

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN KMB PADA PASIEN Ny.K
DENGAN HIPERTENSI DI PUSKESMAS PERAWATAN SEBELAT
BENGKULU UTARA
TAHUN 2019



DISUSUN OLEH :

HERMAN ZARTONI
P05120218197RPL

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2019

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA PASIEN Ny.K
DENGAN HIPERTENSI DI PUSKESMAS PERAWATAN SEBELAT
BENGKULU UTARA
TAHUN 2019

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan program Diploma III Keperawatan pada Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

HERMAN ZARTONI
P05120218197RPL

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2019

PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

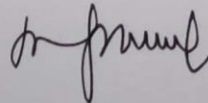
Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan
dihadapan tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Bengkulu
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Dipersembahkan dan dipresentasikan oleh

HERMAN ZARTONI
NIM P051202181097RPL

Pada tanggal : 07 Juli 2019

Pembimbing



Ns. MARDIANI, S.Kep., MM
NIP. 197203211995032001

HALAMAN PENGESAHAN**Karya Tulis Ilmiah**

Dengan Judul

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.K
DENGAN HIPERTENSI DI PUSKESMAS PERAWATAN SEBELAT
BENGKULU UTARA
TAHUN 2019**

Dipersembahkan dan dipresentasikan oleh:




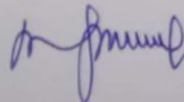
HERMAN ZARTONI
NIM P051202181097RPLKarya Tulis Ilmiah ini telah di uji dan dinilai oleh Panitia Penguji Pada Program
DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada tanggal :

07 Juli 2019

Panitia Penguji,

1. Ns. Septiyanti, S.Kep., M.Pd
NIP. 197409161997032001
2. Widia Lestari, S.Kep., M.Sc
NIP. 198106052005012004
3. Ns. Mardiani, S.Kep., MM
NIP. 197203211995032001


(.....)

(.....)

(.....)Mengetahui,
Jurusan Keperawatan
Ka. Prodi DIII Keperawatan Bengkulu
Poltekkes Kemenkes Bengkulu**Ns. Mardiani, S.Kep., MM**
NIP. 197203211995032001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan Kehadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan proposal ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Hipertensi Di Puskesmas Perawatan Sebelat Bengkulu Utara Tahun 2019.”

Penyusunan proposal ini Penulis mendapatkan bimbingan dan bantuan baik materi maupun nasehat dari berbagai pihak sehingga dapat diselesaikan proposal ini tepat pada waktunya. Oleh karena itu Penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Bapak Darwis, S.Kp, M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
2. Bapak Dahrizal S.Kp,M.Ph selaku ketua jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
3. Mam Ns.Mardiani S.Kep,MM selaku kepala prodi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Ns.Mardiani S.Kep,MM juga selaku pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dengan penuh kesabaran dan perhatian kepada Penulis dalam menyusun proposal ini.
5. Seluruh Dosen dan staf prodi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan proposal ini masih banyak kekurangan baik dari segi penulisan, maupun pencapaian teori yang mendasar. Oleh karena itu Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak demi perubahan yang baik di masa yang akan datang dan agar Penulis dapat berkarya lebih baik lagi. Akhir kata Penulis berharap semoga proposal ini dapat dilaksanakan penelitiannya dengan lancar dan dapat bermanfaat bagi kita semua, Aamiin.

Bengkulu,

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSTUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR GAMBAR.....	vi
DAFTAR BAGAN.....	vii
DAFTAR TABEL	viii
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Batasan Masalah.....	4
C. Tujuan.....	4
D. Manfaat.....	5
 BAB II TINJAUAN TEORI	
A. Anatomi Fisiologi	7
B. Konsep Dasar Penyakit	16
1. Pengertian.....	16
2. Klasifikasi.....	17
3. Etiologi	17
4. WOC.....	18
5. Patofisiologi	19
6. Manifestasi Klinis	20
7. Komplikasi	20
8. Pemeriksaan Diagnostik/Penunjang.....	21
9. Penatalaksanaan Medis dan Keperawatan.....	24
C. Konsep Asuhan Keperawatan	
1. Pengkajian.....	26
2. Diagnosa Keperawatan	30

3. Perencanaan Keperawatan	33
4. Implementasi Keperawatan	43
5. Evaluasi Keperawatan	43

BAB III METODE PENELITIAN

A. Pendekatan/Desain Penelitian	44
B. Subjek Penelitian	44
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional).....	44
D. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	45
E. Prosedur Penelitian.....	45
F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data	46
G. Keabsahan Data	46
H. Analisa Data	47

BAB IV TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Kasus.....	51
B. Diagnosa Keperawatan	60
C. Perencanaan Keperawatan.....	61
D. Implementasi dan Keperawatan	65

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Pengkajian Kasus.....	71
B. Diagnosa Keperawatan	72
C. Perencanaan Keperawatan.....	72
D. Implementasi Keperawatan	73
E. Evaluasi Keperawatan	73

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan.....	75
B. Saran	76

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul	Halaman
2.1	Anatomi fisiologi sistem Kardiovaskuler	7

DAFTAR BAGAN

Nomor Bagan	Judul	Halaman
2.1	WOC Hipertensi	18

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul	Halaman
2.1	Perencanaan Keperawatan Pada Penanganan Pasien Hipertensi	33
4.1	Penatalaksanaan Obat	
4.2	Analisa Data	
4.3	Intervensi Keperawatan	
4.4	Implementasi Keperawatan	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Izin Pra Penelitian dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

Lampiran 2. Lembar Konsul Proposal Karya Tulis Ilmiah.

Lampiran 3. Surat Selesai Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Peningkatan usia harapan hidup secara global juga akan diikuti dengan meningkatnya berbagai jenis penyakit degeneratif. Salah satu penyakit degeneratif yang saat ini banyak ditemukan di masyarakat yaitu hipertensi. Hipertensi menurut *World Health Organization* (WHO,2015) merupakan suatu kondisi dimana terjadinya peningkatan tekanan darah sistolik di atas 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik di atas 90 mmHg. Peningkatan tekanan darah tersebut terjadi sebagai tanda dari suatu masalah kesehatan yang sedang dialami seseorang.

Penyakit hipertensi dikenal sebagai “*silent killer*” karena secara umum hipertensi tidak memiliki gejala sama sekali. Seseorang baru mengetahui mengidap hipertensi setelah melakukan pemeriksaan tekanan darah. Sebagian besar penderita hipertensi melaporkan tanda dan gejala hipertensi berupa sakit kepala, sesak napas, pusing, nyeri dada, palpitasi jantung, dan perdarahan hidung (British, 2012).

Hipertensi masih menjadi permasalahan pada masyarakat hampir di seluruh belahan dunia. *World Health Organization* (WHO), melaporkan insiden prevalensi hipertensi tertinggi 46% di Afrika, 35% di Amerika, dan di Malaysia 20%. Berdasarkan data statistic dilaporkan bahwa 24,7% penduduk Asia Tenggara mengalami hipertensi (WHO, 2014).

Prevalensi hipertensi meningkat di beberapa negara sedang berkembang, termasuk Indonesia. Prevalensi hipertensi di Indonesia mencapai 34,1% pada tahun 2018 dengan rata-rata 8,4% penderita hipertensi. Provinsi Bengkulu ada sebanyak 30,2% penderita hipertensi pada tahun 2018 (Riskesmas,2018). Kasus hipertensi tertinggi dilaporkan pada kelompok umur ≥ 18 tahun yaitu sebesar 44,1%. Berdasarkan wilayah, kasus hipertensi tertinggi ada di Kalimantan Timur

sebanyak 40%, Kalimantan Selatan sebanyak 44,1%, diikuti Jawa Barat sebanyak 40,4%, kemudian Bangka Belitung sebanyak 32,2% (Kemenkes RI, 2018; Riskesdas,2018). Puskesmas Perawatan Sebelat Bengkulu Utara ada sebanyak 108 penderita hiepertensi pada tahun 2018. Hal ini terjadi sebagai akibat dari kebijakan pemerintah dalam jenjang layanan.

Berdasarkan hasil observasi di Puskesmas Perawatan Sebelat Bengkulu Utara terlihat bahwa perawat lebih banyak melakukan tindakan kolaborasi, tindakan mandiri kurang diterapkan seperti kurangnya dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga, kurang meminimalkan stress lingkungan, dan mengingatkan pembatasan aktivitas kepada pasien dan keluarga. Sebaiknya perawat tersebut melakukan tindakan mandiri karena sangat berguna untuk membantu proses penyembuhan pasien.

