivitas klien, jam 12.20 WIB menganjurkan makan tinggi serat untuk menghindari konstipasi, jam 12.35 WIB memberikan obat sesuai program terapi dokter.

Dari beberapa intervensi 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 Maret 2010 didapatkan hasil evaluasi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler

serebral menunjukkan masalah teratasi sebagian karena keadaan klien mengatakan pusingnya sudah berkurang, tekanan darah klien 150/90 mmHg, skala nyeri dari 5 menjadi 4.

3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik.

Defisit perawatan diri, mandi/higiene adalah keadaan ketika individu mengalami kegagalan kemampuan untuk melaksanakan atau menyelesaikan mandi/aktivitas kebersihan untuk diri sendiri (Carpenito, 2007).

Batasan karakteristik menurut Carpenito (2007) meliputi: kurang mandi sendiri (meliputi membasuh keseluruhan tubuh, menyisir rambut, menggosok gigi, melakukan perawatan kulit dan kuku serta menggunakan tatarias), tidak dapat atau tidak ada keinginan untuk membasuh tubuh atau bagian tubuh, tidak dapat memperoleh sumber air, tidak dapat mengatur suhu atau aliran air, ketidakmampuan merasakan perlunya tindakan kebersihan.

Rumusan diagnosa yang lebih tepat untuk defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik kurang adalah defisit perawatan diri, mandi/higiene berhubungan dengan kelemahan fisik.

Diagnosa defisit perawatan diri, mandi/higiene berhubungan dengan kelemahan fisik ditegaskan karena saat pengkajian di dapatkan data klien mengatakan hanya tiduran di tempat tidur saja, tidak menggosok gigi, ke toilet dibantu keluarga. Data lain yang di dapat adalah klien tampak lemas.

Intervensi diagnosa ketiga defisit perawatan diri, mandi/higiene berhubungan dengan adanya kelemahan fisik adalah motivasi klien untuk higiene sesuai kemampuan, berikan privasi kepada klien, jelaskan pentingnya higiene, bantu kebutuhan klien, berikan keamanan dalam kamar mandi. Implementasi yang telah dilakukan penulis pada tanggal 1 Maret 2010 pada pukul 11.30 WIB menjelaskan pentingnya higiene dan motivasi klien untuk higiene sesuai kemampuan, jam 11.40 WIB membantu kebutuhan klien higiene klien, jam 11.42 WIB memberikan privasi selama higiene, jam 11.45 WIB memberikan keamanan dalam kamar mandi.

Implementasi sesuai dengan intervensi yang telah dilakukan penulis pada hari kedua pukul 07.30 WIB membantu kebutuhan higiene klien, kemudian tindakan selanjutnya memotivasi klien untuk melakukan higiene sesuai kemampuan.

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 dari diagnosa keperawatan defisit perawatan diri, mandi/higiene berhubungan dengan kelemahan fisik menunjukkan masalah teratasi karena pada evaluasi hari kedua pada tanggal 2 Maret 2010 di dapatkan hasil klien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi sendiri, toileting sendiri, tadi pagi sudah menggosok gigi, dan dimandikan

keluarga. Hasil yang lainnya klien jalan dengan pelan-pelan, mulut klien tidak bau, dan gigi klien tampak bersih.

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan penulis, seharusnya juga dimunculkan diagnosa kurangnya pengetahuan mengenai kondisi penyakitnya berhubungan dengan kurangnya informasi. Pentingnya diagnosa tersebut diangkat dengan asumsi bahwa pada pengkajian ditemukan bukti setiap klien merasa pusing klien membeli obat captopril di warung. 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 belum mengkaji secara menyeluruh dan spesifik, dan tidak mencantumkan diagnosa kurangnya pengetahuan mengenai kondisi penyakitnya berhubungan dengan kurangnya informasi, hal ini dirasakan penulis sebagai kekurangan dan keterbatasan dalam menganalisa masalah.

BAB V

PENUTUP

Berdasarkan pembahasan pada Asuhan Keperawatan pada Ny. M dengan Hipertensi, penulis mengemukakan kesimpulan dan saran sebagai berikut:

A. Kesimpulan

Hipertensi adalah sebuah kondisi medis saat seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal, yaitu tekanan sistole sama atau lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastole sama atau lebih dari 90 mmHg serta terjadi gangguan pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi, yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya, kondisi tersebut mengakibatkan peningkatan angka morbiditas dan mortalitas. 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.

Masalah keperawatan yang muncul pada Ny. M adalah: intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral, defisit perawatan diri mandi/higiene berhubungan dengan kelemahan fisik.

