



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. T DENGAN
HIPERTENSI RUANG PENYAKIT DALAM LANTAI 13
KAMAR 1304 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

Caroline Angellyca

2011084

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. T DENGAN
HIPERTENSI RUANGAN PENYAKIT DALAM LANTAI 13
KAMAR 1304 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan
pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

Caroline Angellyca

2011084

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
Jakarta, 2023**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Caroline Angellyca

NIM : 2011084

Tanda Tangan :

Tanggal :

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. T Dengan
Hipertensi Ruang Penyakit Dalam Lantai 13
Kamar 1304 RSUD Koja
Jakarta Utara**

Pembimbing,



Ibu Enni Juliani, M. Kep.

Penguji I



Ns. Ulfa Nur Rohmah, M. Kep.

Penguji II



Ns. Hotmarina Purba, S. Kep.

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



Ketua

Ellynia, S. E., M. M.

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan sebaik mungkin, dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Saya menyadari bahwa bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan hingga penyusunan Laporan Tugas Akhir ini penting, Tanpa dukungan, bimbingan, serta doa dari berbagai pihak juga saya tidak mungkin dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini dengan baik. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Elliynia, S.E, M.M, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada
2. Dr. Ida Bagus Nyoman Banjar, MKM, selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Saerah Koja Jakarta
3. Ibu Enni Juliani, M. Kep. Selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan serta pikiran untuk memberikan pengarahan, motivasi, saran, maupun masukan yang membangun agar Laporan Tugas Akhir ini terselesaikan dengan baik.
4. Ibu Ns. Ulfa Nur Rohmah, M. Kep. selaku penguji I dalam Ujian Akhir program ini.
5. Ibu Ns. Hotmarina, S. Kep. selaku penguji I dalam Ujian Akhir program ini.
6. Bapak Ns. Yarwin Yari., M. Biomed selaku PA kelas 3C yang sudah membimbing saya semasa perkuliahan.
7. Seluruh staf pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada yang sudah membantu serta memberikan dukungan kepada saya semasa perkuliahan.
8. Kepala ruangan sekaligus CI lantai 13 Ruang Penyakit Dalam RSUD Koja yang sudah memberikan pengarahan, bimbingan, serta motivasi semasa pengambilan kasus.

9. Ibu Sisca Fitelia dan Bapak Sudimantono yang tidak henti-hentinya memberikan kasih sayang dan motivasi sepanjang menjalani perkuliahan hingga Tugas Akhir terselesaikan dengan baik
10. Adik Nathashia Emmanuel Lim yang memberikan semangat serta dukungan-dukungan positif kepada saya.
11. Gede Khrisna Cahya Gulo yang sudah dengan sabar mendengarkan segala keluh kesah saya, membantu saya, dan memberikan motivasi kepada saya.
12. Teman-teman saya “Anak Muda Jompo” yang sangat baik yang sudah memberikan masukan, mengajari, memberi dukungan positif kepada saya, serta menjadi teman baik saya yang mendegar segala cerita saya semasa perkuliahan hingga menyelesaikan Tugas Akhir ini.
13. Teman-teman angkatan 33 yang selama tiga tahun bersama dengan saya, terutama kelas C 2020/2023, terimakasih atas kerjasama dan kebersamaannya. See you guys on top!
14. Saya juga berterimakasih pada diri sendiri karena sudah bertahan melewati ini dan semangat dalam menjalani perkuliahan hingga akhir.
15. Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa akan membalas semua kebaikan dari berbagai pihak yang membantu dan saya berharap Laporan Tugas Akhir ini dapat membawa berkat dan manfaat di bidang pengembangan ilmu.

Penulis

Caroline Angellyca

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii
BAB I : PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
C. Ruang Lingkup.....	4
D. Metode Penelitian.....	5
E. Sistematika Penulis	5
BAB II : TINJAUAN TEORITIS.....	6
A. Pengertian.....	6
B. Patofisiologi	7
C. Penatalaksanaan	13
1. Terapi.....	13
2. Tindakan medis	14
D. Pengkajian Keperawatan.....	15
E. Diagnosis Keperawatan.....	19
F. Perencanaan Keperawatan.....	20
G. Pelaksanaan Keperawatan	28
H. Evaluasi Keperawatan.....	29
BAB III : TINJAUAN KASUS.....	32
A. Pengkajian.....	32
B. Diagnosa.....	48
C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi	48
BAB IV : PEMBAHASAN.....	69
A. Pengkajian Keperawatan.....	69
B. Diagnosa keperawatan.....	71
C. Perencanaan Keperawatan.....	74

D. Pelaksanaan Keperawatan.....	75
E. Evaluasi Keperawatan.....	77
BAB V : PENUTUP.....	79
A. Kesimpulan	79
B. Saran.....	80
DAFTAR PUSTAKA	82

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Pathway
Lampiran 2 : Analisa obat
Lampiran 3 : SOP Pengukuran Tekanan Darah

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan suatu keadaan kronis yang ditandai dengan meningkatnya tekanan darah pada dinding pembuluh darah arteri. Keadaan tersebut yang mengakibatkan jantung bekerja lebih keras untuk memompa darah ke seluruh tubuh melalui pembuluh darah (Azizah et al., 2022). Hipertensi juga merupakan penyakit yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah melebihi normal yaitu tekanan darah sistol lebih atau sama dengan 140 mmHg atau tekanan diastol lebih atau sama dengan 90 mmHg atau bisa juga keduanya (Hamria et al., 2020)

Gejala klinis dari hipertensi dapat berupa asimtomatik dan simtomatik. Gejala klinik dari hipertensi yang dirasakan kadang berupa sakit kepala, epistaskis, jantung berdebar sulit bernapas setelah bekerja keras atau mengangkat beban berat, mudah lelah, gampang marah, telinga berdengung, pusing, tinnitus, dan pingsan. Akan tetapi, gejala- gejala tersebut bukanlah gejala spesifik terhadap hipertensi sehingga gejala- gejala yang dirasakan mungkin dianggap gejala biasa yang mengakibatkan keterlambatan penanganan (Tika, 2021).

Terdapat beberapa faktor yang berperan dalam terjadinya hipertensi meliputi faktor mayor yaitu faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan dan faktor minor yaitu faktor risiko yang masih bisa untuk dikendalikan. Faktor mayor meliputi, keturunan, ras, dan jenis kelamin. Sedangkan faktor minor meliputi, kurang olahraga, merokok,

pola pikir, pekerjaan, obesitas, minum kopi, alkohol, pola makan, dan stress (Hamria et al., 2020).

World Health Organization pada tahun 2019 memperkirakan bahwa prevelensi menunjukkan sekitar 1,3 miliar orang di dunia menyandang hipertensi dan jumlah pengidap hipertensi terus meningkat setiap tahunnya. WHO memperkirakan pada tahun 2025 akan ada 1,5 miliar orang yang terkena hipertensi, dan diperkirakan setiap tahunnya 10,4 juta orang meninggal akibat hipertensi dan komplikasinya (Hidayat & Agnesia, 2021).

Menurut Riskesdas tahun 2018 prevalensi hipertensi di Indonesia berdasarkan hasil pengukuran pada penduduk usia ≥ 18 tahun sebesar 34,1%, prevakensu hipertensi yang tertinggi di Kalimantan Selatan (44.1%), sedangkan yang terendah di Papua sebesar (22,2%). Estimasi jumlah kasus hipertensi di Indonesia sebesar 63.309.620 orang, sedangkan angka kematian di Indonesia yang diakibatkan hipertensi adalah sebesar 427.218 kematian (Kemenkes, 2018).

Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta juga menyebutkan bahwa prevalensi hipertensi di DKI Jakarta berada pada peringkat ke-9 pada 10 besar provinsi di Indonesia dengan kejadian kasus hipertensi terbanyak yaitu sebanyak 33,43%. Prevalensi hipertensi tertinggi pada urutan ke-3 berada di wilayah Jakarta Barat dengan prevalensi sebesar 43,22% (Kemenkes, 2018). Berdasarkan data dari rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara pada bulan Januari 2022 hingga Januari 2023, jumlah pasien hipertensi yaitu sebanyak 257 orang atau sekitar 11,4% dari jumlah total pasien yang dirawat yaitu 29.358.

Berdasarkan angka kejadian hipertensi yang meningkat setiap tahunnya, hipertensi harus ditangani dan mendapatkan perawatan secepatnya karena jika tidak

ditangani secepatnya akan menimbulkan komplikasi dan gejala yang akan timbul akan sesuai dengan organ yang diserang (Tika, 2021). Komplikasi yang dapat muncul berupa stroke, gagal ginjal, dan infark miokard. Penderita Hipertensi biasanya menyerang organ jantung, ginjal, otak dan mata bila pencegahannya terlambat dapat mengurangi harapan hidup karena melemahnya fungsi organ-organ tersebut yang dapat berakibat kecacatan bahkan kematian (Hamria et al., 2020). Hipertensi merupakan faktor resiko utama untuk terjadinya penyakit jantung, gagal jantung kongesif, stroke, gangguan penglihatan dan penyakit ginjal. Tekanan darah yang tinggi umumnya meningkatkan resiko terjadinya komplikasi tersebut (Nuraini, 2019).

Terdapat beberapa upaya peran perawat dalam perawatan hipertensi. Salah satunya sebagai peran sebagai upaya promotif, perawat akan membantu klien untuk mengenal penyakit hipertensi dan memahami tentang penyakit hipertensi dengan mmelalui penyuluhan yang akan dilakukan mengenai penyakit hipertensi. Ada juga upaya preventif yaitu peran perawat untuk menganjurkan keluarga jika mengalami tanda dan gejala hipertensi seperti pusing, nyeri kepala, lemas, dan nyeri pada tengkuk untuk segera beristirahat dan mengecek kondisi ke fasilitas kesehatan terdekat. Terdapat juga upaya kuratif yaitu menganjurkan untuk mengecek kondisi ke puskesmas terdekat dan minum obat hipertensi (antihipertensi) secara rutin. Terakhir, terdapat upaya rehabilitative yaitu dengan cara menganjurkan klien yang sudah mengidap hipertensi untuk minum obat hipertensi seara rutin dan teratur (Masitah & Sulistya, 2021).

Berdasarkan latar belakang yang telah dibahas diatas, penting penulis untuk membahas bagaimana memberikan asuhan keperawatan hipertensi dengan menggunakan asuhan keperawatan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Diperolehnya pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan hipertensi
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pasien dengan hipertensi
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pasien dengan hipertensi
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai perencanaan
- e. Mampu melakukan evaluasi pada pasien dengan hipertensi
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik
- g. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi/alternatif pemecahan masalah
- h. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi

C. Ruang Lingkup

Dalam penyusunan karya tulis ini, penulis hanya membahas tentang satu kasus yaitu “Asuhan Keperawatan pada Tn.T dengan Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam lantai 13 RSUD Koja Jakarta Utara selama 3 x 24 jam dari tanggal 13-15 Maret 2023.” Dengan menggunakan tahap proses keperawatan yang meliputi pengkajian,

perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

D. Metode Penelitian

Metode dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dan metode studi kepustakaan. Dalam metode deskriptif pendekatan yang dilakukan adalah studi kasus, dimana penulis mengelola satu dengan dengan menggunakan proses keperawatan. Sedangkan metode studi kepustakaan yaitu membaca dan mempelajari buku-buku dan sumber yang berhubungan dengan pasien hipertensi.

E. Sistematika Penulis

Makalah ini disusun secara sistematis terdiri dari lima bab yaitu: Bab I adalah pendahuluan yang mencakup latar belakang, tujuan penulis metode penulis, ruang lingkup, dan sistematika penulis, BAB II adalah tinjauan teoritis yang mencakup pengertian, patofisiologi (etiologi, proses penyakit, manifestasi klinis, dan komplikasi), penatalaksanaan, (terapi dan tindakan medis). pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan. BAB III adalah tinjauan kasus yang membahas tentang pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV membahas tentang kesenjangan yang ditemukan pada kasus dengan literature, meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan, dan BAB V adalah penutup yang mencakup kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Pengertian

Seseorang akan dikatakan mengidap hipertensi jika tekanan darah sistolik diatas atau sama dengan 140 mmHg dan darah diastolik lebih atau sama dengan 90 mmHg pada pemeriksaan yang dilakukan secara berulang (Tika, 2021). Hipertensi atau penyakit yang sering disebut darah tinggi ini merupakan suatu gangguan pada yang terjadi pada pembuluh darah dan berakibat pada suplai oksigen dan nutrisi dalam darah menjadi terhambat untuk sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkan (Mukrofah, 2020).

Menurut Sari (2022), Hipertensi merupakan suatu keadaan dimana meningkatnya tekanan darah pada dinding pembuluh darah arteri dan mengakibatkan jantung bekerja lebih keras dari biasanya agar bisa mengedarkan darah ke seleruh tubub melalui pembuluh darah. Hal ini juga bisa mengakibatkan aliran darah terganggu, pembuluh darah rusak dan bisa menyebabkan penyakit degenerative hingga kematian.

Secara klinis hipertensi bisa diklasifikasikan menjadi beberapa, yaitu:

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi (American Heart Association, 2020)

No.	Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
1.	Optimal	<120	<80
2.	Normal	120-129	80-84
3.	Normal Tinggi	130--139	85-89
4.	Hipertensi Tingkat 1	140-159	90-99
5.	Hipertensi Tingkat 2	160-169	100-109
6.	Hipertensi Tingkat 3	≥ 180	≥ 110
7.	Hipertensi Sistolik Terisolasi	≥ 140	<90

B. Patofisiologi

Etiologi

Hipertensi merupakan suatu keadaan dimana tekanan darah melebihi batas normal yang bervariasi sesuai dengan usia. Banyak faktor menjadi pemicu terjadinya hipertensi, sekitar 90 persen hipertensi tidak diketahui penyebabnya (Hipertensi essensial) sedangkan sekitar 10% penderita hipertensi sekunder biasanya disebabkan oleh penyakit komorbid atau obat tertentu. Pada kebanyakan kasus disfungsi renal akibat penyakit ginjal kronis atau penyakit renovaskular adalah penyebab yang paling sering ditemukan. Terdapat juga obat-obat tertentu yang secara langsung

maupun tidak dapat menyebabkan hipertensi atau memperberat hipertensi dengan menaikkan tekanan darah (Hastuti, 2020).

Sedangkan menurut Nuraini (2019) Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik akan tetapi ada beberapa faktor yang menjadi pengaruh terjadinya hipertensi antara lain :

1. Genetik

Sebesar 70-80% kasus hipertensi esensial ditemukan riwayat hipertensi pada keluarga, adanya faktor genetik pada keluarga tertentu dapat menyebabkan memiliki risiko hipertensi yang tinggi.

2. Obesitas

Faktor yang paling mempengaruhi dalam peningkatan tekanan darah merupakan berat badan. Obesitas merupakan penumpukan lemak dalam tubuh. Obesitas dapat menjadi salah satu faktor risiko hipertensi karena aliran darah akan menyempit (aterosklerosis) yang dapat menyebabkan kadar lemak dalam darah meningkat (hiperlipidemia). Plak ateromosa akan mengalami penyempitan yang berasal dari lemak. Penyempitan akan membuat jantung yang berfungsi untuk memompa darah memenuhi kebutuhan tubuh akan bekerja lebih keras sehingga menyebabkan tekanan darah tinggi.