Tanda dan gejala hipertensi yang dikeluhkan penderita tidak semuanya sama. Keluhan gampang marah-marah atau sering pusing seperti yang selama ini dimitoskan juga bukan gejala khas dari hipertensi. Sehingga terkadang penderita hipertensi yang datang ke dokter umumnya sudah parah, karena tidak mengetahui bahwa dirinya mengidap hipertensi. Jadi sangat penting bagi seseorang untuk berperilaku positif dengan memeriksakan tekanan darah secara rutin atau berkala (WHO, 2015; British, 2012).

Hipertensi yang tidak terkontrol dan tidak diatasi, dapat menyebabkan komplikasi pada jantung, otak, dan ginjal. Komplikasi jantung akan mengalami gagal jantung, pada otak bisa menimbulkan resiko stroke, pada ginjal akan membuat kerusakan sistem penyaringan sehingga ginjal tidak mampu membuang zat-zat yang tidak dibutuhkan tubuh sehingga menyebabkan gagal ginjal. Berdasarkan hal tersebut para penderita hipertensi perlu mendapat penatalaksanaan keperawatan sejak dini (British, 2012; Wolff, 2006).

Penatalaksanaan hipertensi terdiri dari penatalaksanaan farmakologis dan non farmakologis. Penatalaksanaan farmakologis yaitu, terapi oksigen, pemantauan hemodinamik, pemantauan jantung, dan obat-obatan.

Penatalaksanaan non farmakologis meliputi pengaturan diet pada pasien, seperti makan-makanan rendah garam, diet tinggi kalium, diet kaya buah dan sayur, dan diet rendah kolesterol, melakukan penurunan berat badan, olahraga yang teratur, menghindari stress, serta terapi masase (Aspiani, 2016).

Peran perawat dalam mengatasi penyakit hipertensi sangat penting. Perawat perlu melakukan intervensi monitoring, seperti pemantauan tanda-tanda vital, memantau intake dan output. Sebagai *care provider*, perawat bisa mengatur posisi semifowler, pembatasan aktivitas pada klien, memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga, mengkoordinir pengaturan program kegiatan. Selain menjalankan peran sebagai *care provider*, perawat juga dapat berperan sebagai konsultan dalam mengatasi masalah, dan sebagai fasilitator asuhan keperawatan dasar pada pasien yang menderita penyakit hipertensi. Sebagai dasar intervensi., perawat perlu melakukan observasi terhadap status hemodinamik pasien (Wang et al, 2012).

Hemodinamik merupakan bagian yang terpenting dari kardiovaskuler karena berhubungan dengan kekuatan pompa jantung. Hemodinamik menjadi hal penting yang perlu dipantau pada pasien hipertensi. Pemantauan hemodinamik berguna untuk mendeteksi, mengidentifikasi kelainan fisiologis secara dini dan memantau pengobatan yang diberikan guna mendapatkan informasi keseimbangan homeostatik tubuh (Jevon & Ewens, 2009).

Hemodinamik dapat diukur dari hasil pemeriksaan aspek fisik sirkulasi darah, fungsi jantung, dan karakteristik fisiologis vaskular perifer. Pemantauan hemodinamik bukan tindakan terapeutik tetapi hanya memberikan informasi kepada klinisi dan informasi tersebut perlu disesuaikan dengan penilaian klinis pasien agar dapat memberikan penanganan yang optimal (Mosby 1998, dalam Jevon & Ewens, 2009).

Perawat dapat melakukan penilaian terhadap status hemodinamik secara komprehensif. Penilaian tersebut meliputi tindakan pemeriksaan tekanan darah, denyut jantung, denyut nadi, tekanan vena jugularis, tekanan vena sentral, tekanan

atrium kiri dan kanan, tekanan ventrikel dan tekanan arteri pulmonalis. Tindakan lain yang bisa dilakukan yaitu mengatur posisi fowler, berikan jus mentimun kepada pasien (Zauhani, 2010); anjurkan minum teh yang dicampur dengan madu (Emilia, 2016); anjurkan konsumsi pisang ambon (Eny, 2016); ajarkan pasien lakukan terapi relaksasi nafas dalam (Rita, 2016); anjurkan melakukan diet rendah garam, tentukan status perfusi seperti perasaan dingin pada akral, lakukan auskultasi pada jantung, dan minimalkan stress lingkungan (Bulecheck, 2016).

Berdasarkan data dan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang Asuhan Keperawatan pada pasien hipertensi di Puskesmas Perawatan Sebelat Bengkulu Utara tahun 2019.

B. Batasan Masalah

Studi kasus ini penulis membatasi hanya melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien Hipertensi di Puskesmas Perawatan Sebelat Bengkulu Utara tahun 2019.

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien Hipertensi di Puskesmas Perawatan Sebelat Bengkulu Utara tahun 2019.

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan dan mendeskripsikan hasil pengkajian pada pasien yang menderita Hipertensi
- b. Melaksanakan dan mendeskripsikan perumusan diagnosa pada pasien yang menderita Hipertensi
- c. Merencanakan dan mendeskripsikan Asuhan Keperawatan pada pasien yang menderita Hipertensi
- d. Melakukan dan mendeskripsikan implementasi rencana perawatan yang telah dibuat pada pasien yang menderita Hipertensi
- e. Melakukan dan mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien yang menderita Hipertensi

- f. Melakukan dokumentasi asuhan perawat pada pasien yang menderita Hipertensi

2 Manfaat Bagi penulis

1. Bagi akademik

- a. Mahasiswa mampu menerapkan konsep pembelajaran teoritis karena aplikatif dalam proses pemberian asuhan keperawatan pada pasien yang menderita Hipertensi.
- b. Memiliki kemampuan berdasarkan pengalaman yang telah didapatkan cara merawat pasien yang menderita Hipertensi
- c. Meningkatkan pengetahuan tenaga kependidikan dalam memberikan mata kuliah terutama mata kuliah KMB dan bisa meningkatkan pengetahuan mahasiswa yang berada di insitusi Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

2. Bagi perawat / bagian pelayanan kesehatan

- a. Hasil karya ilmiah ini diharapkan perawat bisa meningkatkan pemberian pelayanan yang lebih baik sesuai dengan standar yang telah di tetapkan dan mengetahui langkah – langkah yang tepat dalam pemberian asuhan kepada pada pasien yang menderita Hipertensi. Pihak manajemen rumah sakit dapat melakukan promosi dan peningkatan tenaga perawat tentang penerapan aspek yang profesiona sesuai dengan standar asuhan keperawatan sehingga dapat lebih meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien yang menderita Hipertensi
- b. Menumbuhkan sensitivitas (*caring*) antara perawat, pasien dan ibu/keluarga terhadap perawatan pada pasien yang menderita Hipertensi.

3. Manfaat bagi penulis lain

Sebagai bahan acun yang diharapkan dapat menjadi tumpuan dalam mengembangkan penelitian yang serupa baik tentang gambaran peran

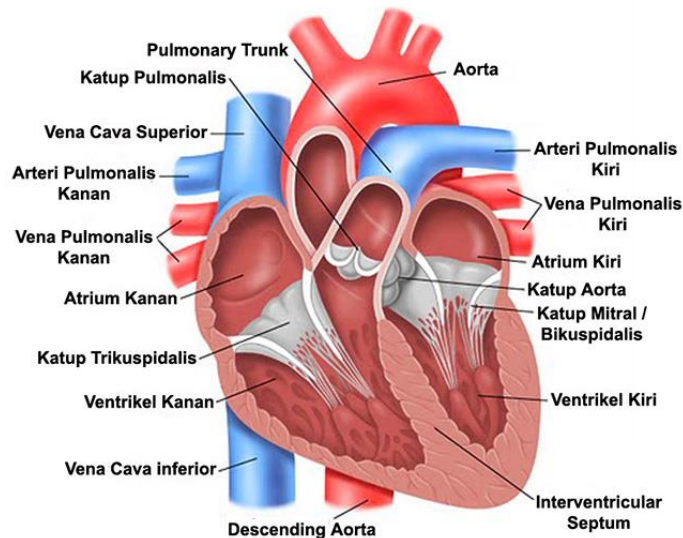
perawat dalam penatalaksanaan asuhan keperawatan pada pasien yang menderita Hipertensi sesuai dengan standar yang telah ditetapkan baik secara teoritis maupun aplikatif.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Anatomi Fisiologi Sistem Kardiovaskuler

1. Anatomi system kardiovaskuler adalah sebagai berikut :



Gambar 2.1 Anatomi kardiovaskuler (Gosyen, 2014)

a. Jantung (cardio)

Jantung adalah organ utama system kardiovaskuler, berotot dan berongga, terletak dirongga toraks bagian mediastinum. Letak jantung yaitu pada substernal sinistra dari garis medial. Ukuran panjang adalah sebesar genggam tangan kanan dan mempunyai berat jantung sekitar 200-425 gram, pada laki-laki sekitar 310 gram dan pada perempuan sekitar 225 gram (Tarwoto, 2015).