Intervensi yang direncanakan untuk diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik: observasi keadaan umum dan TTV, berikan lingkungan tenang dan nyaman, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat, kolaborasi dengan tim gizi untuk diet rendah garam, ajarkan teknik relaksasi dan distraksi. Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral: observasi keadaan umum dan TTV, kaji skala nyeri, batasi aktivitas, ajarkan teknik distraksi dan relaksasi, pertahankan tirah baring, menciptakan lingkungan yang nyaman, berikan obat analgetik sesuai program terapi, anjurkan makan tinggi serat untuk menghindari konstipasi. Pada diagnosa defisit perawatan diri, mandi/higiene berhubungan dengan kelemahan fisik: motivasi klien untuk higiene sesuai kemampuan, berikan privasi kepada klien, jelaskan pentingnya higiene, bantu kebutuhan klien, berikan keamanan dalam kamar mandi.

Implementasi yang dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang muncul sudah sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan. Evaluasi yang penulis dapatkan dari asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. M adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik masalah teratasi sebagian, nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral masalah teratasi sebagian, diagnosa keperawatan defisit perawatan diri, mandi/higiene berhubungan dengan kelemahan fisik masalah teratasi.

B. Saran

1. Institusi pendidikan

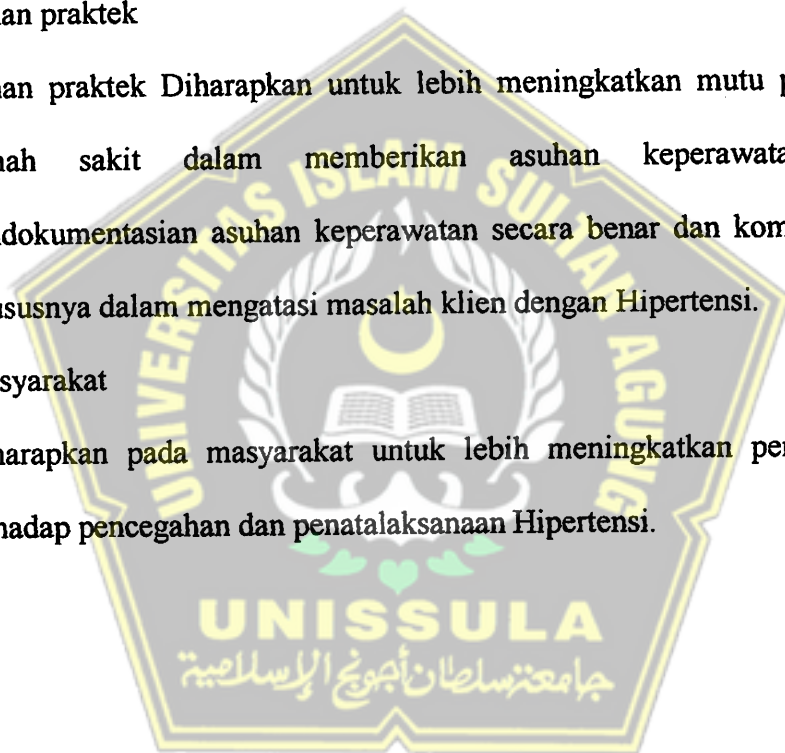
Diharapkan untuk lebih menekankan mahasiswa dalam membuat asuhan keperawatan yang benar sehingga dapat menciptakan generasi perawat yang lebih berkompotensi dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif.

2. Lahan praktek

Lahan praktek Diharapkan untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan serta pendokumentasian asuhan keperawatan secara benar dan komprehensif khususnya dalam mengatasi masalah klien dengan Hipertensi.

3. Masyarakat

Diharapkan pada masyarakat untuk lebih meningkatkan pengetahuan terhadap pencegahan dan penatalaksanaan Hipertensi.



DAFTAR PUSTAKA

- Adib, M. (2009). *Cara Mudah Memahami dan Menghindari Hipertensi, Jantung dan Stroke*. Edisi I. Yogyakarta: CV. Dianloka.
- Baughman, D. (2000). *Keperawatan Medikal Bedah* (alih bahasa: Yasmin Asih). Jakarta: EGC.
- Carpenito, L. J. (2007). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan* (alih bahasa: Yasmin Asih). 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.
- Hadibroto, I; Alam, S; Sustrani, L. (2004). *Hipertensi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- 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.
- Nadesul, H. (2002). *Penyakit Manajer dan Keluhan-keluhan Orang Mapan*. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.
- Puspitorini, M. (2008). *Hipertensi Cara Mudah Mengatasi Darah Tinggi*. Edisi I. Yogyakarta: Image Press.
- Reeves, C. J; Roux. G & Lockhart. R. (2001). *Keperawatan Medical Bedah*. Edisi I. Jakarta: Salemba Medika.
- Smeltzer, S. C & Bare, B. G. (2002). *Buku Ajar Medical Bedah* (alih bahasa: Agung Waluyo). Edisi 8. Jakarta: EGC.
- Tapan, E. (2004). *Penyakit Ginjal dan Hipertensi*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Tjokronegoro, A & Utama, H. (2001). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Jilid II Edisi ketiga. Jakarta: Balai Penerbit.