3. Stres

Stres bisa meningkatkan tekanan darah dalam waktu karena stres dapat merangsang hormon adrenalin yang akan meningkatkan jantung memompa darah menjadi lebih cepat.

4. Kurang berolahraga

Risiko tekanan darah tinggi disebabkan kurangnya aktivitas fisik yang menyebabkan bertambahnya risiko untuk menjadi gemuk. Olahraga secara rutin dan teratur dapat menurunkan tahanan perifer yang akan menurunkan tekanan darah untuk pasien dengan hipertensi, otot jantung akan terbiasa melakukan pekerjaan yang lebih berat karena kondisi tertentu dikarenakan berolahraga. Ciri dari orang yang tidak suka berolahraga akan lebih cenderung mempunyai detak jantung lebih cepat dan otot jantung mereka harus bekerja lebih keras pada setiap kontraksi, semakin keras dan sering jantung harus memompa semakin besar pula kekuatan yang mendesak arteri.

5. Pola asupan garam dalam diet

Konsentrasi natrium di dalam cairan ekstraseluler meningkat akibat dari mengonsumsi natrium secara berlebihan. Untuk menormalkannya cairan intraseluler ditarik ke luar, sehingga volume cairan ekstraseluler meningkat. Meningkatnya volume darah dapat menyebabkan cairan ekstraseluler meningkat sehingga meningkatkan resiko hipertensi.

Proses Penyakit

Menurut Mardianti (2022), pada dasarnya hipertensi merupakan penyakit multifaktorial yang timbul akibat berbagai interaksi faktor-faktor risiko tertentu. Faktor-faktor risiko yang mendorong timbulnya kenaikan. Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan

dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah kapiler, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah kapiler.

Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon 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 respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal mengsekresi epinefrin yang menyebabkan penyempitan pembuluh darah. Korteks adrenal mengsekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah.

Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetus keadaan hipertensi. Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh darah perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada lanjut usia.

Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat, dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah.

Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer (Yogi, 2019).

Manifestasi Klinik

Menurut Fikriana (2018) Hipertensi sering disebut the “silent killer” karena tidak memunculkan gejala pada penderitanya, karena itu seringkali orang yang mengidap hipertensi tidak merasakan gejala yang muncul ketika mengalami peningkatan tekanan darah, meskipun tekanan darahnya sudah sangat tinggi. Tetapi pada beberapa penderita hipertensi merasakan gejala seperti pusing dan sakit kepala. Gejala tersebut merupakan gejala yang muncul ketika tekanan darah sudah sangat tinggi. Sehingga untuk mendeteksi dini hipertensi harus dilakukan dengan pemeriksaan rutin ke pelayanan kesehatan terdekat.

Hipertensi merupakan penyakit yang tidak memiliki gejala spesifik. Akan tetapi beberapa gejala hipertensi yang paling sering ditemui merupakan nyeri dada, pusing, epistaksis, dan palpitasi. Jika gejala tersebut diabaikan dapat berbahaya bagi kesehatan tetapi tidak bisa juga dijadikan tolak ukur dari penyakit hipertensi (Mardianti et al., 2022).

Dari kedua gejala klinis diatas, maka dari itu hipertensi tidak memiliki gejala yang spesifik dan bisa menjadi tolak ukur seseorang mengidap hipertensi akan tetapi ada beberapa gejala yang bisa ditemui pada pasien hipertensi yaitu sakit kepala, pusing, nyeri dada, pusing, epistaksis, dan palpitasi. Cara yang pasti untuk memastikan apakah terkena hipertensi atau tidak hanyalah dengan memeriksa kondisi rutin ke

palayanan kesehatan terdekat karena jika tidak dideteksi secepatnya akan bisa menimbulkan beberapa komplikasi.

Komplikasi

Terdapat beberapa komplikasi dari hipertensi yang diakibatkan oleh hipertensi yang tidak segera ditangani lebih lanjut, yaitu:

1. Stroke

Stroke disebabkan dari tekanan darah yang tinggi pada otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak yang terpajan tekanan tinggi. Arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertropi dan penebalan yang menyebabkan aliran darah ke daerah yang akan disalurkanannya menurun.

2. Infark miokard

Penyakit ini dapat terjadi akibat pembentukan trombus yang akan menghambat aliran darah melewati pembuluh darah sehingga suplai oksigen tidak tercukupkan dan mengakibatkan iskemia jantung yang akan menjadi infark pada miokard.

3. Gagal ginjal

Dapat terjadi akibat kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler glomerulus ginjal. Rusaknya glomerulus akan berakibat aliran darah ke nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Akibat rusaknya membrane glomerulus, protein akan keluar melalui urine sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan timbulnya edema pada penderita hipertensi.

4. Ensefalopati (kerusakan otak)

Kerusakan otak dapat terjadi terutama pada hipertensi magligna yaitu hipertensi yang meingkat cepat dan berbahaya. Tekanan yang sangat tinggi dapat meyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke ruang interstisial di seluruh susunan saraf pusat. Neuron disekitarnya kolaps dan terjadi koma serta kematian (Mardianti et al., 2022).

C. Penatalaksanaan

1. Terapi

Terdapat berbagai penatalaksanaan hiperternsi yang bersifat non farmakologis, dengan cara mengubah gaya hidup merupakan hal yang saring disarankan. Ada berbagai penatalaksanaan hipertensi dengan non farmakologik yaitu dengan cara merubah gaya hidup untuk menurunkan tekanan darah seperti mempertahankan berat badan ideal sesuai *Body Mass Index* (BMI) dengan rentang 18,5-24,9 kg/m², menurunkan tingkat stress, mengurangi asupan garam agar tidak lebih dari 100 mmol/hari (kira-kira 6 gr NaCl atau 2,4 gr garam), menghindari rokok, membatasi konsumsi minuman keras karena jika diminum secara belebihan dapat meningkatkan tekanan darah dan melalui terapi masase pada penderita hipertensi untuk memperlancar aliran energi dalam tubuh sehingga gangguan hipertensi beserta komplikasinya (Machus et al., 2020).

2. Tindakan medis

Obat antihipertensi menurut Mardianti (2022) diklasifikasikan menjadi beberapa kategori yaitu:

1) Diuretik

Biasanya paling sering diresepkan untuk klien dengan hipertensi ringan atau yang baru mengidap hipertensi. Kebanyakan obat antihipertensi menyebabkan retensi cairan oleh karena itu obat antihipertensi diberi bersama diuretik.

2) Simpatolitik (penekanan simpatetik)

Penghambat adrenergik alfa, penghambat (adrenergic bekerja di sentral simpatolitik), dan penghambat neuron adrenergic diklasifikasikan sebagai penekan simpatolitik. Penghambat adrenergic beta juga merupakan simpatolitik dan menghambat reseptor beta.

3) Vasodilator arteriol yang bekerja langsung

Obat ini merupakan obat tahap III yang bekerja dengan cara merelaksasikan otot-otot polos pembuluh darah terutama pembuluh darah arteri sehingga menyebabkan vasodilatasi. Tekanan darah akan menurun dan natrium serta air akan tertahap sehingga dapat terjadi edema perider karena vasodilatasi terjadi. Diuretik juga dianggap dapat mengurangi edema jika bekerja langsung bersama vasodilator.

4) Antagonis Angiotensin (ACE Inhibitor)

Obat golongan ini menghambat enzim pengubah angiotensin (ACE), yang nanti akan menghambat terjadinya pembentukan angiotensin II (Vasokonstriktor) dan menghambat pelepasan aldosterone. Aldosteron akan

meningkatkan retensi natrium dan ekskresi kalium. Jika aldosterone dihambat maka natrium akan diekskresikan bersama dengan air. Kaptopril, enalapril, dan lisinopril merupakan obat yang dipakai pada klien yang memiliki kadar renin serum yang tinggi.

5) Penyekat Beta (Beta-Blocker)

Cara kerja Beta-Blocker dengan menurunkan tekanan darah dengan mengurangi laju dan tekanan aliran darah yang dipompa jantung menuju ke sistem sirkulasi.

6) Antagonis Kalsium

Pada obat golongan ini digunakan untuk menimbulkan dilatasi pembuluh darah perifer dan pembuluh darah jantung yang selanjutnya akan menghasilkan penurunan tekanan aliran darah terhadap dinding pembuluh darah (MIMS, 2020).

D. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari seluruh proses keperawatan dan proses yang memiliki sifat sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai macam sumber yang ada yang bertujuan untuk mengidentifikasi serta mengevaluasi status kesehatan klien (Hasina et al., 2023).

1. Data biografi yang meliputi klien yang meliputi nama, umur, tempat tanggal lahir, dan sebagainya
2. Keluhan utama Pasien

Keluhan pertama yang mengakibatkan pasien ke rumah sakit

3. Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat yang menyebabkan pasien dibawa ke rumah sakit mengalami keluhan utama, biasanya pasien mengeluh sakit kepala, penglihatan kabur, dan tidak biasa tidur

4. Riwayat kesehatan masa lalu

Riwayat sakit sebelumnya, biasanya pasien mengalami tekanan darah tinggi terdahulu yang mengalami kekambuhan

5. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga apakah ada yang mengidap hipertensi atau tidak karena salah satu faktor pencetus hipertensi merupakan keturunan

6. Aktivitas atau pola Istirahat

Gejala: Apakah mengalami kelelahan atau lelah.

Tanda: Melakukan pemeriksaan terkait Frekuensi jantung, melakukan pemeriksaan apakah terdapat perubahan pada irama jantung, pariksa adanya takipnea.

7. Sirkulasi

Gejala: Apakah pasien memiliki riwayat tekanan darah tinggi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner dan penyakit serebrovaskuler atau stroke.

Tanda: Memeriksa apakah terdapat kenaikan tekanan darah, Apakah nadi terasa jelas dari karotis, jugularis, radialis. Apakah irama nadi takikardi atau bradikardi, kulit pucat, sianosis, waktu pengisian kapiler yang lambat.

8. Sistem eliminasi

Gejala : pernah mengalami gangguan pada ginjal seperti obstruksi atau tidak.

9. Makan atau minum (asupan cairan)

Gejala: Makanan yang disukai mengandung tinggi lemak, tinggi garam, dan kolestrol.

Tanda: Mengalami mual, muntah atau perubahan pada berat badan dan mengonsumsi obat diuretik, glikoseuria

10. Neurosensori

Gejala: Mengeluh sakit kepala, pusing, dan gangguan pada penglihatan (diplobia, penglihatan kabur, epistaxis).

Tanda: Status mental, perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara, efek, proses pikir, penurunan kekuatan genggam tangan.

11. Nyeri/ ketidaknyaman

Gejala: Angina (penyakit arteri koroner/ keterlibatan jantung), sakit kepala.

12. Pernapasan

Gejala: Dispnea yang berkaitan dari aktivitas/kerja, takipnea, ortopnea, dispnea, batuk dengan/tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok.

Tanda: Distress pernapasan/penggunaan otot aksesori pernapasan bunyi napas tambahan (krakties/mengi), sianosis.

13. Keamanan

Gangguan koordinasi atau bisa juga cara berjalan, hipotensi postural

14. Pembelajaran/penyuluhan

Memberi edukasi mengenai penyakit yang dihadapi

15. Pemeriksaan Fisik

Meliputi keadaan umum, kesadaran umum, tanda-tanda vital pasien, berat badan, tinggi badan, IMT, pemeriksaan head to toe yang meliputi ekspresi

wajah (pasien tampak gelisah, kesakitan, pucat), untuk kepala apakah nyeri, sakit kepala, mata: simetris, konjungtiva anemis, sklera ikterik, untuk telinga adanya kelainan, bentuk, serumen, perdarahan, atau ada benjolan, hidung simetris/tidak, peradangan ada atau tidak, kelainan bentuk, terdapat sekret atau tidak, nyeri atau tidak, untuk mulut bibir sianosis (pada penyakit jantung bawaan), bibir pucat atau tidak, bibir lembab atau kering, untuk leher apakah ada pembesaran kelenjar tiroid atau tidak, pemeriksaan perut, pemeriksaan dan untuk dada apakah jantung berdebar kencang, retraksi dada. frekuensi, irama kulit/ekstermitas: terperatur atau akral yang dingin atau hangat, terdapat sianosis atau tidak di dasar kuku, dan warna kulit.

16. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Hastuti (2020), terdapat beberapa pemeriksaan penunjang pada penderita hipertensi:

1) Laboratorium

- a. Albuminuria pada hipertensi karena kelainan parenkim ginjal
- b. Reatinin serum dan BUN meningkat pada hipertensi karena parenkim ginjal dengan gagal ginjal akut.
- c. Darah perifer lengkap
- d. Kimia darah (kalium, natrium, keratin)

2) EKG

- a. Hipertrofi ventrikel kiri
- b. Iskemia atau infark miocard
- c. Peninggian gelombang P
- d. Gangguan konduksi

3) Foto Rontgen

- a. Bentuk dan besar jantung Noothing dari iga pada koarktasi aorta.
- b. Pembendungan dan lebar paru
- c. Hipertrofi parenkim ginjal
- d. Hipertrofi vascular ginjal.

E. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respon terhadap gangguan kesehatan yang mempengaruhi proses kehidupan, atau kerentanan respon dari seorang individu, kelompok atau komunitas, keluarga. Untuk dapat melakukan penilaian klinis dalam mendiagnosis keperawatan tentunya harus memiliki standar diagnosis (Hasina et al., 2023) Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada penderita hipertensi menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2019) adalah sebagai berikut:

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.0009)
- b. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (D.0011)
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
- f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.00111)

F. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan penyusunan suatu rencana tindakan keperawatan dilaksanakan untuk mengatasi masalah klien yang sesuai dengan diagnosa keperawatan dan sudah ditentukan yang memiliki tujuan agar terpenuhinya kebutuhan pasien (Bismar, 2019)

Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2019); (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019); dan (Doenges et al., 2019) perencanaan keperawatan pada pasien hipertensi adalah:

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan keadekuatan aliran darah pembuluh darah distal untuk mempertahankan jaringan membaik dengan kriteria hasil denyut nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, tekanan darah sistolik membaik, dan tekanan darah diastolik membaik.

Intervensi:

Observasi:

- 1) Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, *ankle-brachial index*)
- 2) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)
- 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas

Teraupetik:

- 1) Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
- 2) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi

- 3) Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cidera
- 4) Lakukan pencegahan infeksi
- 5) Lakukan perawatan kaki dan kuku
- 6) Lakukan hidrasi

Edukasi:

- 1) Anjurkan berhenti merokok
 - 2) Anjurkan berolahraga rutin
 - 3) Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar
 - 4) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu
 - 5) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
 - 6) Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta
 - 7) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki)
 - 8) Anjurkan program rehabilitasi vaskular
 - 9) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)
 - 10) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).
2. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung
- Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi metabolisme tubuh tidak terjadi dengan kriteria hasil kekuatan nadi perifer meningkat, pucat atau sianosis menurun, dan tekanan darah membaik.