Ada membran yang membungkus dan melindungi jantung yang biasa disebut dengan perikardium. Perikardium berguna menahan posisi jantung agar tetap berada di dalam mediastinum, namun tetap memberikan cukup kebebasan untuk kontraksi jantung yang cepat dan kuat. Perikardium terdiri dari dua bagian, yaitu ada perikardium fibrosa dan juga ada perikardium serosa. Perikardium fibrosa ini terdiri dari

jaringan ikat yang kuat, padat, dan tidak elastis. Sedangkan perikardium serosa jauh lebih tipis dan lebih lembut dan membentuk dua lapisan mengelilingi jantung. Lapisan parietal dari perikardium serosa bergabung dengan perikardium fibrosa. Lapisan viseral dari perikardium serosa, disebut juga dengan epikardium, yang melekat kuat pada permukaan jantung. Di antara perikardium parietal dan viseral terdapat cairan serosa yang diproduksi oleh sel perikardial. Cairan perikardial ini berfungsi untuk mengurangi gesekan antara lapisan-lapisan perikardium serosa saat jantung berdenyut dan memompa darah. Rongga yang berisi dengan cairan perikardial disebut sebagai kavitas pericardial (Gosyen, 2014).

Dinding jantung terdiri dari tiga lapisan, yaitu epikardium (lapisan paling luar), miokardium (lapisan bagian tengah), dan endokardium (lapisan paling dalam). Seperti yang telah disebutkan di atas, lapisan epikardium merupakan lapisan visceral perikardium serosa yang disusun oleh mesotelium dan jaringan ikat lunak, sehingga tekstur permukaan luar jantung terlihat lunak dan licin. Miokardium merupakan jaringan otot jantung yang menyusun hampir 95% dinding jantung. Miokardium bertanggung jawab untuk melakukan pemompaan pada jantung. Meskipun menyerupai otot rangka, otot jantung ini bekerja involunter seperti otot polos dan seratnya tersusun melingkari jantung. Lapisan terdalam dinding jantung, disebut dengan endokardium, yang merupakan lapisan tertipis endotelium yang berfungsi menutupi lapisan tipis jaringan ikat dan membungkus katup di jantung (Gosyen, 2014).

Jantung memiliki 4 ruang dan 4 katup. Dimana 4 ruang tersebut terdiri dari 2 ruang jantung atas dinamakan atrium dan 2 ruang jantung di bawahnya dinamakan ventrikel yang berfungsi untuk memompa darah. Dan memiliki dinding untuk memisahkan kedua atrium dan ventrikel menjadi bagian kanan (dektra) dan kiri (sinistra) dinamakan septum. Darah dipompakan melalui semua ruang jantung dengan bantuan keempat

katup yang mencegah agar darah tidak kembali lagi kebelakang dan menjaga agar darah tersebut mengalir ke tempat yang dituju. Kemudian jantung memiliki 4 buah katup yaitu, katup trikuspid, katup pulmonal, katup bicuspid, dan katup aorta. Pertama pada katup trikuspid yang mempunyai fungsi katup trikuspid berfungsi mencegah kembalinya aliran darah menuju atrium kanan dengan cara menutup pada saat kontraksi ventrikel. Sesuai dengan namanya, katup trikuspid terdiri dari 3 daun katup. Kedua katup pulmonal dimana Darah akan mengalir dari dalam ventrikel kanan melalui trunkus pulmonalis sesaat setelah katup trikuspid tertutup. Trunkus pulmonalis bercabang menjadi arteri pulmonalis kanan dan kiri yang akan berhubungan dengan jaringan paru kanan dan kiri. Pada pangkal trunkus pulmonalis terdapat katup pulmonalis yang terdiri dari 3 daun katup yang terbuka bila ventrikel kanan berkontraksi dan menutup bila ventrikel kanan relaksasi, sehingga memungkinkan darah mengalir dari ventrikel kanan menuju arteri pulmonalis. Yang ketiga, katup bicuspid atau katup mitral mengatur aliran darah dari atrium kiri menuju ventrikel kiri. Seperti katup trikuspid, katup bikuspid menutup pada saat kontraksi ventrikel. Katup bikuspid terdiri dari dua daun katup. Yang keempat, yaitu katup aorta yang terdiri dari 3 daun katup yang terdapat pada pangkal aorta. Katup ini akan membuka pada saat ventrikel kiri berkontraksi sehingga darah akan mengalir keseluruh tubuh. Sebaliknya katup akan menutup pada saat ventrikel kiri relaksasi, sehingga mencegah darah masuk kembali kedalam ventrikel kiri (Tarwoto 2015; Gosyen 2014).

b. Pembuluh darah (vaskuler)

Setiap sel di dalam tubuh secara langsung bergantung pada keutuhan dan fungsi system vaskuler, karena darah dari jantung akan dikirim ke setiap sel melalui system tersebut. Sifat structural dari setiap bagian sistem sirkulasi darah sistemik menentukan peran fisiologisnya

dalam integrase fungsi kardiovaskuler. Dinding pembuluh darah terdiri 3 bagian, yaitu lapisan terluar (*tunika adventisia*), lapisan tengah yang berotot (*tunika medika*), dan lapisan terdalam yaitu lapisan endotel (*tunika intima*). Jantung memompa darah melalui pembuluh-pembuluh darah keseluruh tubuh. Pembuluh-pembuluh ini sangat elastis dan bisa membawa darah kesetiap ujung organ dalam tubuh kita. Pembuluh darah berperan dalam mengedarkan darah yang mengangkut oksigen, zat gizi, dan pembuangan sisa metabolisme.

Pembuluh darah terdapat 3 macam yaitu arteri dan vena, kapiler. Pembuluh darah arteri berfungsi mengangkut darah yang berisi oksigen, nutrisi dan hormone menuju ke sel-sel tubuh. Pembuluh darah vena berfungsi mengangkut darah yang berisi sisa hasil metabolisme, dan karbondioksida kembali ke jantung yang kemudian akan dikeluarkan melalui *ekspirasi*. Pembuluh darah pada peredaran darah besar disebut aorta. Aorta merupakan arteri terbesar yang ada di dalam tubuh. Aorta ini akan bercabang lebih kecil lagi yang menghantarkan oksigen ke jaringan-jaringan tubuh akan kembali ke jantung dengan melewati pembuluh vena (Gosyen, 2014).

Pembuluh darah memiliki 4 lapisan yaitu tunika intima (tunika interna), tunika media, tunika adventitia, vasa vasorum. Lapisan pembuluh pertama yaitu tunika intima terdiri atas selapis sel endotel yang membatasi permukaan dalam pembuluh. Di bawah endotel adalah lapisan subendotel, terdiri atas jaringan penyambung jarang halus yang kadang kadang mengandung sel otot polos yang berfungsi untuk kontraksi pembuluh darah. Lapisan pembuluh darah kedua yaitu tunika media terdiri dari sel-sel otot polos yang tersusun melingkar (sirkuler). Pada arteri, tunika media dipisahkan dari tunika intima oleh suatu membrane elastic interna. Membran ini terdiri atas elastin, biasanya berlubang-lubang sehingga zat-zat dapat berdifusi melalui lubang-lubang yang terdapat dalam membran

dan memberi makan pada sel-sel yang terletak jauh di dalam pembuluh darah. Lapisan pembuluh darah ketiga yaitu tunika adventitia terdiri atas jaringan penyambung dengan serabut-serabut elastin. Pada pembuluh yang lebih besar vasa vasorum (pembuluh dalam pembuluh) bercabang-cabang luas dalam adventitia. Lapisan pembuluh darah yang keempat yaitu vasa vasorum memberikan metabolit-metabolit untuk adventitia dan tunika media pembuluh-pembuluh besar, karena lapisan-lapisannya terlalu tebal untuk diberi makanan oleh difusi dari aliran darah (Gosyen, 2014).

c. Darah

Sel-sel darah (eritrosit, leukosit, trombosit)

Adalah suatu jaringan tubuh yang terdapat di dalam pembuluh darah yang berbentuk cair dan berwarna merah. Darah memiliki warna merah karena warna merah mengindikasikan bahwa oksigen yang ada di dalamnya banyak, sedangkan bila karbondioksida yang ada di dalam darah tersebut banyak maka warna merah tersebut menjadi merah tua. Pada orang dewasa muda yang sehat memiliki darah sebanyak sekitar 70-75 dari berat badan atau sekitar 4-5 liter darah. Jumlah tersebut berbeda-beda untuk setiap orang bergantung pada umur, pekerjaan, keadaan jantung atau pembuluh darah. Darah merupakan kendaraan atau medium untuk transportasi berbagai nutrisi keseluruh tubuh. Darah berfungsi dalam mengangkut oksigen, zat gizi, dan sisa hasil metabolisme dari jantung keseluruh tubuh dan kembali lagi ke jantung (Gosyen, 2014). Darah merupakan komponen esensial makhluk hidup yang berada dalam ruang vaskuler, karena penannya sebagai media komunikasi antar sel ke berbagai bagian tubuh dengan dunia luar karena fungsinya membawa oksigen dari paru-paru ke jaringan dan karbondioksida dari jaringan ke paru-paru untuk dikeluarkan, membawa zat nutrient dari saluran cerna ke jaringan kemudian menghantarkan sisa metabolisme melalui organ sekresi

seperti ginjal, menghantarkan hormon dan materi-materi pembekuan darah (Tarwoto, 2015).

Menurut (Tarwoto, 2015), susunan darah terdiri dari :

a. Sel-sel darah terdiri dari :

- 1) Eritrosit (sel darah merah) yang berfungsi untuk mengangkut oksigen dan mengikat karbondioksida untuk dibawa ke paru-paru.
- 2) Leukosit (sel darah putih) yang berfungsi untuk sebagai pertahanan tubuh terhadap serangan penyakit dan berkaitan dengan system imunitas. Sel darah putih juga berfungsi sebagai pengangkut zat lemak dari dinding usus melalui limfa kemudian ke pembuluh darah.
- 3) Trombosit adalah sel yang bergranula yang membentuk agregat ditempat cedera pembuluh darah. Fungsi dari trombosit sangat penting pada pembekuan darah.

b. Plasma darah adalah suatu cairan yang berwarna kuning yang membentuk sekitar 5% dari berat badan. Plasma darah juga bagian cair darah (55%) yang sebagian besar terdiri dari air (92%), protein (7%), dan nutrient (1%), hasil metabolisme, gas pernapasan, enzim, hormon-hormon, factor pembekuan dan garam anorganik. Fungsi plasma darah juga sebagai medium untuk mendistribusikan zat-zat makanan seperti karbohidrat, mineral, lemak, dan asam amino ke dalam jaringan.

2. Fisiologi sistem kardiovaskuler dan tekanan darah

a. Fisiologi sistem kardiovaskuler sebagai berikut

Menurut (Gosyen, 2014), sirkulasi darah yang terjadi di dalam tubuh manusia terdiri dari 2 bagian yaitu :

1) Sirkulasi pulmonal

Sirkulasi ini merupakan sirkulasi darah yang berasal dari ventrikel kanan jantung menuju paru dan kembali ke atrium kiri. Di dalam paru-paru, terjadi pertukaran gas antara oksigen dan karbondioksida.

2) Sirkulasi sistemik

Sirkulasi ini menghantarkan darah keseluruh tubuh. Darah yang dipompa keluar dari ventrikel kiri dan dibawa aorta ke seluruh tubuh dan kembali ke atrium kanan jantung melalui vena cava superior dan vena cava inferior. Karakteristik darah umumnya meliputi warna, viskositas, pH, volume dan komposisinya. Darah arteri berwarna merah muda karena banyak mengandung oksigen yang berkaitan dengan hemoglobin dalam sel darah merah. Darah vena berwarna merah tua / gelap karena kurang oksigen dibandingkan dengan darah arteri. Viskositas darah $\frac{3}{4}$ lebih tinggi dari pada viskositas air yaitu sekitar 1.048 sampai 1.066. pH darah bersifat *alkaline* dengan pH 7.35 sampai 7.45 (netral 7.00) . Pada orang dewasa volume darah sekitar 70 sampai 75 ml/kg BB, atau sekitar 4 sampai 4 liter darah.

b. Fisiologi tekanan darah

Tekanan darah berarti daya yang dihasilkan oleh darah terhadap setiap satuan luas dinding pembuluh. Tekanan darah dari pembuluh darah dapat berubah-ubah pada setiap siklus jantung. Ventrikel kiri memompa darah masuk ke aorta, tekanan darah akan naik sampai puncak yang disebut sebagai tekanan sistol. Tekanan akan turun sampai titik terendah yang disebut sebagai tekanan distol. Tekanan darah juga bergantung pada aktivitas fisik seperti berolahraga , kegiatan rumah tangga, rasa cemas, rasa cinta ataupun stress. Keadaan itu tekanan darah akan meningkat dan bisa menembus batas normal, dengan beristirahat tekanan darah akan kembali normal. Tekanan darah adalah daya dorong darah keseluruh dinding pembuluh darah pada permukaan yang tertutup. Tekanan darah timbul adanya tekanan arteri yaitu tekanan yang terjadi pada dinding arteri. Tekanan arteri terdiri dari tekanan sistolik, tekanan diastolik, tekanan pulsasi, tekanan arteri rata-rata. Tekanan sistolik yaitu tekanan maksimum dari darah yang mengalir pada arteri yang terjadi pada saat

ventrikel jantung berkontraksi, besarnya sekitar 100-140 mmHg. Tekanan diastolik yaitu tekanan darah pada dinding arteri pada saat jantung relaksasi, besarnya sekitar 60-90 mmHg. Tekanan pulsasi merupakan refleksi dari stroke volume dan elastisitas arteri, besarnya sekitar 40-60 mmHg. Tekanan arteri rata-rata merupakan gabungan dari tekanan pulsasi dan tekanan diastolik yang besarnya sama dengan sepertiga tekanan pulsasi ditambah tekanan diastolik. Tekanan darah sesungguhnya ekspresi dari tekanan sistol dan tekanan diastole yang normalnya berkisar 120/80 mmHg. Peningkatan tekanan darah lebih dari normal disebut hipertensi dan jika kurang dari normal disebut hipotensi (Gosyen, 2014).

Pengaturan jangka pendek tekanan darah dilakukan terutama oleh refleks baroreseptor. Baroreseptor sinus karotikus dan lengkung aorta secara terus menerus memantau tekanan arteri rata-rata. Jika keduanya mendeteksi adanya penyimpangan dari normal, keduanya memberi sinyal ke pusat medulla oblongata, yang berespon dengan menyesuaikan keluaran otonom ke jantung dan pembuluh darah untuk memulihkan tekanan darah ke tingkat normal. Kontrol jangka Panjang tekanan darah melibatkan pemeliharaan volume plasma yang sesuai melalui kontrol keseimbangan garam dan air oleh ginjal (Smeltzer, 2010). Pengaturan keseimbangan yang ada di ginjal dipengaruhi hormon *Renin Angiotensin-Aldosteron System* (RAAS) dikarenakan hormon ini bekerja di ginjal. Oleh karena itu, ginjal memainkan peranan penting dalam perubahan jangka Panjang pada tekanan darah. Hormon-hormon tersebut bereaksi di ginjal untuk mengontrol jumlah sodium yang tinggal di ginjal, jumlah cairan dalam darah yang disebut dengan volume darah akan meningkat. Hal ini juga berlaku sebaliknya, jika jumlah cairan yang tinggal di ginjal sedikit maka volume darah akan menurun dan mengakibatkan penurunan darah. Hal ini dapat terjadi jika ginjal sudah mengalami kerusakan (Ramadhan, 2010).