Intervensi:

Observasi:

- 1) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP).
- 2) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP).
- 3) Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)
- 4) Monitor intake dan output cairan
- 5) Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- 6) Monitor saturasi oksigen
- 7) Monitor keluhan nyeri dada (mis: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri)
- 8) Monitor EKG 12 sadapan
- 9) Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)
- 10) Monitor nilai laboratorium jantung (mis: elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP)
- 11) Monitor fungsi alat pacu jantung
- 12) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas
- 13) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis: beta blocker, ACE Inhibitor, *calcium channel blocker*, digoksin)

Teraupetik

- 1) Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
- 2) Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)
- 3) Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermitten, sesuai indikasi
- 4) Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat
- 5) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu
- 6) Berikan dukungan emosional dan spiritual
- 7) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94%

Edukasi:

- 1) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
- 2) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
- 3) Anjurkan berhenti merokok
- 4) Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian
- 5) Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
- 2) Rujuk ke program rehabilitasi jantung
3. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, pasien tampak rileks, pasien tampak tidak gelisah, meringis menurun, dan kesulitan tidur menurun.

Intervensi:

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Teraupetik

- 1) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

- 4) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
- 5) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan pola tidur pasien teratasi dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menjadi baik, dan pasien dapat tidur nyenyak.

Intervensi:

Observasi

- 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)
- 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
- 4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

Teraupetik

- 1) Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)
- 2) Batasi waktu tidur siang, jika perlu
- 3) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
- 4) Tetapkan jadwal tidur rutin
- 5) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)

- 6) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga

Edukasi

- 1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
 - 2) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
 - 3) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
 - 4) Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
 - 5) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)
 - 6) Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien dapat melakukan aktivitas sesuai tingkat kemampuan dengan kriteria hasil keluhan lelah menurun, peningkatan kekuatan tubuh meningkat tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan pernapasan.

Intervensi:

Observasi

- 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)
- 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
- 4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

Teraupetik

- 1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)
- 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
- 3) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
- 4) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi

- 1) Anjurkan tirah baring
- 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- 3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- 4) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kecukupan informasi yang berkaitan dengan topik tertentu meningkat dengan kriteria hasil perilaku sesuai anjuran meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun, dan perilaku membaik.

Intervensi:

Observasi

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Teraupetik

- 1) Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan
- 2) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
- 3) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- 1) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan
- 2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- 3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

G. Pelaksanaaan Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien mengatasi status kesehatan yang dihadapi. Intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien melibatkan dukungan, pengobatan dan tindakan agar memperbaiki kondisi klien dan keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang berpotensi untuk muncul nantinya. Proses pelaksanaan implementasi berpusat kepada kebutuhan klien dan faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan dan strategi implementasi keperawatandan kegiatan komunikasi. Implementasi keperawatan adalah kegiatan mengkoordinasikan aktivitas pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk mengawasi dan

mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan (Safitri, 2019). Tipe rencana tindakan keperawatan terdiri dari 4 yaitu:

1. Observasi,

Rencana tindakan diagnostik adalah rencana tindakan untuk mengkaji atau melakukan observasi terhadap kemajuan klien dengan pemantauan secara langsung yang dilakukan secara *continue*.

2. Terapeutik

Rencana tindakan keperawatan terapeutik adalah rencana tindakan yang ditetapkan untuk mengurangi, memperbaiki, dan mencegah perluasan masalah.

3. Edukasi

Rencana tindakan keperawatan yang berbentuk pendidikan kesehatan atau edukasi merupakan rencana tindakan yang ditetapkan bertujuan untuk meningkatkan asuhan keperawatan pasien.

4. Kolaborasi

Rencana kolaboratif ini disesuaikan dengan masalah yang terjadi. Masalah yang bersifat kognitif, afektif, dan psikomotor mungkin tidak memerlukan tindakan medis. Namun untuk masalah yang berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh, tetap memerlukan rencana kolaboratif (Purba, 2019).

H. Evaluasi Keperawatan

Dokumentasi pada tahap evaluasi merupakan membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan membuktikan bahwa tujuan dari tindakan keperawatan yang dilakukan apakah sudah tercapai atau

belum dan evaluasi juga merupakan merupakan tahap akhir dari keperawatan (Leniwita & Anggraini, 2019). Terdapat dua jenis evaluasi (Nanda, 2020):

a. Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif memiliki fokus aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan (Nanda, 2020):

- 1) S (subjektif): Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia
- 2) O (objektif): Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 3) A (analisis): Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- 4) P (perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif merupakan evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan.

Terdapat 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan, yaitu:

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini, penulis akan menuliskan serta membahas Asuhan Keperawatan pada Tn. T dengan Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam lantai 13 kamar 1304 RSUD Koja Jakarta Utara dari tanggal 13 hingga 15 Maret 2023 dengan menggunakan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Tn. T berusia 69 tahun, jenis kelamin laki-laki, pasien beragama Islam, berstatus sudah menikah, suku bangsa Jawa, pendidikan terakhir Sekolah Teknik Menengah (STM), Bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, pasien tidak bekerja, alamat pasien berada di Jln. Raya Pelabuhan Lorong II no.11 RT. 06/RW.04, sumber biaya ditanggung oleh BPJS, sumber informasi diperoleh dari pasien dan keluarga. Pasien masuk tanggal 12 Maret 2023 di Ruang Penyakit Dalam kamar 1304 dengan nomor register 2303120076.

2. Resume

Pada tanggal 13 Maret 2023 saat pasien sedang sholat subuh tiba-tiba ketika sedang minum air tidak lama air tersebut langsung dimuntahkan oleh pasien, mengalami nyeri pada perut, merasa cepat kenyang serta tidak nafsu makan dari seminggu yang lalu, dan nyeri pada kepala. Keluarga langsung mengantarkan pasien ke IGS RSUD Koja pukul 08.17 WIB. Keadaan umum sedang, berdasarkan hasil pengukuran tanda-tanda vital pasien, tekanan darah 177/95

mmHg, nadi 90x/menit, suhu 36,6°C, pernapasan 20x/menit, GCS: E4 M6 V5, kesadaran compos mentis. Masalah keperawatan yang ditegakkan yaitu nyeri akut, dan defisit nutrisi. Tindakan yang dilakukan adalah mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, penyebab nyeri merupakan tekanan darah meningkat, nyeri seperti ditekan benda berat, nyeri di kepala, skala nyeri 4/5, nyeri hilang timbul lalu perawat mengkaji respon nyeri nonverbal, pasien tampak meringis, pasien mendapatkan terapi paracetamol drip melalui intravena, lalu dilakukan mengkaji efek samping dari penggunaan paracetamol drip didapatkan hasil tidak ada efek samping dari penggunaan paracetamol drip. Pada diagnosa defisit nutrisi, pasien dikaji status nutrisi, status nutrisi pasien masih kurang dengan IMT 17,9 dengan berat badan 55kg, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, pasien tidak memiliki alergi dan intoleransi makanan, pasien mengatakan merasa tidak nafsu makan. Terdapat kolaborasi infus RL 500 ml/24 jam. Evaluasi, Keadaan umum sedang, tekanan darah 177/95 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, suhu 36,6°C, frekuensi pernapasan 20x/menit, GCS: E4 M6 V5, nyeri disebabkan oleh tekanan darah meningkat, pasien mengatakan nyeri pada kepala nyeri seperti ditekan benda berat, nyeri tidak berpindah-pindah, nyeri dengan skala 4/5, nyeri bersifat hilang timbul, terapi paracetamol drip/24 jam melalui intravena, status nutrisi pasien masih kurang dengan IMT 17,9 dengan berat badan 55kg, pasien tidak memiliki alergi dan intoleransi makanan, pasien mengatakan merasa tidak nafsu makan, kolaborasi infus RL 500 ml/24 jam.

3. Riwayat Keperawatan

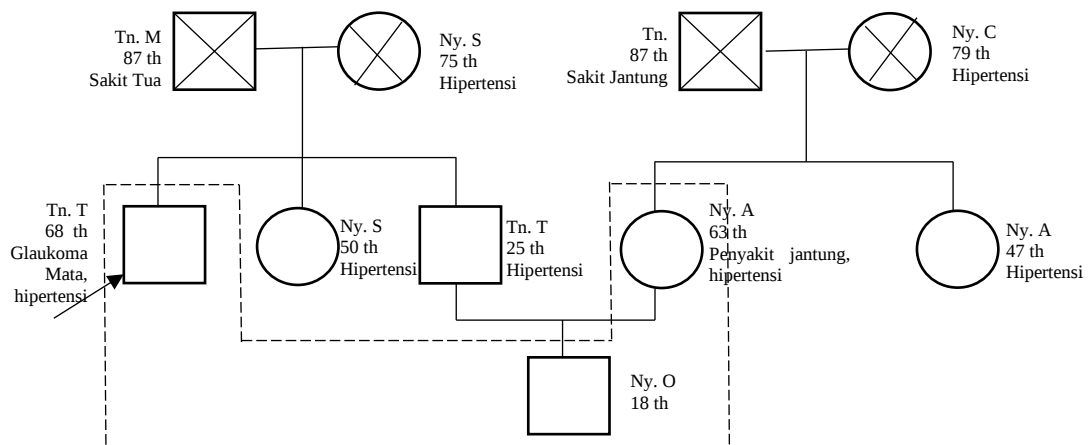
a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan utama pasien sekarang merasa nyeri di kepala dengan skala 4/5, pasien tampak meringis, pasien mengeluh tidak nafsu makan, pasien mengeluh merasa kelelahan, pasien mengatakan jantungnya serasa berdeba dengan kencang

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

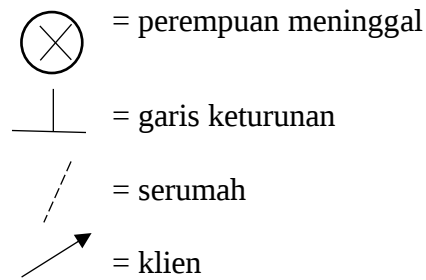
Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 2013, riwayat glaukoma mata tahun 2018, dan riwayat gastritis sejak 2019, pasien memiliki riwayat pemakaian obat hipertensi yaitu amlodipine 1x10 mg. Pasien pernah dirawat dirumah sakit karena glaukoma mata pada tahun 2018 selama 4 hari dan tidak memiliki riwayat kecelakaan.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga



Keterangan :

-  = laki – laki
-  = perempuan
-  = laki-laki meninggal



Berdasarkan hasil pengkajian pasien dengan keluarga didapatkan data bahwa ada anggota keluarga yang memiliki riwayat masalah kesehatan yaitu Ibu dari pasien yang mengidap hipertensi dan untuk yang lain tidak ditemukan masalah kesehatan pada anggota keluarga (tiga generasi dari pasien) yang memiliki masalah kesehatan. Pola komunikasi pasien dengan keluarga dilakukan secara dua arah dimana setiap keputusan diambil berdasarkan hasil musyawarah antar anggota keluarga.

- d. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang memiliki faktor risiko

Pasien mengatakan Ibu pasien mengidap penyakit hipertensi.

- e. Riwayat Psikosoial dan Spiritual

Orang yang terdekat dengan pasien adalah istrinya, pasien tinggal serumah dengan anak dan istrinya. Pasien mengikuti kegiatan kerja bakti di masyarakat. Penyakit pasien berdampak bagi keluarganya karena keluarga merasa sedih akan kondisi pasien saat ini dan merindukan pasien untuk pulang. Pasien mengatakan masalah yang mempengaruhinya adalah rasa sakitya saat ini. Mekanisme koping terhadap stress dilakukan pasien yaitu tidur. Pasien berharap dapat pulih dan sembuh dari penyakitnya. Pasien juga berharap bisa pulang ke rumahnya dan beraktivitas seperti dulu, setelah sakit, pasien merasa sering khawatir akan penyakitnya. Pasien mengatakan tidak

ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan, aktivitas agama yang dilakukan pasien yaitu sholat. Pasien mengatakan lingkungan rumah pasien bersih dan nyaman.

f. Pola Kebiasaan

1) Pola Nutrisi

Sebelum sakit: Pasien makan 3x sehari, nafsu makannya baik dan dapat menghabiskan satu porsi saat makan, tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada makanan yang menjadi pantangan untuk pasien, tidak ada mengonsumsi obat-obatan sebelum makan, dan tidak ada penggunaan alat bantu

Di rumah sakit: Pasien makan 3x sehari, nafsu makan pasien tidak baik, pasien hanya makan 2-3 sendok saja. Tidak ada makanan yang tidak disukai pasien. Makanan yang menjadi pantangan adalah makanan yang mengandung tinggi garam. Saat di rumah sakit pasien mendapatkan diet rempah garam, pasien makan tanpa menggunakan alat bantu, dan tidak ada obat-obatan yang dikonsumsi pasien sebelum makan

2) Pola Eliminasi

Sebelum sakit: pasien BAK $\pm 5x$ sehari dengan warna urin kuning jernih, tidak ada keluhan selama BAK, dan tidak menggunakan alat bantu selama BAK, Pasien biasa BAB 1x sehari namun waktunya tidak tentu, warnanya cokelat, konsistensi padat, tidak ada keluhan saat BAB dan pasien tidak menggunakan laksatif.

Di rumah sakit: pasien BAK $\pm 5x$ sehari dengan warna urin kuning jernih, tidak ada keluhan selama BAK dan tidak menggunakan alat bantu

selama BAK. Pasien biasa BAB 1x sehari namun waktunya belum tentu, warnanya cokelat, konsistensi padat, tidak ada keluhan saat BAB, dan pasien tidak menggunakan laksatif.

3) Personal Hygiene

Sebelum sakit: pasien mandi 2x sehari pada pagi dan malam hari. Pasien juga melakukan oral hygiene 2x sehari pada pagi dan malam hari. Untuk mencuci rambut pasien biasanya melakukan 3x dalam seminggu.

Di rumah sakit: pasien mandi 2x sehari pada pagi dan malam hari. Pasien juga melakukan oral hygiene 2x sehari pada pagi dan malam hari. Untuk mencuci rambut, pasien mengatakan ia baru mencuci rambutnya sekali sejak dirawat

4) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit: pasien biasa tidur siang selama 1 jam sehari. Pasien tidur pada malam hari selama 8 jam sehari, tidak ada kebiasaan yang dimiliki sebelum tidur

Di rumah sakit: pasien biasa tidur siang selama 1 jam sehari. Pasien tidur pada malam hari selama 7 jam sehari, tidak ada kebiasaan yang dimiliki sebelum tidur

5) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit: pasien tidak bekerja, pasien mengatakan tidak berolahraga dan pasien tidak memiliki keluhan saat aktivitas.

Di rumah sakit: pasien tidak bekerja, pasien tidak melakukan olahraga, pasien mengatakan jika beraktivitas merasa lemas.

6) Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Sebelum sakit: pasien mengatakan tidak memiliki riwayat merokok, tidak memiliki riwayat minum-minuman keras, ataupun riwayat penggunaan NAPZA.