Setiap perubahan pada tekanan arteri rerata memicu suatu refleksi baroreseptor otomatis yang mempengaruhi jantung dan pembuluh darah untuk menyesuaikan curah jantung dan resistensi perifer total dalam upaya untuk memulihkan tekanan darah ke normal. Refleksi dan respons yang mempengaruhi tekanan darah yaitu : reseptor volume atrium kiri dan osmoreseptor hipotalamus terutama penting dalam keseimbangan air dan garam ditubuh, karena itu keduanya mempengaruhi regulasi jangka panjang tekanan darah dengan mengontrol volume plasma. Kemoreseptor yang berada diarteri karotis dan aorta, berkaitan erat tetapi berbeda dari baroreseptor peka terhadap kadar O₂ yang rendah atau asam yang tinggi di dalam darah. Respons kardiovaskular yang berkaitan dengan perilaku dan emosi tertentu diperantarai melalui jalura korteks serebri-hipotalamus dan tampaknya telah terprogram. Perubahan kardiovaskular mencolok yang menyertai olahraga, termasuk peningkatan substansial aliran darah otot rangka, peningkatan signifikan curah jantung, penurunan resistensi perifer total, dan peningkatan sedang tekanan arteri rerata (Lauralee, 2011). Hormon yang mempengaruhi tekanan darah yaitu : hormon antidiuretic (ADH) berperan dalam pengaturan volume darah vaskuler dengan cara meningkatkan reabsorpsi garam dan air dalam tubulus ginjal. Hormon norepinefrin berperan sebagai vasokonstriktor, sedangkan epinefrin berperan sebagai vasokonstriktor atau vasodilator tergantung pada reseptor otot polos pada pembuluh darah organ. Hormon histamin, bradykinin, serotonin juga berperan dalam pengaturan tekanan darah. Histamin merupakan vasodilator kuat pembuluh darah kecil, walaupun juga berperan dalam vasokonstriksi pembuluh darah besar. Bradikinin merupakan vasodilator kuat, terutama pada pembuluh kutaneus. Serotonin merupakan vasokonstriksi kuat pada arteriole kutanea (Tarwoto, 2015).

Dinding pembuluh darah itu elastic dan dapat mengembang, maka harus diisi lebih supaya dibangkitkan suatu tekanan. Pemberian cairan

seperti plasma atau garam akan menyebabkan tekanan naik lagi. Viskositas (kekentalan) darah, disebabkan protein plasma dan jumlah sel darah yang berbeda di dalam aliran darah. Setiap perubahan pada kedua faktor ini akan mengubah tekanan darah. Besarnya geseran yang ditimbulkan cairan terhadap dinding tabung yang dilaluinya berbeda-beda sesuai dengan viskositas cairan. Semakin pekat cairan makin besar kekuatan yang diperlukan untuk mendorongnya melalui pembuluh. Elastisitas pembuluh darah, di dalam arteri tekanan lebih besar daripada yang ada di dalam vena sebab otot yang membungkus arteri lebih besar elastis daripada yang ada di dalam vena. Tahanan tepi (Resistensi perifer), adalah tahanan yang dikeluarkan geseran darah yang mengalir dalam pembuluh. Tahanan utama pada aliran darah dalam system sirkulasi besar berada di dalam arteriol. Turunnya tekanan terbesar terjadi pada tempat ini, arteriol juga “menghaluskan denyutan yang keluar” dari tekanan darah sehingga denyutan tidak kelihatan didalam kapiler dan vena (Pearce, 2011).

B. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi

1. Definisi

Menurut WHO (2015), hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang sistolik pada atau diatas 140 mmHg dan/atau diastolik pada atau di atas 90 mmHg. Menurut WHO (2014), hipertensi adalah tekanan darah dimana sistolik sama dengan atau diatas 140 mmHg dan / atau tekanan darah dimana diastolik sama dengan atau diatas 90 mmHg.

Sikap atau posisi duduk membuat tekanan darah cenderung stabil. Hal ini dikarenakan pada saat duduk system vasokontraktor simpatis terangsang melalui saraf rangka menuju otot-otot abdomen. Keadaan ini meningkatkan tonus dasar otot-otot tersebut yang menekan seluruh vena cadangan abdomen, membantu mengeluarkan darah dari cadangan vaskuler abdomen ke jantung. Hal tersebut membuat darah yang tersedia bagi jantung untuk dipompa

menjadi meningkat. Keseluruhan respon ini disebut refleks kompresi abdomen. Kerja jantung pada posisi duduk, dalam memompa darah akan lebih keras karena melawan gaya gravitasi sehingga kecepatan denyut jantung meningkat (Istiqomah, 2009). Pemeriksaan tekanan darah dikatakan mengalami hipertensi jika pada dua kali pengukuran dengan selang waktu 5 menit dalam keadaan cukup istirahat (tenang) (Kaplan, 2010).

2. Klasifikasi

Klasifikasi hipertensi adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Tekanan sistolik (mmHg)	Tekanan diastolik (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Prehipertensi	120-139	80-89
Hipertensi Stadium 1	140-159	90-99
Hipertensi Stadium II	>160	>100
Krisis Hipertensi (membutuhkan penanganan darurat)	>180	>110

(Menurut Pedoman Hipertensi JNC VII dan Pedoman Hipertensi ACC/AHA, 2017)

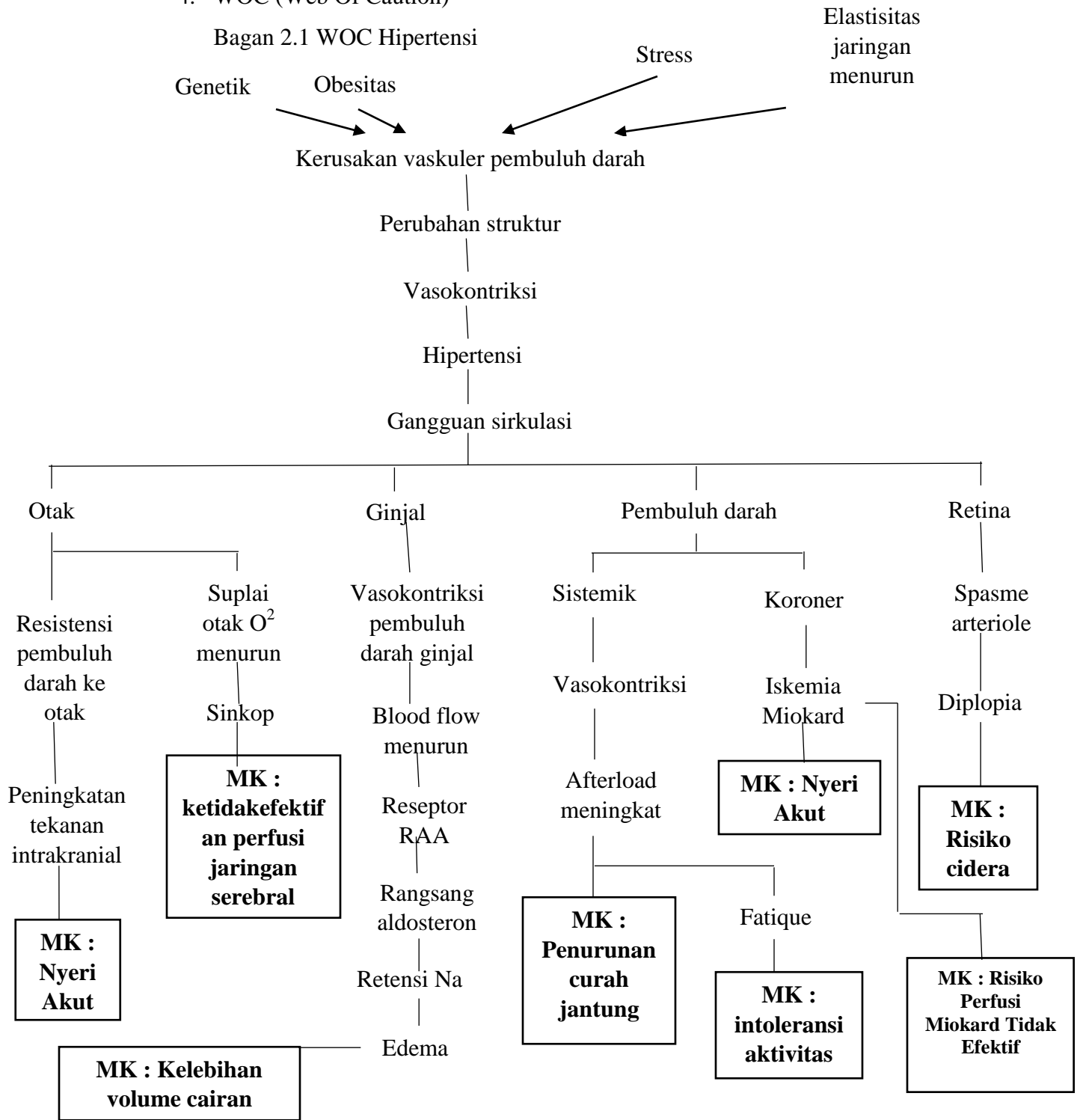
3. Etiologi

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respons peningkatan curah jantung atau peningkatan tekanan perifer. Akan tetapi, ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi, yaitu :