Di rumah sakit: pasien mengatakan tidak memiliki riwayat merokok, tidak memiliki riwayat minum-minuman keras, ataupun riwayat penggunaan NAPZA.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan Fisik Umum

Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik yang diperoleh data berat badan pasien 55 kg dengan tinggi badan 175 cm, IMT pasien 17,9, pasien mengatakan sebelum sakit beratnya 61 kg. Tekanan darah pasien 180/90 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,7° C, keadaan umum pasien sakit sedang, dan pasien tidak ada risiko pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem Penglihatan

Sistem penglihatan pasien memiliki sisi mata yang simetris, kelopak mata normal, gerakan mata normal, konjungtiva bewarna merah muda, kornea berkeruh, sklera anikterik, pupil isokor, otot-otot mata tidak ada kelainan, fungsi penglihatan kabur, tanda-tanda radang tidak ada, tidak memakai kaca mata, tidak memakai lensa kontak.

c. Sistem Pendengaran

Pasien memiliki daun telinga yang normal, serumen telinga bewarna kekuningan dengan konsistensi lunak dan berbau normal, kondisi telinga

tengah normal, tidak ada cairan dari telinga, tidak ada perasaan penuh pada telinga, tidak ada tinnitus, fungsi pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan, dan tidak memakai alat bantu pendengaran.

d. Sistem Wicara

Sistem wicara pasien dapat berbicara dengan normal, tidak terdapat aphasia, aphonia, dysatria, dysphasia, ataupun anarthia

e. Sistem Pernapasan

Pasien memiliki jalan napas yang bersih, pasien mengatakan tidak merasa sesak, pasien tidak menggunakan otot bantu pernapasan, frekuensi pernapasan pasien 20x/menit, pernapasan pasien spontan, kedalaman pernapasan dalam, pasien tidak batuk, tidak terdapat sputum, palpasi dada tidak teraba massa, perkusi dada sonor, suara napas vesikuler, tidak ada nyeri saat bernapas, dan juga tidak ada penggunaan alat bantu napas.

f. Sistem Kardiovaskuler

Sirkulasi perifer nadi pasien yaitu 90x/menit, irama teratur, denyut nadi kuat, tekanan darah pasien 180/90 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis, temperatur kulit hangat, warna kulit pucat, pengisian kapiler selama kurang dari 2 detik, dan tidak terdapat edema. Pada sirkulasi jantung kecepatan denyut apical 90x/menit, irama tidak teraur, tidak terdapat kelainan bunyi jantung, pasien mengatakan tidak ada rasa nyeri pada dada

g. Sistem Hematologi

Sistem hematologi tidak tampak pucat, tidak terdapat pendarahan seperti petechie, purpura, mimisan, echimosis, ataupun pendarahan gusi.

h. Sistem Syaraf Pusat

Pasien tidak memiliki keluhan sakit kepala, tingkat kesadaran pasien compos mentis dengan nilai GCS E4 M6 V5, tidak terdapat tanda-tanda peningkatan TIK, tidak terdapat gangguan pada sistem persyarafan, hasil pemeriksaan refleks fisiologis normal dan tidak terdapat refleks patologis.

i. Sistem Pencernaan

Dari hasil pengkajian gigi pasien tidak ada karies, pasien tidak menggunakan gigi palsu, pasien terdapat stomatitis, lidah pasien tidak kotor, salifa normal, pasien mengatakan tidak muntah, pasien mengatakan ada nyeri didaerah perut sebelah dengan skala nyeri 1/5, pasien mengatakan nyeri seperti ditekan benda berat dan lokasi nyeri berada di kanan bawah perut, bising usus pasien 15x/menit, pasien tidak ada diare dan konstipasi, hepar teraba, abdomen pasien lembek.

j. Sistem Endokrin

Sistem endokrin tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid, napas berbau normal, dan tidak ada luka gangrene.

k. Sistem Urogenital

Sistem urogenital balance cairan pasien per 24 jam tanggal 13 Maret 2023 pukul 12.00 WIB minum 750 ml, infus 500 ml, am 275cc output urine: 700 ml, iwl: 550 cc, balance cairan +275

l. Sistem Integumen

Pasien memiliki turgor kulit yang baik, temperature kulit 36,7°C, warna kulit kemerahan, keadaan kulit baik, tidak ada kelainan kulit, kondisi kulit daerah

pemasangan infus baik dan tidak ada flebitis, tekstur rambut dan kebersihan rambut baik.

m. Sistem Muskuloskeletal

Sistem musculoskeletal pasien kesulitan dalam pergerakan, pasien tidak ada sakit pada tulang atau sendi, tidak ada fraktur, tidak ada kelainan struktur tulang belakang, tonus otot pasien baik, kekuatan otot pasien baik.

5. Data Tambahan (Pemahaman tentang penyakit)

Pasien mengatakan sudah tahu mengenai hipertensi, namun belum tahu mengapa bisa terjadi hipertensi.

6. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratrium darah lengkap 13 Maret 2023

Hemoglobin 15,4 g/dL, jumlah leukosit $9,50 \times 10^3/\mu\text{L}$, hematokrit 43,8%, jumlah trombosit $286 \times 10^3/\mu\text{L}$, jumlah eritrosit 5,21 juta/ μL , MCV 84 fL, MCH 30 pg, MCHC 35 g/dL, RDW-CV 12,2% , basofil 0,3%, eosinofil 0,9 %, neutrofil 65,9%, limfosit 22,5%, monosit 5,5%, NLR 14,34, ALC $817/\mu\text{L}$, natrium 140 mEq/L, kalium 3,62 mEq/L, klorida 99 mEq/L, ureum 25,2 mg/dL, kreatinin 1,44 mg/dL, eGFR (CKD-EPI) 52,9 mL/min $1,73 \text{ m}^2$, GDS 146 mg/dL

Pemeriksaan rontgen 13 Maret 2023

Normal, tidak ada kelainan

Pemeriksaan EKG 13 Maret 2023

Terdapat aritmia, HR 75 bpm, qrs complex normal dan pr interval normal.

Pemeriksaan SWAB Antigen 12 Maret 2023

Negatif

7. Penatalaksanaan

Pasien mendapatkan terapi injeksi berupa omeprazole 2x40 gram, ceftriaxone 1x2 gram, ondansetron 3x8 mg, paracetamol drip 3x1 gram. Pasien juga mendapatkan terapi oral berupa sucralfat sirup 3x1 sendok, amlodipine tablet 1x10 mg, dan bisoprolol tablet 1x25 mg.

8. Data Fokus

Data subjektif :

Pasien mengatakan jantung serasa berdebar, pasien mengeluh lelah, Pasien mengatakan nyeri pada kepala, pasien mengatakan tidak nafsu makan dan merasa cepat kenyang sejak seminggu yang lalu, pasien mengatakan tinggal di desa pedalaman sehingga jarang mendapatkan penyuluhan tentang hipertensi, pasien mengatakan mengerti mengenai pengertian dan tanda gejala dari hipertensi, pasien mengatakan tidak mengetahui mengenai diet hipertensi yang baik bagi penderita hipertensi, pasien mengatakan masih suka makan makanan yang mengandung santan, keluarga pasien mengatakan pasien masih suka makan goreng gorengan, pasien mengatakan selama ini hanya mengetahui penderita hipertensi tidak boleh makan makanan yang asin, pasien mengatakan mata kirinya sudah tidak bisa melihat karena glaukoma mata, pasien mengatakan mata kanannya sudah rabun, pasien mengatakan biasanya ketika berjalan dibantu oleh istrinya.

Data Objektif :

Tekanan darah pasien 180/90 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,7° C, CRT >2 detik, kulit pasien terlihat pucat, gambaran EKG aritmia, pasien nyeri pada kepala seperti tertekan benda berat,

pasien nyeri karena tekanan darah meningkat, skala nyeri pasien 3/5, nyeri pada pasien hilang timbul, frekuensi nadi meningkat dari 80x/menit menjadi 90x/menit ketika beraktivitas, nafsu makan pasien menurun, pasien terlihat pucat, berat badan pasien menurun dari 61 kg menjadi 55 kg, membran mukosa pasien terlihat pucat, pasien terlihat ada sariawan, IMT 17,9, pasien terlihat hanya makan 2-3 sendok saja, Pasien terlihat tidak memahami diet hipertensi yang baik bagi penderita hipertensi, pasien terlihat tidak mengetahui mengenai pengaruh makanan yang dimakan bagi penyakitnya, pasien terlihat memahami pengertian serta tanda dan gejala hipertensi, mata pasien terlihat kabur, keluarga pasien jarang menemani pasien, *handrail* bed pasien seringkali diturunkan pasien karena merasa sempit.

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data Subjektif : Pasien mengatakan jantung serasa berdebar, pasien mengeluh lelah Data Objektif : Tekanan darah 180/90 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, CRT >2 detik, kulit pasien terlihat pucat, gambaran EKG aritmia	Risiko Penurunan Curah Jantung	perubahan irama jantung

2.	Data subjektif : Pasien mengatakan nyeri pada kepala Data objektif : pasien nyeri pada kepala seperti tertekan benda berat, pasien nyeri karena tekanan arah meningkat, skala nyeri pasien 3/5, nyeri pada pasien hilang timbul, frekuensi nadi meningkat dari 80x/menit menjadi 90x/menit ketika beraktivitas	Nyeri akut	agen pencedera fisiologis
3.	Data Subjektif: pasien mengatakan tidak nafsu makan dan merasa cepat kenyang dari seminggu yang lalu Data Objektif : nafsu makan pasien menurun, pasien terlihat pucat, berat badan pasien	Defisit Nutrisi	ketidakmampuan mencerna makanan

	menurun dari 61 kg menjadi 55 kg, membrane mukosa pasien terlihat pucat, pasien terlihat ada sariawan, IMT 17,9, pasien terlihat hanya makan 2-3 sendok saja		
	Data Subjektif: pasien mengatakan tinggal di desa pedalaman sehingga jarang mendapatkan penyuluhan tentang hipertensi, pasien mengatakan mengerti mengenai pengertian dan tanda gejala dari hipertensi, pasien mengatakan tidak mengetahui mengenai diet hipertensi yang baik bagi penderita hipertensi, pasien mengatakan	Defisit pengetahuan	kurang tepapar informasi

	masih suka makan makanan yang mengandung santan, keluarga pasien mengatakan pasien masih suka makan goreng gorengan, pasien mengatakan selama ini hanya mengetahui penderita hipertensi tidak boleh makan makanan yang asin. Data Objektif: Pasien terlihat tidak memahami diet hipertensi yang baik bagi penderita hipertensi, pasien terlihat tidak mengetahui mengenai pengaruh makanan yang dimakan bagi penyakitnya, pasien terlihat memahami		
--	---	--	--

	pengertian serta tanda dan gejala hipertensi		
	Data Subjektif: Pasien mengatakan mata kirinya sudah tidak bisa melihat karena glaukoma mata, pasien mengatakan mata kanannya sudah rabun, pasien mengatakan biasanya ketika berjalan dibantu oleh istrinya Data Objektif: Mata pasien terlihat keruh, keluarga pasien jarang menemani pasien, <i>handrail bed</i> pasien seringkali diturunkan pasien karena merasa sempit	Risiko jatuh	glaukoma

B. Diagnosa

Berdasarkan data-data yang diperoleh dari hasil pengkajian baik data yang diperoleh secara subjektif maupun data yang diperoleh secara objektif, ditemukan diagnosa keperawatan sebagai berikut:

1. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
5. Risiko jatuh berhubungan dengan glaukoma

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi

1. **Risiko penurunan curah jantung** dibuktikan dengan perubahan irama jantung ditandai dengan

Data Subjektif:

Pasien mengatakan jantung serasa berdebar dan pasien mengeluh lelah

Data Objektif:

Tekanan darah 180/90 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, CRT >2 detik, kulit pasien terlihat pucat, gambaran EKG aritmia

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan penurunan curah jantung tidak terjadi.

Kriteria Hasil: pasien tidak merasa jantung serasa berdebar, pasien tidak mengeluh lelah, tekanan diastolik membaik, tekanan sistolik membaik, *capillary refill time* (CRT) <2 detik.

Intervensi:**Observasi:**

- a. Monitor tanda-tanda vital
- b. Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung setiap 24 jam
- c. Mengidentifikasi tanda/gejala skunder penurunan curah jantung setiap 24 jam
- d. Monitor intake dan output cairan setiap 24 jam
- e. Monitor CRT

Teraupetik:

- a. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas
- b. Posisikan pasien semi-fowler
- c. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat

Edukasi:

- a. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
- b. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
- c. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian

Kolaborasi:

- a. Kolaborasi pemberian amlodipine tablet 1x10 mg pukul 17.00 WIB
- b. Kolaborasi pemberian bisoprolol tablet 1x25 mg pukul 17.00 WIB
- c. Kolaborasi pemberian ceftriaxone 1x2 gram pukul 17.00 WIB

Pelaksanaan**Tanggal 13 Maret 2023**

pukul 08.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah 180/90 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, suhu 36,7° C, dan saturasi oksigen 99%, pukul 09.00 WIB memeriksa tekanan darah dan frekuensi

nadi sebelum dan sesudah aktivitas, tekanan darah pasien sebelum beraktivitas 180/90 mmHg dan sesudah melakukan aktivitas, frekuensi nadi dari 90x/menit menjadi 97x/menit, pukul 09.15 WIB mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung, pasien mengatakan merasa kelelahan, pukul 09.30 WIB mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung, pasien terlihat pucat, pasien mengatakan jantung berdebar kencang, pukul 10.00 WIB memonitor CRT, CRT >2 detik, pukul 10.50 WIB, menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi, pasien sudah dianjurkan beraktivitas fisik, pukul 11.00 WIB mengajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian, pasien dan keluarga sudah diajarkan cara mengukur intake dan output cairan harian dan pasien beserta keluarga mengatakan sudah mengerti, pukul 12.00 WIB memonitor input dan output cairan setiap 24 jam, minum 750 ml, infus 500 ml, am 275cc output urine: 700 ml, iwl: 550 cc, balance cairan +275, pukul 13.00 WIB memberi dan memasang infus RL 500ml/24 jam dengan 6 tpm, pasien sudah diberikan infus RL 500ml/24 jam dengan 6 tpm, pukul 14.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah 177/90 mmHg, frekuensi nadi 85x/menit, frekuensi pernapasan 18x/menit, suhu 36,5° C, dan saturasi oksigen 100%, pukul 17.00 WIB pemberian amlodipine tablet 1x10 mg, bisoprolol 1x1 25 mg, ceftriaxone 1x2 gram, pasien sudah meminum obat amlodipine dan tidak ada reaksi abnormal, pukul 20.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah 165/88 mmHg, frekuensi nadi 91x/menit, frekuensi pernapasan 18x/menit, suhu 36,4° C, dan saturasi oksigen 100%.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah 164/85 mmHg, frekuensi nadi 75x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, suhu 37°C, saturasi oksigen 97%, pukul 09.00 WIB mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung, pasien mengatakan masih merasa kelelahan, pukul 09.30 WIB mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung, pasien terlihat pucat, pasien mengatakan jantung sudah berdebar tidak begitu kencang, pukul 09.25 WIB memeriksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas, tekanan darah pasien sebelum beraktivitas 164/85 mmHg dan sesudah melakukan aktivitas 175/90 mmHg, frekuensi nadi meningkat dari 75x/menit menjadi 82x/menit, pukul 10.15 WIB, menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi, pasien sudah dianjurkan beraktivitas fisik, pukul 10.30 WIB memonitor CRT, CRT>2 detik pukul 11.00 WIB memposisikan pasien semi-fowler, pasien sudah diposisikan semi fowler, pukul 12.00 WIB memonitor input dan output cairan setiap 24 jam, minum 800 ml, infus 500 ml, am 275cc output urine: 700 ml, iwl: 550 cc, balance cairan +225, pukul 13.00 WIB memberi dan memasang infus RL 500ml/24 jam dengan 6 tpm, pasien sudah diberikan infus RL 500ml/24 jam dengan 6 tpm, pukul 14.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah 160/89 mmHg, frekuensi nadi 75x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, suhu 36,7° C, dan saturasi oksigen 100%, pukul 17.00 WIB pemberian amlodipine tablet 1x10 mg, bisoprolol 1x1 25 mg, dan ceftriaxone 1x2 gram, pasien sudah meminum obat amlodipine dan tidak ada reaksi abnormal, pukul 20.00 WIB memonitor tanda-tanda vital,

tekanan darah 163/87 mmHg, frekuensi nadi 92x/menit, frekuensi pernapasan 18x/menit, suhu 36,8° C, dan saturasi oksigen 98%.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah 161/70 mmHg, frekuensi nadi 72x/menit, frekuensi pernapasan 18x/menit, suhu 36,3° C, saturasi oksigen 99%, pukul 09.35 WIB mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung, pasien mengatakan sudah tidak merasa kelelahan, pukul 09.55 WIB mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung, pasien sudah tidak terlihat pucat, pasien mengatakan jantung tidak berdebar kencang, pukul 10.05 WIB memonitor CRT, CRT <2 detik, pukul 10.20 WIB memeriksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas, tekanan darah pasien sebelum beraktivitas 155/76 mmHg dan sesudah melakukan aktivitas 160/80 mmHg, frekuensi nadi meningkat dari 65x/menit menjadi 77x/menit, pukul 10.25 WIB, menganjurkan beraktivitas fisik bertahap, pasien sudah dianjurkan beraktivitas fisik secara bertahap, pukul 11.00 WIB memfasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat, pasien dan keluarga sudah dimodifikasi gaya hidup sehat, pukul 12.00 WIB memonitor input dan output cairan setiap 24 jam, minum 800 ml, infus 500 ml, am 275cc output urine: 800 ml, iwl: 550 cc, balance cairan +225, pukul 13.00 WIB memberi dan memasang infus RL 500ml/24 jam dengan 6 tpm, pasien sudah diberikan infus RL 500ml/24 jam dengan 6 tpm, pukul 14.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah 161/90 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi pernapasan 18x/menit, suhu 36,8° C, dan saturasi oksigen 100%, pukul 17.00 WIB pemberian amlodipine tablet 1x10 mg, bisoprolol 1x1 25 mg, ceftriaxone