- a. Genetik, respons neurologi terhadap stress atau kelainan eksresi atau transport Na.
- b. Obesitas, terkait dengan tingkat insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
- c. Stress karena lingkungan.
- d. Hilangnya elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah (Aspiani, 2016)

4. WOC (Web Of Caution)

Bagan 2.1 WOC Hipertensi



Sumber : Aspiani 2016 ; Wijaya dkk 2016

5. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor pada medulla diotak. Dari pusat vasomotor ini bermula saraf simpatis, yang berlanjut kebawah ke korda spinalis ditoraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Berbagai faktor, seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriktor. Klien dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut dapat terjadi.

Pada saat bersamaan ketika sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal menyekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal menyekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin.

Renin yang dilepaskan merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, vasokonstriktor kuat, yang pada akhirnya merangsang sekresi aldosterone oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan hipertensi.

Sebagai pertimbangan gerontologis dimana terjadi perubahan structural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut

meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup) mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer.

Pada usia lanjut perlu diperhatikan kemungkinan adanya “hipertensi palsu” disebabkan kekakuan arteri brachialis sehingga tidak dikompresi oleh *cuff sphygmanometer* (Aspiani, 2016).

6. Manifestasi Klinis

Gejala umum yang ditimbulkan akibat menderita hipertensi tidak sama pada setiap orang, bahkan terkadang timbul tanpa gejala. Secara umum gejala yang dikeluhkan oleh penderita hipertensi sebagai berikut :

- a. Sakit kepala
- b. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk
- c. Perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa jatuh
- d. Jantung berdebar atau detak jantung tersa cepat
- e. Telinga berdenging

Gejala lain yang umumnya terjadi pada penderita hipertensi, yaitu pusing, muka merah, sakit kepala, keluar darah dari hidung secara tiba-tiba, tengkuk terasa pegal dan lain-lain (Aspiani, 2016).

7. Komplikasi

Tekanan darah tinggi apabila tidak diobati dan ditanggulangi, maka dalam jangka panjang akan menyebabkan kerusakan arteri di dalam tubuh sampai organ yang mendapat suplai darah dari arteri tersebut. Komplikasi hipertensi dapat terjadi pada organ-organ sebagai berikut :

a. Jantung

Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan terjadinya gagal jantung dan penyakit jantung coroner. Pada penderita hipertensi, beban jantung akan

meningkat, otot jantung akan mengendor dan berkurang elastisitasnya, yang disebut *dekompensasi*. Akibatnya, jantung tidak mampu lagi memompa sehingga banyak cairan tertahan di paru maupun jaringan tubuh lain yang dapat menyebabkan sesak napas atau edema, kondisi ini disebut gagal jantung.

b. Otak

Komplikasi hipertensi pada otak, menimbulkan resiko stroke, apabila tidak diobati resiko terkena stroke 7 kali lebih besar.

c. Ginjal

Tekanan darah tinggi juga menyebabkan kerusakan ginjal, tekanan darah tinggi dapat menyebabkan kerusakan sistem penyaringan di dalam ginjal akibatnya lambat laun ginjal tidak mampu membuang zat-zat yang tidak dibutuhkan tubuh yang masuk melalui aliran darah dan terjadi penumpukan di dalam tubuh.

d. Mata

Pada mata hipertensi dapat mengakibatkan terjadinya retinopati hipertensi dan dapat menimbulkan kebutaan (Wijaya dkk, 2016).

8. Faktor Resiko Hipertensi

Hipertensi disebabkan oleh faktor-faktor yang dapat dimodifikasi atau dikendalikan serta faktor yang tidak dapat dimodifikasi.

a. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi atau dikendalikan

1) Genetik

Adanya faktor genetik pada keluarga tertentu akan menyebabkan keluarga tersebut mempunyai resiko menderita hipertensi. Individu dengan orangtua hipertensi mempunyai resiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi daripada individu yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi. Pada 70-80% kasus Hipertensi primer, didapatkan riwayat hipertensi di dalam keluarga. Apabila riwayat hipertensi didapatkan pada kedua

orang tua, maka dugaan Hipertensi primer lebih besar. Hipertensi juga banyak dijumpai pada penderita kembar monozigot (satu telur), apabila salah satunya menderita Hipertensi. Dugaan ini menyokong bahwa faktor genetik mempunyai peran didalam terjadinya Hipertensi.

2) Umur

Insidensi hipertensi meningkat seiring dengan penambahan usia. Individu yang berumur di atas 60 tahun, 50-60% mempunyai tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg. Hal itu merupakan pengaruh degenerasi yang terjadi pada orang yang bertambah usianya.

3) Jenis Kelamin

Laki-laki mempunyai resiko lebih tinggi untuk menderita hipertensi lebih awal. Laki-laki juga mempunyai resiko yang lebih besar terhadap morbiditas dan mortalitas kardiovaskuler. Sedangkan di atas umur 50 tahun hipertensi lebih banyak terjadi pada perempuan.

4) Etnis

Hipertensi lebih banyak terjadi pada orang berkulit hitam daripada yang berkulit putih. Belum diketahui secara pasti penyebabnya, namun dalam orang kulit hitam ditemukan kadar renin yang lebih rendah dan sensitifitas terhadap vasopresin lebih besar.

5) Penyakit Ginjal

Ginjal mengendalikan tekanan darah melalui beberapa cara:

- a) Jika tekanan darah meningkat, ginjal akan menambah pengeluaran garam dan air, yang akan menyebabkan berkurangnya volume darah dan mengembalikan tekanan darah ke normal.

- b) Jika tekanan darah menurun, ginjal akan mengurangi pembuangan garam dan air, sehingga volume darah bertambah dan tekanan darah kembali ke normal.
- c) Ginjal juga bisa meningkatkan tekanan darah dengan menghasilkan enzim yang disebut renin, yang memicu pembentukan hormon angiotensi, yang selanjutnya akan memicu pelepasan hormon aldosteron.

Ginjal merupakan organ penting dalam mengendalikan tekanan darah, karena itu berbagai penyakit dan kelainan pada ginjal bisa menyebabkan terjadinya tekanan darah tinggi. Misalnya penyempitan arteri yang menuju ke salah satu ginjal (stenosis arteri renalis) bisa menyebabkan hipertensi. Peradangan dan cedera pada salah satu atau kedua ginjal juga bisa menyebabkan naiknya tekanan darah.

6) Obat-obatan

Penggunaan obat-obatan seperti beberapa obat hormon (Pil KB), Kortikosteroid, Siklosporin, Eritropoietin, Kokain, dan Kayu manis (dalam jumlah sangat besar), termasuk beberapa obat antiradang (anti-inflammasi) secara terus menerus (sering) dapat meningkatkan tekanan darah seseorang. Minuman yang mengandung alkohol juga termasuk salah satu faktor yang dapat menimbulkan terjadinya tekanan darah tinggi.

7) Preeklamsi pada kehamilan

Preeklampsia dalam kehamilan adalah apabila dijumpai tekanan darah 140/90 mmHg setelah kehamilan 20 minggu (akhir-triwulan kedua sampai triwulan ketiga) atau bisa lebih awal terjadi. Preeklamsi terjadi sebagai akibat dari gangguan fungsi organ akibat penyempitan pembuluh darah secara umum yang mengakibatkan iskemia plasenta(ari-ari) sehingga berakibat kurangnya pasokan darah yang membawa nutrisi ke janin.