1x2 gram, pasien sudah meminum obat amlodipine dan tidak ada reaksi abnormal, pukul 20.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah 155/76 mmHg, frekuensi nadi 65x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, suhu 36,3° C, saturasi oksigen 99%,

Evaluasi tanggal 15 Maret 2023 pukul 20.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan jantung sudah tidak bedebar kencang, pasien mengatakan sudah tidak merasa kelelahan

Objektif: tekanan darah 155/76 mmHg, frekuensi nadi 65x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, suhu 36,3° C, pasien sudah diposisikan semi fowler, tekanan darah pasien sebelum beraktivitas 155/76 mmHg dan sesudah melakukan aktivitas 160/80 mmHg, frekuensi nadi meningkat dari 65x/menit menjadi 77x/menit, minum 800 ml, infus 500 ml, am 275cc output urine: 800 ml, iwl: 550 cc, balance cairan +225.

Analisa: tujuan lanjutkan intervensi, memonitor tanda dan gejala, memonitor TTV sebagian tercapai

Perencanaan: lanjutkan intervensi poin a, b, c, d, e pada pengkajian dan poin a, b, dan c pada kolaborasi.

2. **Nyeri Akut** berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan

Data subjektif :

Pasien mengatakan nyeri pada kepala

Data objektif :

pasien nyeri pada kepala seperti tertekan benda berat, pasien nyeri karena tekanan darah meningkat, skala nyeri pasien 3/5, nyeri pada pasien hilang timbul, frekuensi nadi meningkat dari 80x/menit menjadi 90x/menit.

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan

Kriteria hasil: pasien tidak mengeluh nyeri, skala nyeri 1/5, pasien tidak terlihat meringis, pasien tidak tampak gelisah, frekuensi nadi membaik (60-100x/menit).

Intervensi:

Observasi:

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b. Identifikasi respon nyeri non verbal
- c. Identifikasi skala nyeri
- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e. Monitor efek samping penggunaan paracetamol drip

Teraupetik:

- a. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- b. Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi:

- a. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- b. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam

Kolaborasi:

- a. Kolaborasi pemberian paracetamol drip 1 gram pukul 12.00 WIB.

Pelaksanaan

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 08.10 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, nyeri disebabkan tekanan darah meningkat, nyeri

seperti ditekan benda berat, nyeri pada kepala, nyeri dengan skala 3/5, nyeri bersifat hilang timbul, pukul 09.00 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal, pasien tampak meringis, pukul 10.30 WIB menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, pasien sudah dianjurkan memonitor nyeri secara mandiri, pukul 12.00 WIB pemberian paracetamol drip, pasien sudah diberikan paracetamol drip dan dipasang paracetamol drip pada intravena, pukul 12.15 WIB memonitor efek samping pemberian paracetamol drip, pasien mengatakan lebih tenang karena nyeri berkurang pukul 13.10 WIB memfasilitasi pasien untuk istirahat dan tidur, pasien sudah difasilitasi istirahat dan tidur, pukul 14.00 WIB mengidentifikasi skala nyeri, skala nyeri 2/5, pukul 14.10 WIB kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, lingkungan sudah dikontrol yaitu suhu ruangan sudah memadai, penercahayaan sudah cukup, tidak ada kebisingan, pukul 20.00 WIB mengidentifikasi skala nyeri, skala nyeri 2/5

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 08.20 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, nyeri karena tekanan darah meningkat, nyeri seperti ditekan benda berat, nyeri pada kepala bagian belakang, nyeri dengan skala 2/5, nyeri bersifat hilang timbul, pukul 08.50 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal, pasien masih tampak meringis, pukul 09.20 WIB menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, pasien sudah dianjurkan memonitor nyeri secara mandiri, pukul 12.00 WIB pemberian paracetamol drip, pasien sudah diberikan paracetamol drip dan dipasang paracetamol drip pada intravena, pukul 13.30 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur, pasien sudah difasilitasi istirahat dan tidur, pukul 14.00 WIB mengidentifikasi skala nyeri, skala nyeri 2/5, pukul 14.00 WIB

mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, lingkungan sudah dikontrol yaitu suhu ruangan sudah mencukupi, pencahayaan sudah cukup, tidak ada kebisingan, pukul 15.00 WIB mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, pasien sudah diajarkan teknik relaksasi napas dalam.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08.10 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, nyeri karena tekanan darah meningkat, nyeri seperti ditekan benda berat, nyeri pada kepala bagian belakang, nyeri dengan skala 1/5, nyeri bersifat hilang timbul, pukul 09.20 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal, pasien sudah tidak tampak meringis dan tidak tampak gelisah, pukul 09.45 WIB menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, pasien sudah dianjurkan memonitor nyeri secara mandiri, memfasilitasi istirahat dan tidur, pukul 13.30 WIB pasien sudah difasilitasi istirahat dan tidur, pukul 14.00 WIB mengidentifikasi skala nyeri, skala nyeri 1/5, pukul 14.10 WIB kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, lingkungan sudah dikontrol yaitu suhu ruangan sudah mencukupi, pencahayaan sudah cukup, tidak ada kebisingan, pukul 20.10 WIB mengidentifikasi skala nyeri, skala nyeri 1/5.

Evaluasi tanggal 15 Maret 2023 pukul 20.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan skala nyeri 1/5

Objektif: nyeri karena tekanan darah meningkat, nyeri seperti ditekan benda berat, nyeri pada kepala bagian belakang, nyeri dengan skala 1/5, nyeri bersifat hilang timbul, tidak ada kebisingan, pasien tidak tampak gelisah, dan pasien tidak tampak meringis.

Analisa: tujuan sudah tercapai

Perencanaan: intervensi dihentikan.

3. **Defisit nutrisi** berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

Data Subjektif:

Pasien mengatakan tidak nafsu makan dan merasa cepat kenyang dari seminggu yang lalu

Data Objektif :

Nafsu makan pasien menurun, pasien terlihat pucat, berat badan pasien menurun dari 61 kg menjadi 55 kg, membrane mukosa pasien terlihat pucat, pasien terlihat ada sariawan, IMT 17,9, pasien terlihat hanya makan 2-3 sendok saja

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik

Kriteria hasil: porsi makanan yang dihabiskan (5-6 sendok), pasien tidak merasa cepat kenyang, sariawan tidak ada, nafsu makan membaik, membrane mukosa lembab, IMT 18,5.

Intervensi:

Observasi:

- a. Identifikasi status nutrisi
- b. Identifikasi makanan yang disukai
- c. Monitor berat badan
- d. Monitor stomatitis dan membran mukosa
- e. Monitor pola nutrisi
- f. Monitor nafsu makan

Teraupetik:

- a. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

- b. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Edukasi:

- a. Ajarkan posisi duduk

Kolaborasi:

- a. Kolaborasi pemberian ondansetron 3x1 8 mg pukul 05.00 WIB, pukul 12.00 WIB, dan pukul 17.00 WIB.
- b. Kolaborasi pemberian omeprazole 2x40 gram pukul 05.00 WIB dan pukul 12.00 WIB
- c. Kolaborasi pemberian sucralfat sirup 3x1 sendok pukul 05.00 WIB, pukul 12.00 WIB, dan pukul 17.00 WIB.

Pelaksanaan

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 05.00 WIB pemberian sucralfat sirup 3x1 sendok, ondansetron 3x1 8 mg, omeprazole 2x40 mg pasien sudah diberikan obat dan tidak ada reaksi abnormal, pukul 08.20 WIB mengidentifikasi status nutrisi, status nutrisi pasien masih kurang dengan IMT 17,9, pukul 09.45 WIB mengidentifikasi makanan yang disukai, pasien mengatakan menyukai makan rendang dan sayuran, pukul 10.40 memonitor berat badan, berat badan pasien 55 kg, pukul 12.00 WIB pemberian sucralfat sirup 3x1 sendok, ondansetron 3x1 8 mg, omeprazole 2x40 mg pasien sudah diberikan obat dan tidak ada reaksi abnormal, pukul 12.10 WIB mengajarkan posisi duduk, pasien sudah mampu dan bisa makan dengan kondisi duduk, pukul 12.20 WIB memonitor stomatitis dan membran mukosa, pasien terdapat sariawan dan membran mukosa masih pucat, pukul 12.50 WIB memonitor pola nutrisi, pasien makan 2-3 sendok, pukul 12.30 WIB memonitor

nafsu makan, pasien belum nafsu makan dan masih merasa cepat kenyang, pukul 17.00 WIB pemberian ondansetron 3x1 8 mg dan sucralfat 3x1 sendok, pasien sudah diberikan obat dan tidak ada reaksi abnormal.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 05.00 WIB pemberian sucralfat sirup 3x1 sendok, ondansetron 3x1 8 mg, omeprazole 2x40 mg pasien sudah diberikan obat dan tidak ada reaksi abnormal, pukul 08.10 mengidentifikasi status nutrisi, status nutrisi pasien masih kurang dengan IMT 17,9, pukul 11.10 WIB memonitor berat badan, berat badan pasien 55 kg, pukul 11.30 WIB melakukan oral hygiene sebelum makan hasil pasien sudah dilakukan oral hygiene sebelum makan, pukul 12.00 WIB pemberian sucralfat sirup 3x1 sendok, ondansetron 3x1 8 mg, omeprazole 2x40 mg pasien sudah diberikan obat dan tidak ada reaksi abnormal, pukul 12.30 WIB memonitor pola nutrisi, pasien makan 3-4 sendok, pukul 12.30 WIB memonitor nafsu makan, pasien sudah tampak lebih nafsu makan akan tetapi masih merasa cepat kenyang, pukul 17.00 WIB pemberian ondansetron 3x1 8 mg dan sucralfat 3x1 sendok, pasien sudah diberikan obat dan tidak ada reaksi abnormal.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 05.00 WIB pemberian sucralfat sirup 3x1 sendok, ondansetron 3x1 8 mg, omeprazole 2x40 mg pasien sudah diberikan obat dan tidak ada reaksi abnormal, pukul 08.15 WIB mengidentifikasi status nutrisi, status nutrisi pasien masih kurang dengan IMT 18,3, pukul 10.35 WIB memonitor berat badan, berat badan pasien 56 kg, pukul 12.00 WIB pemberian sucralfat sirup 3x1 sendok, ondansetron 3x1 8 mg, omeprazole 2x40 mg pasien sudah diberikan obat dan tidak ada reaksi abnormal, pukul 12.30 WIB memonitor nafsu makan, pasien

sudah tampak nafsu makan akan tetapi masih merasa cepat kenyang, pukul 12.30 WIB memonitor pola nutrisi, pasien makan 3-4 sendok, pukul 17.00 WIB pemberian ondansetron 3x1 8 mg dan sucralfat 3x1 sendok, pasien sudah diberikan obat dan tidak ada reaksi abnormal.

Evaluasi tanggal 15 Maret 2023 pukul 17.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan sudah nafsu makan tetapi masih cepat merasa kenyang

Objektif: status nutrisi pasien masih kurang, IMT 18,3, berat badan pasien 56 kg, pasien makan hanya 3-4 sendok, pasien, tidak terlihat sariawan, membran mukosa pasien lembab.

Analisa: tujuan sebagian tercapai

Perencanaan: lanjutkan intervensi poin a, c, d, f, e pada pengkajian dan poin a, b, c pada kolaborasi.

4. **Defisit** Pengetahuan berhubungan dengan kurang tepapar informasi

Data Subjektif:

Pasien mengatakan tinggal di desa pedalaman sehingga jarang mendapatkan penyuluhan tentang hipertensi, pasien mengatakan mengerti mengenai pengertian dan tanda gejala dari hipertensi, pasien mengatakan tidak mengetahui mengenai diet hipertensi yang baik bagi penderita hipertensi, pasien mengatakan masih suka makan makanan yang mengandung santan, keluarga pasien mengatakan pasien masih suka makan gorengan, pasien mengatakan selama ini hanya mengetahui penderita hipertensi tidak boleh makan makanan yang asin

Data Objektif:

Pasien terlihat tidak memahami diet hipertensi yang baik bagi penderita hipertensi, pasien terlihat tidak mengetahui mengenai pengaruh makanan yang dimakan bagi penyakitnya, pasien terlihat memahami pengertian serta tanda dan gejala hipertensi.

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan membaik

Kriteria hasil:

Pasien dapat menyebutkan pengertian rendah garam, 3 jenis diet rendah garam, pasien dapat menyebutkan bahan makanan yang dihindari dalam diet rendah garam sebanyak 3 dari 5 jenis, pasien dapat menyebutkan bahan makanan yang dianjurkan dalam diet rendah garam sebanyak 3 dari 5 jenis.

Intervensi

Observasi:

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b. Monitor kembali pengetahuan akan pendidikan kesehatan diet rendah garam

Teraupetik

- a. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan diet rendah garam
- b. Jadwalkan pendidikan kesehatan diet rendah garam sesuai kesepakatan
- c. Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- a. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi hipertensi

Pelaksanaan

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 08.25 WIB mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, pasien dan keluarga terlihat sudah siap menerima informasi dan tertarik dengan topik yang dibawakan, pukul 09.50 WIB menjadwalkan pendidikan kesehatan diet rendah garam sesuai kesepakatan, pendidikan kesehatan sudah dijadwalkan pada tanggal 14 Maret 2023 pukul 09.10 WIB dan pasien serta keluarga sudah menyetujuinya, pukul 10.50 WIB menjelaskan faktor risiko yang mempengaruhi hipertensi, pasien sudah dijelaskan mengenai faktor risiko yang mempengaruhi hipertensi, pukul 10.55 WIB menyebutkan kembali mengenai faktor risiko yang mempengaruhi hipertensi, pasien dan keluarga masih harus dibantu perawat untuk menyebutkan kembali yang sudah dijelaskan mengenai faktor risiko hipertensi.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 09.10 WIB mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, pasien dan keluarga terlihat sudah siap menerima informasi dan tertarik dengan topik yang dibawakan, pukul 09.55 WIB menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan diet rendah garam, materi pendidikan kesehatan mengenai diet rendah garam sudah disediakan dan media yang digunakan laptop, pukul 10.05 WIB memberikan kesempatan untuk bertanya, pasien menanyakan apakah goreng-gorengan dan santan boleh untuk penderita hipertensi, pukul 11.45 WIB, memonitor kembali akan pengetahuan pendidikan kesehatan diet rendah pasien sudah bisa menyebutkan kembali akan materi yang sudah dijelaskan, pasien sudah bisa menyebutkan 3 dari 5 bahan makanan yang

dianjurkan dan tidak dianjurkan dalam diet rendah garam serta 3 jenis diet rendah garam.

Tanggal 15 Maret 2023

pukul 09.30 WIB memonitor kembali akan pengetahuan akan pendidikan kesehatan diet rendah garam yang sudah dilakukan, pasien dan keluarga dapat mengingat materi yang sudah dijelaskan serta dapat menyebutkan kembali 3 dari 5 bahan makanan yang dianjurkan serta jenis diet serta pengertian dan jenis diet rendah garam dan mengatakan lebih mengerti tentang diet rendah garam, pukul 11.20 WIB menyebutkan kembali mengenai faktor risiko yang mempengaruhi hipertensi, keluarga dan pasien sudah bisa menyebutkan kembali 3 dari 5 faktor risiko yang mempengaruhi hipertensi, pukul 14.15 WIB memonitor kembali pengetahuan akan pendidikan kesehatan diet rendah garam, pasien dan keluarga dapat mengingat materi yang sudah dijelaskan serta dapat menyebutkan kembali 3 dari 5 bahan makanan yang dianjurkan serta jenis diet serta pengertian dan jenis diet rendah garam dan mengatakan lebih mengerti tentang diet rendah garam.

Evaluasi tanggal 15 Maret 2023 pukul 11.30 WIB

Subjektif: pasien dan keluarga mengatakan lebih mengerti akan diet rendah garam

Objektif: pasien dan keluarga sudah bisa menyebutkan kembali pengertian dan jenis diet rendah garam yang dijelaskan, pasien dan keluarga sudah bisa menyebutkan 3 dari 5 yang sudah dijelaska, pasien dan keluarga dapat menyebutkan mengenai faktor risiko hipertensi, pasien dan keluarga sudah bisa

menyebutkan 3 dari 5 bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan, pasien sudah menyebutkan kembali

Analisa: tujuan tercapai

Perencanaan: intervensi dihentikan.

5. **Risiko Jatuh** dibuktikan dengan **glaukoma**

Data Subjektif:

Pasien mengatakan mata kirinya sudah tidak bisa melihat karena glaukoma mata, pasien mengatakan mata kanannya sudah rabun, pasien mengatakan biasanya ketika berjalan dibantu oleh istrinya

Data Objektif:

Mata pasien terlihat keruh, keluarga pasien jarang menemani pasien, *handrail bed* pasien seringkali diturunkan pasien karena merasa sempit

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan jatuh tidak terjadi

Kriteria hasil: Pasien tidak lagi menurunkan *handrail*, keluarga lebih sering menemani pasien, pasien tidak dibantu ketika beraktivitas.

Intervensi

Observasi:

- a. Identifikasi faktor jatuh
- b. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh
- c. Monitor kemampuan beraktivitas secara mandiri

Teraupetik

- a. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
- b. Pastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci

- c. Pasang *handrail* tempat tidur
- d. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
- e. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien

Edukasi

- a. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
- b. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
- c. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
- d. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

Pelaksanaan

Tanggal 13 Maret 2023

Pada pukul 08.35 WIB, mengidentifikasi faktor risiko jatuh, faktor risiko jatuh pasien ialah usia >65 tahun, pernah mengalami glaukoma mata pada mata sebelah kiri sehingga mata sebelah kiri sudah tidak bisa melihat, pasien mengalami kerabunan juga pada mata sebelah kanan, jarang ada yang menemani pasien, pukul 08.45 WIB mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, *bed* pasien terlihat di dekat kamar mandi sehingga kadang ada basah sedikit sehingga digeser sedikit, pukul 10.35 WIB memonitor kemampuan beraktivitas secara mandiri, pasien terlihat masih harus dibantu ketika beraktivitas, pukul 11:05 WIB menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, pasien sudah dianjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpondah, pukul 11.10 WIB menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, pasien sudah dianjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, pukul 11.20 WIB mengajarkan menggunakan bel pemanggil untuk

memanggil perawat, pasien sudah diajarkan menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat, pukul, pukul 15.00 WIB mengedukasi pasien untuk tidak menurunkan *handrail*, pasien sudah diedukasi untuk tidak menurunkan *handrail* dan mengatakan sudah mengerti.

Tanggal 14 Maret 2023

Pada pukul 08.45 WIB, mengidentifikasi faktor risiko jatuh, faktor risiko jatuh pasien ialah usia >65 tahun, jarang ada yang menemani pasien, pernah mengalami glaukoma mata pada mata sebelah kiri sehingga mata sebelah kiri sudah tidak bisa melihat, pasien mengalami kerabunan juga pada mata sebelah kanan, pukul 10.10 WIB memonitor kemampuan beraktivitas secara mandiri, pasien terlihat masih harus dibantu ketika beraktivitas, pukul 10.30 WIB menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, pasien sudah dianjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, pukul 11.00 WIB mengorientasikan ruangan pada pasien dan keluarga, pasien dan keluarga sudah diorientasikan ruangan, pukul 11.20 WIB memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, perawat sudah memastikan roda tempat tidur dan kursi roda dalam keadaan terkunci, pukul 11.55 WIB, memasang *handrail* tempat tidur, *handrail* tempat tidur pasien sudah terpasang, pukul 12.15 WIB mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, tempat tidur pasien sudah diatur ke posisi terendah, pukul 12.45 WIB menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, pasien sudah dianjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, pukul 12.55 WIB, menganjurkan keluarga agar lebih sering menemani pasien, keluarga sudah dianjurkan untuk lebih sering menemani pasien dan keluarga setuju, pukul 14.00

WIB, mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien, bel pemanggil sudah didekatkan dalam jangkauan pasien.

Tanggal 15 Maret 2023

Pada pukul 08.30 WIB, mengidentifikasi faktor risiko jatuh, faktor risiko jatuh pasien ialah usia >65 tahun, pernah mengalami glaukoma mata pada mata sebelah kiri sehingga mata sebelah kiri sudah tidak bisa melihat, pasien mengalami kerabunan juga pada mata sebelah kanan, pasien sudah ditemani oleh keluarganya, pukul 08.45 WIB mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, tidak ada faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh pukul 10.45 memonitor kemampuan beraktivitas secara mandiri, pasien terlihat tidak harus dibantu ketika beraktivitas dan bisa beraktivitas secara mandiri, pukul 10.50 WIB menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, pasien sudah dianjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, pukul 11.05 WIB menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, pasien sudah dianjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, pukul 11.25 WIB mengajarkan menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat, pasien sudah diajarkan menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat, pukul, pukul 15.00 WIB mengedukasi pasien dan keluarga mengenai risiko-risiko yang meningkatkan risiko jatuh, pasien dan keluarga mengatakan sudah mengerti mengenai risiko-risiko yang meningkatkan risiko jatuh.

Evaluasi tanggal 15 Maret 2023 pukul 15.00 WIB

Subjektif: pasien dan keluarga mengatakan sudah paham mengenai risiko-risiko meningkatkan risiko jatuh

Objektif: faktor risiko jatuh pasien ialah usia >65 tahun dan riwayat glaukoma, pernah mengalami glaukoma mata pada mata sebelah kiri sehingga mata sebelah kiri sudah tidak bisa melihat, pasien mengalami kerabunan juga pada mata sebelah kanan, keluarga terlihat sudah lebih sering menemani pasien, bed pasien terlihat di dekat kamar mandi sehingga kadang ada basah sedikit sehingga digeser sedikit, pasien terlihat tidak harus dibantu ketika beraktivitas

Analisa: tujuan sebagian tercapai

Perencanaan: lanjutkan intervensi poin a, b, c pada pengkajian dan poin b, c, d pada edukasi.

BAB IV

PEMBAHASAN

BAB ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori di BAB sebelumnya dengan kasus nyata pada saat memberikan asuhan keperawatan pasien Tn. T dengan hipertensi di Ruang Penyakit Dalam lantai 13 kamar 1304 RSUD Koja Jakarta Utara dari tanggal 13 hingga 15 Maret 2023. Pembahasan disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Data yang dikumpulkan melalui pengkajian yaitu data primer dan data sekunder. Data primer meliputi pengkajian fisik, observasi pasien, dan wawancara langsung dengan pasien maupun keluarga, sedangkan data sekunder didapatkan catatan rekam medis dan dari tim kesehatan medis lain.

Menurut Fikriana (2018) penderita hipertensi seringkali tidak memunculkan gejala pada penderitanya, akan tetapi menurut Mardianti (2022) penderita hipertensi memiliki beberapa gejala yang sering ditemui pada penderita hipertensi yaitu nyeri dada, pusing, epistaksis, dan palpitasi. Namun pada pasien tidak ditemukan manifestasi epistaksis dan nyeri dada hal ini dibuktikan saat dikaji pasien mengatakan tidak mimisan, pasien mengatakan tidak nyeri pada dada, dan selama dilakukan pengkajian tidak ditemukan tanda-tanda epistaksis ataupun nyeri dada.

Komplikasi hipertensi menurut Mardianti (2022) dapat terjadi stroke, infark miokard, gagal ginjal dan ensefalopati (kerusakan otak) berbeda dengan yang ditemukan dalam pasien komplikasi yang terjadi merupakan glaukoma. Glaukoma

mata terjadi karena tekanan darah yang meningkat pada arteri-arteri yang memperdarahi bola mata dan dapat memicu peningkatan tekanan intraokul hal ini dibuktikan dengan pasien memiliki riwayat glaukoma mata tahun 2018, pasien mengatakan mata kirinya sudah tidak bisa melihat karena glaukoma mata, pasien mengatakan mata kanannya sudah rabun, dan mata pasien terlihat kabur.

Menurut Mardianti (2022), terdapat obat beberapa katagori obat antihipertensi yaitu diuretik, simpatolitik, vasolidator arteriol, Antagonis Angiotensin (ACE Inhibitor), antagonis kalsium dan Beta-Blocker. Pasien tidak mendapatkan obat diuretik, simpatolitik, vasolidator arteriol, Antagonis dan Angiotensin (ACE Inhibitor). Namun pasien mendapatkan terapi antagonis kalsium yaitu amlodipine 1x10 mg. Antagonis kalsium digunakan untuk menimbulkan dilatasi pada pembuluh darah perifer dan pembuluh darah jantung yang akan menghasilkan penurunan tekanan aliran darah terhadap dinding pembuluh darah (MIMS, 2020). Pasien juga mendapatkan terapi Beta-Blocker yaitu bisoprosol. Beta-Blocker akan menimbulkan penurunan tekanan darah dengan mengurangi laju dan tekanan aliran darah yang dipompa jantung menuju ke sistem sirkulasi (MIMS, 2020). Pasien juga mendapatkan terapi obat PCT drip 3x1 gram yang digolongkan obat analgetik yang berfungsi untuk mengurangi nyeri kepala dari yang dialami pasien.

Menurut Hastuti (2020) pemeriksaan penunjang yang dilakukan merupakan pemeriksaan laboratrium, EKG, dan foto rontgen. Pemeriksaan EKG bertujuan untuk melihat adanya perubahan irama jantung atau kelainan pada irama jantung. Penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus dibuktikan pada dibuktikan pada saat dilakukan pengkajian, hal ini dibuktikan dengan pemeriksaan laboratrium, EKG, dan foto rontgen sudah dilakukan.

Faktor pendukung yang diperoleh penulis selama pengkajian adalah pasien dan keluarganya cukup mendukung untuk di periksa. Faktor penghambat yang penulis alami saat mengkaji pasien merasakan pusing dan nyeri kepala, dikarenakan pasien tidak fokus terhadap penulis, penulis juga melakukan pendekatan yang lebih kepada pasien dan istrinya. Pemeriksaan darah yang dilakukan pasien juga hanya sekali membuat penulis sulit untuk dapat merencanakan diagnosa yang tepat kepada pasien.

B. Diagnosa keperawatan

Pada tahap kedua ini setelah melakukan proses pengkajian dari data yang telah terkumpul semua, maka penulis merumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan data-data yang ada. Dari hasil analisa data, didapatkan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan teori keperawatan menurut Hasina (2023) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2019) terdapat 6 diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien hipertensi. Sedangkan pada pasien hanya ditemukan 3 diagnosa yang sama dengan teori yaitu risiko penurunan curah jantung, nyeri akut, dan defisit pengetahuan.

Diagnosa yang penulis susun berdasarkan prioritas masalah, yang disesuaikan dengan kondisi pasien. Penulis menemukan kesenjangan antara diagnosa kasus dengan diagnosa teori yaitu defisit nutrisi dan risiko jatuh. Sedangkan diagnosa yang ada pada teori tetapi tidak ada dalam kasus yaitu perfusi perifer tidak efektif, gangguan pola tidur, dan intoleransi aktivitas. Diagnosa pertama yaitu perfusi perifer tidak efektif. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2019) diagnosa perfusi perifer tidak efektif merupakan penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh ditandai dengan nadi perifer pasien tidak teraba atau menurun, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun dan adanya edema. Namun pada pasien tidak ditemukan tanda dan gejala tersebut sehingga

penulis tidak mengangkat diagnosa perfusi perifer tidak efektif. Hal ini dibuktikan dengan nadi perifer pasien teraba kuat, akral teraba hangat, pasien tidak ditemukan adanya edema, dan pasien memiliki turgor kulit yang baik.

Diagnosa kedua merupakan gangguan pola tidur. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2019) diagnosa gangguan pola tidur merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Diagnosa gangguan pola tidur tidak penulis angkat dibuktikan dengan pasien tidur siang 1 jam sehari, pasien tidur pada malam hari selama 7 jam, pasien tidak mengeluh sulit tidur, dan pasien tidak mengeluh adanya jam tidur yang kurang atau berubah.

Diagnosa yang ketiga merupakan Intoleransi aktivitas. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2019) terdapat beberapa tanda dan gejala intoleransi aktivitas yaitu pasien mengeluh lelah, pasien merasa lemah, dan pasien mengatakan tidak nyaman ketika beraktivitas. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini dibuktikan dengan pasien tidak merasa lemas, pasien beraktivitas dengan biasa tanpa keluhan merasa lelah, merasa nyaman ketika beraktivitas, dan pasien mengatakan merasa kuat beraktivitas seperti biasa.

Menurut Hasina (2023), pada diagnosa defisit nutrisi dan risiko jatuh tidak ada dalam diagnosa untuk pasien hipertensi. Pada diagnosa defisit nutrisi, menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2019) defisit nutrisi merupakan asupan nutrisi yang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme yang diperlukan dalam tubuh ditandai dengan pasien merasa cepat kenyang, pasien mengalami nyeri abdomen, pasien tidak nafsu makan, berat badan menurun minimal 10% rentang ideal, terdapat sariawan, membran mukosa pucat. Penulis mengangkat diagnosa ini dibuktikan dengan pasien mengatakan tidak nafsu makan, makan 2-3 sendok saja, pasien

mengatakan merasa cepat kenyang, dan berat badan pasien menurun dari 61 kg menjadi 55 kg. Pasien berat badan menurun karena sejak seminggu yang lalu tidak nafsu makan, merasa mual, dan merasa cepat kenyang. Salah satu gejala klinis yang timbul akibat dari riwayat hipertensi dapat berupa kadang disertai mual dan muntah akibat peningkatan tekanan darah intrakranial. Mual dan muntah akan membuat ketidakmampuan perut mencerna makanan sehingga nutrisi yang masuk ke dalam tubuh juga berkurang (Prihatini & Rahmanti, 2021).

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2019), risiko jatuh merupakan berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Penulis mengangkat diagnosa risiko jatuh dibuktikan dengan riwayat glaukoma mata pada tahun 2015, mata pasien terlihat jenuh, mata kiri pasien yang terkena glaukoma mata sudah tidak bisa melihat, dan mata kanan pasien sudah rabun sehingga penulis mengangkat diagnosa tersebut.

Faktor pendukung dalam penyusunan diagnosa keperawatan yaitu terkumpulkan data-data yang didapat dari pasien dan keluarga, data-data dari rekam medis yang memudahkan penulis, dan menanyakan kepada perawat ruangan, serta keluhan yang dirasakan oleh pasien dan buku-buku sumber referensi yang memudahkan penulis dalam menyusun diagnosa keperawatan.

Faktor penghambat dalam menyusun diagnosa yaitu adanya banyaknya referensi yang tersedia sehingga penulis sulit untuk menentukan diagnosa yang tepat sesuai dengan kondisi pasien. Oleh karena itu, setelah penulis mendapatkan referensi dari beberapa buku dan jurnal setelah itu penulis akan berdiskusi dengan dosen pembimbing dan teman-teman sejawat untuk menegakkan diagnosa yang tepat.

C. Perencanaan Keperawatan

Pada tahap perencanaan penulis menyusun prioritas masalah berdasarkan dengan teori kebutuhan pasien, disesuaikan dengan waktu praktik 3x24 jam. Pelaksanaan yang dibuat penulis terdapat beberapa perubahan dari intervensi teori karena disesuaikan dengan kondisi pasien.

Berdasarkan teori dalam buku Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019), pada perencanaan diagnosa risiko penurunan curah jantung pada umumnya terdiri dari identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung, kolaborasi pemberian amlodipine tablet 1x10 mg. Intervensi yang tidak penulis tulis merupakan fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat dikarenakan pasien sudah dilakukan penddikan kesehatan pada diagnosa pengetahuan sehingga penulis tidak menulis diagnosa tersebut. Penulis juga tidak menuliskan intervensi anjurkan untuk berhenti merokok karena saat dikaji pasien mengatakan tidak merokok dan pasien tidak memiliki riwayat merokok. Penulis juga melakukan beberapa modifikasi dimana modifikasi ditentukan berdasarkan kebutuhan pasien, modifikasi yang dilakukan yaitu memonitor CRT, disebabkan oleh CRT pasien lebih dari 2 detik sehingga harus dimonitor lebih lanjut apakah gejala tersebut menandakan komplikasi yang lain atau tidak.

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019), pada perencanaan diagnosa nyeri akut pada pasien umumnya terdiri dari identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan kolaborasi pemberian analgetik. Penulis melakukan modifikasi pada bagian mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu penulis mengajarkan teknik relaksasi napas dalam

karena teknik relaksasi napas dalam dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien (Fikriana, 2018).

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019), pada perencanaan diagnosa defisit pengetahuan umumnya identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi dan sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. Penulis tidak menemukan kesenjangan pada perencanaan diagnosa defisit pengetahuan menurut teori dan kasus tetapi penulis memodifikasi, dimana penulis memberikan edukasi mengenai pengertian diet rendah garam, jenis-jenis diet rendah garam, bahan makanan yang dianjurkan serta yang tidak dalam diet rendah garam.

Pada perencanaan defisit nutrisi dan risiko jatuh tidak terdapat di teori penulis buat dengan berpedoman buku diagnosa keperawatan. Faktor pendukung yang di dapat penulis saat ini dalam menyusun perencanaan merupakan buku (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2019) untuk acuan ddalam menyusun rencana keperawatan pada pasien. Secara umum menyusun rencana tindakan keperawatan penulis menemukan hambatan dalam memberikan rencana asuhan keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien karena dalam literatur yang digunakan tedapat beberapa rencana yang berbeda sehingga penulis harus memodifikasi sesuai dengan kondisi pasien saat ini.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pada saat pelaksanaan penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan di dokumentasikan dalam catatan keperawatan selama 3x24jam. Dalam pelaksanaan penulis mengalami beberapa kendala namun sudah ditemukan alternatif dengan bantuan kepala ruangan dan perawat ruangan.

Salah satu tindakan keperawatan pada diagnosa keperawatan risiko penurunan curah jantung adalah memeriksa tanda dan gejala primer yaitu tekanan darah.

Hambatan yang penulis temui dalam diagnosa risiko penurunan curah jantung ialah penggunaan tensimeter elektrik yang jarang di kalibrasi sehingga tidak diketahui keakuratannya dalam mengukur tekanan darah dan solusi yang penulis ambil merupakan membawa tensimeter manual sendiri dari rumah untuk mengukur tekanan darah pasien.

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut, salah satu tindakan keperawatan yang dilakukan merupakan kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Hambatan yang penulis temui merupakan kontrol kebisingan pada pasien dalam 1 kamar pasien terdapat 7 bed lainnya yang dimana pada saat itu sedang kunjungan dengan keluarganya masing masing banyak yang mengobrol dengan nada keras. Solusinya adalah penulis memantau kondisi dengan menganjurkan keluarga pasien yang berkunjung untuk menjaga ketenangan.

Salah satu tindakan keperawatan diagnosa defisit pengetahuan merupakan jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. Hambatan yang ditemui oleh penulis ialah istri pasien baru saja sehabis dirawat di rumah sakit akibat penyakit jantung yang diidapnya sehingga istri pasien tidak begitu sering menemani pasien dan susah mengatur jadwal dengan istri pasien

Salah satu tindakan keperawatan diagnosa risiko jatuh merupakan memasang *handrail*. Hambatan yang ditemui oleh penulis ialah seringkali pasien menurunkan *handrail* dan tidak memasangnya kembali sehingga dapat membuat risiko jatuh pasien meningkat. Solusinya merupakan penulis mengedukasi pasien untuk tidak menurunkan *handrail*.

Faktor pendukung dari pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan penulis adalah pasien beserta keluarga sangat kooperatif serta peran perawat yang

sangat membantu untuk memberikan informasi saat penulis menanyakan beberapa hal yang kurang atau belum jelas. Sedangkan faktor penghambat yang penulis rasakan adalah istri pasien yang baru saja sehabis masuk rumah sakit dan harus mendapatkan istirahat sehingga susah untuk mengatur jadwal dengan istri pasien sementara pasien sudah tinggal di Kalimantan dan selain itu tidak ada keluarga pasien yang datang. Oleh karena itu, penulis melakukan kontrak pada hari sebelumnya dan mengkonfirmasi kepada keluarga pasien mengenai kesediaan untuk hadir.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan penulis disesuaikan dengan teori yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan pada saat setelah melakukan tindakan dan didokumentasikan sedangkan evaluasi hasil mengacu pada batas tujuan yang telah di susun. Dari lima diagnosa keperawatan yang diangkat pada pasien, ada tiga diagnosa yang sudah tercapai yaitu diagnosa pertama merupakan nyeri kepala dibuktikan dengan nyeri pada skala 1/5, pasien sudah tidak tampak meringis dan pasien sudah tidak tampak gelisah.

Diagnosa kedua yang sudah tercapai merupakan defisit pengetahuan dibuktikan dengan pasien dan keluarga sudah bisa menyebutkan mengenai diet rendah garam dan pasien mengatakan mengerti bahwa penderita hipertensi bukan hanya tidak boleh makan goreng-gorengan juga. Pada diagnosa ketiga yang sudah teratasi selanjutnya merupakan risiko jatuh yaitu risiko jatuh pasien menurun. Hal ini dibuktikan dengan keluarga pasien lebih sering menemani pasien sehingga keluarga bisa lebih mengawasi pasien.

Pada pasien terdapat dua diagnosa keperawatan yang teratasi sebagian, yang pertama adalah diagnosa risiko penurunan curah jantung teratasi sebagian hal ini

dibuktikan dengan tekanan darah pasien masih tinggi yaitu 155/76 mmHg dan pasien masih mengeluh agak merasa lelah. Diagnosa kedua yang teratasi sebagian merupakan defisit nutrisi dikarenakan pasien mengatakan masih merasa cepat kenyang dan porsi makanan yang dihabiskan masih 3-4 sendok saja.

Faktor pendukung dalam melakukan evaluasi adalah kriteria hasil yang jelas dan pasien dibantu oleh keluarga pasien yang kooperatif terhadap tindakan keperawatan yang diberikan. Hambatan pada saat evaluasi adalah beberapa kali ketika pasien dikaji mengenai kondisinya setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien seringkali menjawab tidak konsisten dan berbeda dengan pernyataan yang sudah diungkapkan pasien sebelumnya. Solusinya penulis mengkaji kembali pasien secara objektif dan mencocokkan dengan apa yang dikatakan oleh pasien sudah sesuai dan berdiskusi dengan perawat ruangan.

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini penulis menguraikan kesimpulan dan berdasarkan hasil pembahasan BAB IV, setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. T dengan Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam lantai 13 kamar 1304 RSUD Koja Jakarta Utara, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran sebagai berikut.

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian pasien mengalami hipertensi disebabkan oleh genetik dan sehari-hari sebelum masuk rumah sakit kurang suka berolahraga. Pada pengkajian penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dan kasus dimana pada kasus manifestasi epistaksis tidak ditemukan. Komplikasi yang terjadi pada pasien yang muncul yaitu glaukoma mata.

Penulis menemukan 5 diagnosa pada pasien dan diagnosa itu sesuai dengan (Hasina et al., 2023) dan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2019) terdapat 6 diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien hipertensi. Sedangkan pada pasien hanya ditemukan 3 diagnosa yang sama dengan teori yaitu risiko penurunan curah jantung, nyeri akut, dan defisit pengetahuan.

Perencanaan keperawatan disusun menyesuaikan dengan teori dari prioritas masalah yang dialami pasien. Beberapa intervensi telah dimodifikasi sesuai dengan kondisi pasien saat itu. Pelaksanaan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan keperawatan dan telah dilaksanakan dengan baik, hanya saja terdapat beberapa hambatan seperti salah satunya hanya terdapat tensimeter digital dan jarang

dikalibrasikan sehingga tidak dapat diketahui keakuratannya sehingga penulis membawa tensimeter manual sendiri agar hasilnya bisa terjamin akurat.

Pada tahap evaluasi terdapat dua diagnosa keperawatan yang teratasi sebagian, yang pertama adalah diagnosa risiko penurunan curah jantung dan defisit nutrisi dan tiga diagnosa keperawatan yang teratasi yaitu nyeri akut, defisit pengetahuan, dan risiko jatuh.

B. Saran

Sebagai upaya dalam meningkatkan kualitas dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi, maka penulis berkenan memberikan saran yang antara lain:

1. Bagi Perawat Ruangan

Bagi perawat ruangan agar melakukan kalibrasi secara rutin terhadap tensimeter digital agar hasil tesimeter digital dapat akurat dalam pengukuran tekanan darah.

Pasien hipertensi akan cenderung mengalami nyeri pada dada dan kepala dan salah satu hal yang memperberat nyeri merupakan kebisingan. Saran bagi perawat ruangan agar menganjurkan dan mengingatkan keluarga yang sedang berkunjung dan pasien di ruangan untuk menjaga ketenangan agar nyeri pasien tidak kian memburuk karena lingkungan yang tidak kondusif.

Perawat ruangan agar memantau secara rutin *handrail bed* pasien untuk tetap terpasang khususnya pasien dengan risiko jatuh yang tinggi agar risiko pasien untuk jatuh tidak terjadi.

2. Bagi penulis

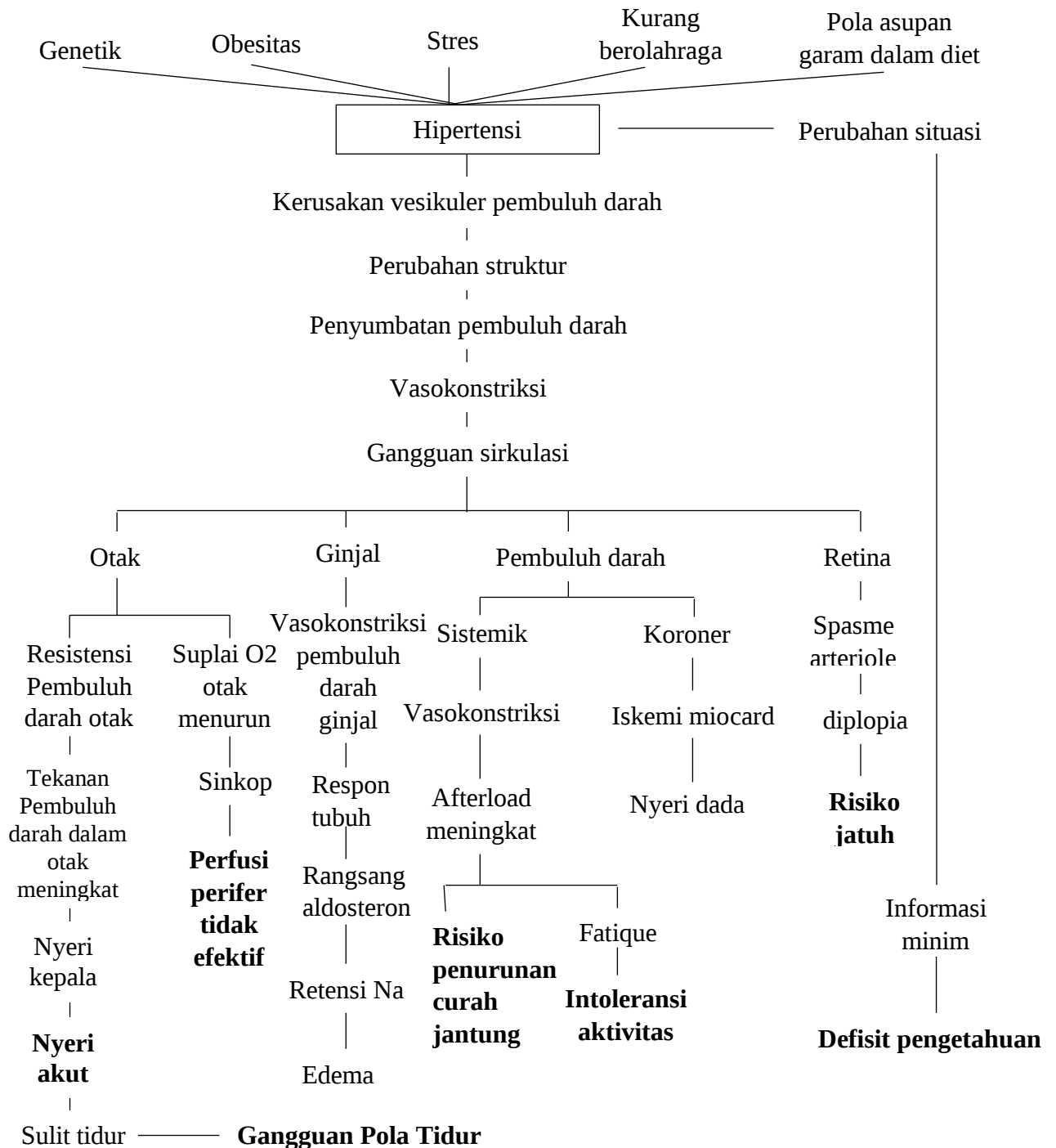
Bagi penulis harus lebih lagi meningkatkan bina hubungan antara keluarga pasien, pasien, dan penulis agar terbina *trust* sehingga keluarga pasien dan pasien lebih lagi mengikuti arahan yang penulis berikan.

DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association. (2020). Hypertension Practice Guidelines. *American Heart Journals*, 75.
- Azizah, W., Hasanah, U., & Pakarti, A. T. (2022). Penerapan Slow Deep Breathing Terhadap Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Implementation of Slow Deep Breathing on Blood Pressure in Hypertension Patients. *Jurnal Cendikia Muda*, 2(4), 607–616.
- Bismar, M. (2019). *Langkah-Langkah Merumuskan Rencana Asuhan Keperawatan*.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). Nursing Care Plan Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span 10 Th Edition. *Usa*, 569–581.
- Fikriana, R. (2018). *Sistem Kardiovaskuler*. Deepublish.
- Hamria, Mien, & Saranani, M. (2020). Hubungan Pola Hidup Penderita Hipertensi Dengan Kejadian Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Batalaiworu Kabupaten Muna. *Jurnal Keperawatan*, 4(1), 17–21. <https://stikesks-kendari.e-journal.id/JK/article/view/239>
- Hasina, S., Faizah, I., Rahmadaniar, P., Sari, R., & Rohmawati, R. (2023). Analisis Faktor yang berhubungan Dengan Ketepatan Penegakan Diagnosa Keperawatan Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Sdki). 15, 389–398.
- Hastuti, A. P. (2020). *Hipertensi* (M. P. I Made Ratih R (ed.)). Penerbit Lakeisha.
- Hidayat, R., & Agnesia, Y. (2021). Faktor Risiko Hipertensi Pada Masyarakat di Desa Pulau Jambu UPTD Blud Kecamatan Kuok Kabupaten Kampar. *Jurnal Ners*, 5(1), 13–15. <http://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/ners>
- Kemenkes. (2018). Laporan Provinsi DKI Jakarta: Riskesdas 2018. In *Laporan Provinsi DKI Jakarta*. <https://www.litbang.kemkes.go.id/laporan-riset-kesehatan-dasar-riskesdas/>
- Leniwita, H., & Anggraini, Y. (2019). Model Dokumentasi NANDA (NIC NOC). Jakarta
- Machus, A. L., ANggraeni, A., Indriyani, D., Anggraini, D. S., Putra, D. P., & Rahmawati, D. (2020). Pengobatan Hipertensi Dengan Memperbaiki Pola Hidup Dalam Upaya Pencegahan Meningkatnya Tekanan Darah. *Journal of Science, Technology, and Entrepreneurship*, 2 (no.2), 51–56.
- Mardianti, D., Hapipah, Budi, Yogo, D., Prabowo, Amir, H., Syokumawena, Supriani, A., Sulistini, R., Anggriani, Y., Getrida, M., Nurainun, B., & Risdiyanto. (2022). *Ilmu Keperawatan Medikal Bedah dan Gawat Darurat* (A. Munandar (ed.)). Media Sains Indonesia.

- Masitah, R., & Sulistya. (2021). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi pada Pegawai di Pusdiklat Pajak Kemanggisan Jakarta Barat Tahun 2021. *Jurnal Kesehatan*, 8(1), 10–15.
- MIMS. (2020). *Petunjuk Konsultasi* (18th ed.). BIP Kelompok Gramedia.
- Mukrofah, H. (2020). *Hipertensi dan Intervensi Keperawatan*. Penerbit Lakeisha.
- Nanda. (2020). *Asuhan Keperawatan Aplikasi NANDA* (6th ed.).
- Nuraini, B. (2019). Risk Factors of Hypertension. *J Majority*, 4(5), 10–19.
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2019). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. In *Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2019). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (2nd ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (2nd ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Prihatini, K., & Rahmanti, A. (2021). Penerapan Terapan Relaksasi Autogenic Terhadap Penurunan Insomnia Pada Pasien Hipertensi di Kota Semarang. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan Indonesia*, 1(3), 45–54.
- Purba, A. O. (2019). *Komponen Intervensi dalam Proses Keperawatan*.
- Safitri, R. (2019). Implementasi Keperawatan Sebagai Wujud Dari Perencanaan Keperawatan Guna Meningkatkan Status Kesehatan Klien. *Journal Keperawatan*, 3(42), 23–26.
- Sari, Y. (2022). *Berdamai dengan Hipertensi* (2nd ed.). Bumi Medika.
- Tika, T. T. (2021). Pengaruh Pemberian Daun Salam (*Syzygium Polyanthum*) Pada Penyakit Hipertensi : Sebuah Studi Literatur. *Jurnal Medika*, 03(01), 1260–1265.
- Yogi, M. (2019). Laporan Penelitian Hipertensi. Bali

PATHWAY



(Sumber: pathway menurut (Hastuti, 2020) yang dimodifikasi oleh penulis)

ANALISA OBAT

1. Bisoprolol 1x25 mg (iv)

Indikasi: hipertensi dan angina, gagal jantung kronik.

Kontraindikasi: asma, gagal jantung yang tak terkontrol, bradikardi yang nyata, hipotensi, sindrom penyakit sinus, syok kardiogenik; feokromositoma.

Efek samping: bradikardi, gagal jantung, hipotensi, gangguan konduksi, bronkospasme, vasokonstriksi perifer, gangguan saluran cerna, fatigue, gangguan tidur, jarang ruam kulit, dan mata kering.

Dosis: Dosis awal merupakan 5 mg dalam satu kali sehari, disesuaikan dengan respons pasien. Dosis umum adalah 10 mg dalam satu kali sehari dengan maksimal 20 mg per hari.

2. Amlodipine 1x10 mg (oral)

Indikasi: Hipertensi

Kontraindikasi: Hipotensi hipersensitif terhadap dihidropiridin.

Efek samping: Sakit kepala, pusing, somnolen; palpitasi; rasa panas & kemerahan pada wajah; nyeri perut, mual; edema, dan kelelahan menyeluruh.

Dosis: 5 mg diminum sekali sehari. Untuk pengidap penyakit hati, dosis yang dianjurkan adalah 2,5 mg diminum sekali sehari. Dosis maksimal yang diberikan merupakan 10 mg/hari.

3. Sucralfat 3x1 sendok (oral)

Indikasi: Pasien dewasa dengan gastritis kronis dan ulkus peptikum. Sukralfat juga diberikan untuk profilaksis ulkus duodenum dan stress-induced gastritis.

Kontraindikasi: Riwayat hipersensitivitas terhadap sukralfat atau komponennya.

Peringatan penggunaan khususnya pada pasien dengan penyakit ginjal kronik dan hemodialisis, karena peningkatan risiko toksisitas aluminium.

Efek samping: Konstipasi, mulut kering, mual, dan muntah.

Dosis: Untuk tukak lambung atau ulkus duodenum 1 gram 4 kali sehari atau 2 gram 2 kali sehari selama 4–12 minggu dan dosis untuk mencegah kekambuhan adalah 1 gram 2 kali sehari. Dosis maksimal 8 gram hari. Sementara untuk gastritis kronis 1 gram 4 kali sehari atau 2 gram 2 kali sehari selama 4–12 minggu.

4. Omeprazole 2x40 gram (iv)

Indikasi: Untuk eradikasi infeksi bakteri *H. pylori* yang terkait dengan penyakit ulkus peptikum, tukak lambung atau duodenum.

Kontraindikasi: Penggunaan omeprazole tidak boleh diberikan pada pasien dengan riwayat alergi omeprazole, neonatus, pasien dengan riwayat penyakit jantung, hati, dan pengeroposan tulang yang memerlukan pertimbangan khusus.

Efek samping: Konsumsi omeprazole dapat menyebabkan sejumlah efek samping, seperti sembelit, mual, diare, muntah, nyeri kepala.

Dosis: 40 mg satu kali sehari melalui infusan 20 – 30 menit hingga dapat mengonsumsi obat oral

5. Paracetamol drip 3x1 gram (iv)

Indikasi: Nyeri ringan sampai sedang, nyeri sesudah operasi cabut gigi dan pireksia.

Kontraindikasi: Gangguan fungsi hati berat, hipersensitivitas.

Efek samping: Hipersensitivitas, ruam kulit, kelainan darah (termasuk trombositopenia, leukopenia, neutropenia), dan hipotensi juga dilaporkan pada infus.

Dosis: Berat badan lebih dari 50 kg bisa mendapat 1000 mg/pemberian, interval minimal 4 jam, dosis maksimal 4 g/hari, sementara untuk anak dan dewasa yang memiliki berat lebih dari 33-50 kg bisa mendapat 15 mg/kgBB dengan interval minimal 4 jam, dosis maksimal 60 mg/kgBB.

6. Ondansetron 3x8 mg (iv)

Indikasi: Untuk mengatasi mual dan muntah

Kontraindikasi: Memiliki riwayat alergi pada ondansetron dan gangguan irama jantung

Efek samping: Nyeri kepala, sembelit, kelemahan, kelelahan, demam, dan rasa mengantuk.

Dosis: 8 mg melalui injeksi intravena secara lambat atau injeksi intramuskular.

SOP

PENGUKURAN TEKANAN DARAH

Pengertian

Suatu tindakan pengukuran dan pengamatan tekanan darah

Tujuan

1. Mengetahui kondisi pasien
2. Mengetahui atau mengikuti perkembangan penyakit
3. Membantu menegakkan diagnosa

Prosedur

A. Persiapan

1. Persiapan Pasien
 - a. Pasien diberikan posisi yang nyaman
 - b. Pasien dijelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Persiapan alat
 - a. Tensimeter
 - b. Stetoscope
 - c. Alat tulis
 - d. Buku atau kertas
3. Pelaksanaan
 - a. Mengucapkan salam teraupetik
 - b. Jelaskan kembali prosedur tindakan
 - c. Persiapan alat dan bahan

- d. Mencuci tangan
- e. Menyisingkan lengan baju pasien
- f. Memasang manset tidak terlalu erat atau longgar
- g. Menutup sekrup balon karet
- h. Meraba arteri brachialis pada 3 jari tengah
- i. Jika sudah ditemukan, letakkan bagian diafragma stetoscope diatasnya
- j. Memompa balon sehingga udara akan masuk ke dalam manset sampai detak arteri tidak terdengar lagi atau 30 mmHg diatas nilai sistolik
- k. Membuka sekrup balon perlahan sambil melihat skala dan mendengarkan detak pertama (sistolik) dan detak terakhir (diastolik)
- l. Bila hasilnya meragukan, dapat diulang kembali
- m. Membuka sekrup balon karet
- n. Melepaskan manset dan mengeluarkan udara yang masih tertinggal
- o. Merapikan alat
- p. Evaluasi keadaan pasien sesudah dilakukan prosedur
- q. Dokumentasi hasil dari prosedur yang sudah dilakukan

Hal-hal yang harus diperhatikan :

- 1. Saat pengukuran tekanan darah pasien tidak sedang beraktivitas
- 2. Jika pasien baru selesai melakukan aktivitas, pengukuran tekanan darah harus dijeda dari waktu dilakukan aktivitas selama 5 menit
- 3. Jangan melakukan pengukuran tekanan darah dengan tergesa-gesa

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Enni Juliani, M.Kep
 Nama Mahasiswa : Caroline Angellyca
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn.T dengan Hipertensi Ruang Rawat Dalam Lantai 13 kamar 1304 RSUD Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
1.	Kamis / 9 Maret 2023	Pengarahan tentang pengambilan kasus kelolaan dan teknik ujian praktik	
2.	Senin / 20 Maret 2023	Konsultasi Bab 1 Revisi Bab 1, tambahkan sumber dan menambahkan pengertian, data, serta teori yang diberikan di bab 1 untuk lebih lengkap lagi, spasi dalam penulisan, cara sitasi	
3.	4 / Maret 2023	Revisi bab 1 - Spasi atas agak turun - Urutan kegunaan - tidak boleh 1 kalimat 1 paragraf - rapikan penulisan - nomor halaman	
4	4 / April	Revisi bab 2 - nomor halaman - tidak boleh 1 kalimat 1 paragraf - penulisan diperhatikan - mengikuti template - diberikan poin - poin - tambahkan referensi di luaran - italic bahasa asing	
5.	9 April	- Evaluasi formatif - Evaluasi sumatif - Jarak kor kanan - format penulisan - Uraian spesifik - EKG (lengkap) - Intervensi masih teoritis belum rasional	 
6.	11 April	Revisi bab 2 dan 3 Revisi bab 3	
7.	10 April	Revisi bab 7 Jarak kor dan kanan	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Enni Juliani, M.Kep.
 Nama Mahasiswa : Caroline Angellyca
 Judul : Asuhan keperawatan pada Pasien Tn-T dengan Hipertensi Ruang Penyakit Dalam Lantai 13 Kamar 1304 RSUD Kaga Jakarta Utara

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
8.	22 Mei 2023	Bob 3 revisi: - Ocar ben jam pemberian - Waktu implementasi diperbaiki - Tambahkan data-data	
9.	23 Mei 2023	Acc bab 1 dan 2	
10.	5 Jun 2023	Bob 3 revisi: - Re menjadi frekuensi pemberian - Hz menjadi frekuensi - Evakuasi Hasi bukan proses - Mata kabur menjadi rabun	
11.	6 Juni 2023	Acc bab 3 revisi minor - Kolaborasi menjadi pemberian - Perhatikan jarak	
12.	7 Juni 2023	Revisi bab 4: - Penulisan diperbaiki - Harus sesuai dengan masalah yang ditemukan di bab 2 dan 3 - Implementasi yang dimodifikasi masukkan	
13.	8 Juni 2023	Revisi bab 5 - Harus sesuai bab 4 - Saran tambahkan	
14.	9 Juni 2023	Revisi bab 4 - tambahkan masalah yang ditemui	
15.	12 Juni 2023	Acc bab 4 dan 5	