8) Keracunan timbal akut

Timbal bisa menyebabkan lesi tubulus proksimalis, lengkung henle, serta menyebabkan aminosiduria, sehingga timbul kelainan pada ginjal (Peradangan dan cedera pada salah satu atau kedua ginjal) bisa menyebabkan terjadinya tekanan **darah tinggi**.

b. Faktor yang dapat dimodifikasi atau dikendalikan

1) Stress

Stres akan meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer dan curah jantung sehingga akan menstimulasi aktivitas saraf simpatetik. Adapun stres ini dapat berhubungan dengan pekerjaan, kelas sosial, ekonomi, dan karakteristik personal. Mekanisme hubungan antara stress dengan Hipertensi, diduga melalui aktivasi saraf simpatis. Saraf simpatis adalah saraf yang bekerja pada saat kita beraktivitas, saraf parasimpatis adalah saraf yang bekerja pada saat kita tidak beraktivitas.

Peningkatan aktivitas saraf simpatis dapat meningkatkan tekanan darah secara intermitten (tidak menentu). Apabila stress berkepanjangan, dapat mengakibatkan tekanan darah menetap tinggi. Walaupun hal ini belum terbukti, akan tetapi angka kejadian di masyarakat perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan di pedesaan. Hal ini dapat dihubungkan dengan pengaruh stress yang dialami kelompok masyarakat yang tinggal di kota.

2) Obesitas

Penelitian epidemiologi menyebutkan adanya hubungan antara berat badan dengan tekanan darah baik pada pasien hipertensi maupun normotensi. Pada populasi yang tidak ada peningkatan berat badan seiring umur, tidak dijumpai peningkatan tekanan darah sesuai peningkatan umur. Obesitas terutama pada

tubuh bagian atas dengan peningkatan jumlah lemak pada bagian perut.

3) Nutrisi

Sodium adalah penyebab penting dari hipertensi esensial, asupan garam yang tinggi akan menyebabkan pengeluaran berlebihan dari hormon natriouretik yang secara tidak langsung akan meningkatkan tekanan darah.

Asupan garam tinggi yang dapat menimbulkan perubahan tekanan darah yang dapat terdeteksi adalah lebih dari 14 gram per hari atau jika dikonversi kedalam takaran sendok makan adalah lebih dari dua sendok makan.

4) Merokok

Penelitian terakhir menyatakan bahwa merokok menjadi salah satu faktor risiko hipertensi yang dapat dimodifikasi. Merokok merupakan faktor risiko yang potensial untuk ditiadakan dalam upaya melawan arus peningkatan hipertensi khususnya dan penyakit kardiovaskuler secara umum di Indonesia.

5) Kurang olahraga

Gaya hidup yang tidak aktif (malas berolah raga) bisa memicu terjadinya hipertensi pada orang-orang memiliki kepekaan yang diturunkan.

9. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostic hipertensi :

a. Hemoglobin / hematocrit

Bukan diagnostic tetapi mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor-faktor resiko seperti hiperkoagulabilitas dan anemia.

b. BUN / kreatinin

Memberikan informasi tentang perufsi / fungsi ginjal.

- c. Glukosa
Hiperglikemia (diabetes melitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh peningkatan kadar katekolamin (meningkatkan hipertensi).
- d. Kalium serum
Peningkatan kadar kalsium serum dapat meningkatkan hipertensi,
- e. Kolesterol dan trigeliserida serum
Peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus untuk/ adanya pembentuk plak ateromatosa (efek kardiovaskuler).
- f. Pemeriksaan tiroid
Hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi.
- g. Kadar aldosterone urine / serum
Untuk mengkaji aldosteronisme primer (penyebab).
- h. Urinalisa
Darah, protein, glukosa mengisyaratkan difungsi ginjal dan atau adanya penyebab diabetes.
- i. VMA urine (metabolit katekolamin)
Kenaikan dapat mengindikasikan adanya feokromositoma (penyebab).
VMA urine 24 jam dapat dilakukan untuk pengkajian feokromositoma bila hipertensi hilang timbul.
- j. Asam urat
Hiperurisemia telah menjadi implikasi sebagai faktor resiko terjadinya hipertensi.
- k. Steroid urine
Kenaikan dapat mengindikasikan hiperadrenalisme, feokromositoma atau disfungsi pituitary, sindrom Cushing's dan kadar renin dapat juga meningkat.

l. IVP

Dapat mengidentifikasi penyebab hipertensi, seperti penyakit parenkim ginjal, batu ginjal / ureter.

m. Foto dada

Dapat menunjukkan obstruksi klasifikasi pada area katup, deposit pada dan atau taktik aorta, perbesaran jantung.

n. CT scan

Mengkaji tumor serebral, CSV, ensefalopati, atau feokromositoma.

o. EKG

Dapat menunjukkan pembesaran jantung, pola regangan, gangguan konduksi. Catatan : luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi (Doengoes, 2010).

10. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang hipertensi menurut Aspiani tahun 2016 adalah :

a. Laboratorium

- 1) Albuminaria pada hipertensi karena kelainan parenkim ginjal
- 2) Kreatinin serum dan BUN meningkat pada hipertensi karena parenkim ginjal dengan gagal ginjal akut
- 3) Darah perifer lengkap
- 4) Kimia darah (kalium, natrium, kreatinin, gula darah puasa)

b. EKG

- 1) Hipertropi ventrikel kiri
- 2) Iskemia atau infark miokard
- 3) Peninggi gelombang p
- 4) Gangguan konduksi

c. Foto Rontgen

- 1) Bentuk dan besar jantung
- 2) Perbandingan, lebarnya paru
- 3) Hipertrofi parenkim ginjal

4) Hipertrofi vaskuler ginjal

11. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan farmakologis yang diterapkan pada penderita hipertensi adalah sebagai berikut :

- 1) Terapi oksigen
- 2) Pemantauan hemodinamik
- 3) Pemantauan jantung
- 4) Obat-obatan
 - a) Diuretik, bekerja melalui berbagai mekanisme untuk mengurangi curah jantung dengan mendorong ginjal meningkatkan ekskresi garam dan airnya, juga dapat menurunkan TPR.
 - b) Penyekat saluran kalsium menurunkan kontraksi otot polos jantung atau enzim dengan mengintervensi influx kalsium yang dibutuhkan untuk kontraksi.
 - c) Penghambat enzim mengubah angiotensin II atau inhibitor ACE berfungsi untuk menurunkan angiotensin II dengan menghambat enzim yang diperlukan untuk mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II.
 - d) Antagonis (penyekat) reseptor beta (β -blocker), terutama penyekat selektif, bekerja pada reseptor beta di jantung untuk menurunkan kecepatan denyut dan curah jantung.
 - e) Vasodilator arteriol digunakan untuk menurunkan TPR, misalnya : natrium, nitroprusida, nikardipin, hidralazin, nitroglicerol dll.
 - f) Antagonis reseptor alfa (α -blocker) menghambat reseptor alfa di otot polos vaskular yang secara normal berespons terhadap rangsangan saraf simpatis dengan vasokonstriksi. Hal ini akan menurunkan TPR (Aspiani, 2016).

b. Penatalaksanaan non farmakologis pada penderita hipertensi antara lain :

1. Pengaturan diet

Berbagai studi menunjukkan bahwa diet dan pola hidup sehat dan atau dengan obat-obatan yang menurunkan gejala gagal ginjal jantung dan dapat memperbaiki keadaan hipertropi ventrikel kiri. Beberapa diet yang dianjurkan :

- a) Rendah garam, diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Dengan pengurangan konsumsi garam dapat mengurangi stimulasi sistem renin-angiotensin sehingga sangat berpotensi sebagai anti hipertensi jumlah asupan natrium yang dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam/hari.
 - b) Diet tinggi kalium, dapat menurunkan tekanan darah tetapi mekanismenya belum jelas. Pemberian kalium secara intravena dapat menyebabkan vasodilatasi, yang dipercaya dimediasi oleh oksida nitrat pada dinding vascular.
 - c) Diet kaya buah dan sayur, dapat mengurangi asupan lemak jenuh dan lemak total
 - d) Diet rendah kolestrol, sebagai pencegah terjadinya jantung koroner.
2. Penurunan berat badan. Mengatasi obesitas, pada sebagian orang dengan cara menurunkan berat badan mengurangi tekanan darah dan dengan mengurangi beban kerja jantung dan volume sekuncup. Beberapa studi menunjukkan bahwa obesitas berhubungan dengan kejadian hipertensi dan hipertropi ventrikel kiri. Jadi, penurunan berat badan adalah hal yang sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah.
 3. Olahraga. Olahraga teratur seperti berjalan, lari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki keadaan jantung. Olahraga isotonic dapat juga meningkatkan fungsi endotel, vasodilatasi perifer, dan mengurangi katekolamin plasma. Olahraga teratur selama 30 menit sebanyak 3-4 kali dalam satu

minggu sangat dianjurkan untuk menurunkan tekanan darah. Olahraga meningkatkan kadar HDL, yang dapat mengurangi terbentuknya aterosklerosis akibat hipertensi.

4. Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat. Berhenti merokok dan tidak mengonsumsi alkohol, penting untuk mengurangi efek jangka panjang hipertensi karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan kerja jantung.
 5. Penurunan stress. Stress memang tidak menyebabkan hipertensi yang menetap namun jika episode stress sering terjadi dapat menyebabkan kenaikan sementara yang sangat tinggi.
 6. Terapi masase (pijat). Pada prinsipnya pijat yang dilakukan pada penderita hipertensi adalah untuk memperlancar aliran energi dalam tubuh sehingga gangguan hipertensi dan komplikasinya dapat diminimalisir, ketika semua jalur energi terbuka dan aliran energi tidak lagi terhalang oleh ketegangan otot dan hambatan lain maka resiko hipertensi dapat ditekan (Aspiani, 2016).
- c. Penatalaksanaan keperawatan
1. Anjurkan istirahat
 2. Anjurkan diet rendah natrium dan tinggi protein
 3. Anjurkan posisi semi fowler dan tirah baring
 4. Anjurkan tidur yang adekuat
 5. Anjurkan banyak mengonsumsi buah dan sayuran (Aspiani, 2016).

C. Konsep Asuhan Keperawatan Penyakit Hipertensi

1. Pengkajian

- a. Data biografi : Nama, alamat, umur, tanggal masuk rumah sakit, diagnose medis, penanggung jawab, catatan kedatangan.
- b. Riwayat kesehatan
 - 1) Keluhan utama : pasien datang ke Puskesmas dengan keluhan sakit kepala dan bagian kuduk terasa berat, tidak bisa tidur, kepala terasa pusing.
 - 2) Riwayat kesehatan sekarang : pada saat dilakukan pengkajian pasien masih mengeluh sakit kepala yang berat, penglihatan berkunang-kunang, tidak bisa tidur.
 - 3) Riwayat kesehatan dahulu : adakah penyakit lain yang menjadi faktor terjadinya hipertensi seperti gagal ginjal dan diabetes melitus
 - 4) Riwayat kesehatan keluarga : penyakit hipertensi ini adalah penyakit dari genetik yang menahun dan sudah lama dialami oleh pasien atau anggota keluarga lainnya.
 - 5) Riwayat psikososial-spiritual
 - a) Psikologis : perasaan yang dirasakan oleh klien, apakah cemas/sedih?
 - b) Sosial : bagaimana hubungan klien dengan orang lain maupun orang terdekat klien dengan lingkungan?
 - c) Spiritual : apakah klien tetap menjalankan ibadah selama perawatan di rumah sakit?
- c. Data dasar pengkajian pada pasien hipertensi, meliputi :
 - 1) Nutrisi

Makanan yang biasa dikonsumsi mencakup makanan tinggi natrium seperti makanan awitan, tinggi lemak, tinggi kolestrol, perubahan berat badan (meningkat).

2) Eliminasi

Biasanya pada pasien dengan hipertensi tidak mengalami gangguan pada pola eliminasi kecuali hipertensi yang diderita sudah menyerang target organ seperti ginjal dan akan mengakibatkan gangguan pada proses eliminasi urine.

3) Personal hygiene

Pada pasien dengan hipertensi ringan tidak mengalami gangguan pada proses personal hygienenya, dalam beberapa kasus pada pasien dengan hipertensi berat dengan komplikasi mengakibatkan pasien mengalami gangguan dalam pemenuhan personal hygienenya, contohnya pada pasien dengan stroke yang menyerang organ otak mengakibatkan pasien mengalami kelumpuhan sehingga pasien tidak dapat melakukan pola aktivitas personal hygiene dengan mandiri.

4) Istirahat tidur

Aktivitas istirahat pada pasien hipertensi terjadi gangguan pola tidur, seperti : susah tidur, sering terbangun pada saat malam hari, gelisah karena pusing, akibatnya aktivitas pasien terganggu, pada kasus hipertensi berat terjadinya kelelahan fisik, lemah, letih, resiko jatuh, nafas pendek, gaya hidup monoton dengan frekuensi jantung meningkat, perubahan trauma jantung dan takipnea. (Doengoes 2010; Aspiani 2016).

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Pada pasien dengan hipertensi biasanya memiliki berat badan yang normal atau melebihi indeks masa tubuh, berat badan normal, tekanan darah $> 140/90$ mmHg, nadi > 100 x/menit, frekuensi nafas 16-24 x/menit pada hipertensi berat terjadi pernafasn takipnea, ortopnea, dyspnea nocturnal paroksimal, suhu tubuh $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ pada hipertensi

berat suhu tubuh dapat menurun dan mengakibatkan pasien hipotermi, keadaan umum pasien compos mentis pada kasus hipertensi berat dengan komplikasi dapat mengakibatkan pasien mengalami gangguan kesadaran dan sampai pada koma, contohnya stroke hemoragik.

2) Kepala dan leher

Pada pasien dengan hipertensi memiliki sistem penglihatan yang baik tidak mengalami gangguan oada fungsi pendengaran dan keseimbangan, pada kasus hipertensi berat pasien mengalami nyeri kepala, penglihatan kabur, terdapat pernafasan cuping hidung, terjadi distensi vena jugularis, terdapat pernafasan pursed lips dan dapat terjadinya anemis konjungtiva.

3) Dada

Secara umum baik dengan frekuensi nafas 16-24x/menit dengan irama teratur, pada kasus hipertensi tertentu seperti hipertensi berat pasien mengalami gangguan sistem pernafasan seperti takipnea, dyspnea dan ortopnea, adanya distress pernafasan / penggunaan otot-otot pernafasan pada hipertensi berat, frekuensi pernafasan >24 x/menit dengan irama pernafasan tidak teratur, kedalaman nafas cepat dan dangkal, adanya batuk dan terdapat sputum pada batuk pasien sehingga mengakibatkan sumbatan jalan nafas dan terdapat bunyi mengi, pada jantung pada kasus hipertensi ringan, sirkulasi jantung dalam keadaan normal dengan kecepatan denyut jantung apical teratur dan terdapat bunyi jantung tambahan (S3), adanya nyeri dada pada kasus hipertensi sekunder dengan komplikasi kelainan jantung, pada pasien dengan hipertensi ringan dalam keadaan normal dengan frekuensi nadi 60-100 x/menit, irama teratur. Pada kasus hipertensi berat frekuensi nadi pasien dapat mencapai >100 x/menit, irama tidak teratur dan lemah, TD $> 140/90$ mmHg

4) Abdomen

Pada pasien hipertensi dalam keadaan baik, pada kasus hipertensi berat dengan komplikasi menyerang organ pada abdomen mengakibatkan pasien mengalami nyeri pada daerah abdomen.

5) Genitouria

Terjadinya perubahan pola kemih pada hipertensi sekunder yang menyerang organ ginjal sehingga menyebabkan terjadinya gangguan pola berkemih yang sering pada malam hari.

6) Ekstremitas

Pada hipertensi ringan pasien tidak mengalami gangguan pada sistem musculoskeletal, tetapi pada hipertensi berat pasien mengalami kesulitan dalam bergerak, refleks fisiologi meliputi refleks biceps fleksi dan triceps ekstensi, serta refleks patologis negative, dan kelemahan otot.

7) Integumen

Pada hipertensi berat yang ditandai dengan keadaan umum pucat, turgor kulit buruk, dan adanya edema pada hipertensi sekunder didaerah ekstremitas. (Doengoes, 2010)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah cara mengidentifikasi, memfokuskan dan mengatasi kebutuhan spesifik pasien serta respons terhadap masalah actual dan resiko tinggi. Menurut Doengoes (2000), diagnosa keperawatan pada hipertensi di sesuaikan dengan SDKI (PPNI, 2016) adalah sebagai berikut :

- 1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload, preload* :
 - a. Data mayor
 - 1) Data Objektif
 - a) Tekanan darah meningkat/menurun
 - b) Nadi perifer teraba lemah
 - c) *Capillary refill* time >3 detik
 - d) Warna kulit pucat dan sianosis
 - e) Edeme
 - f) Distensi vena jugularis'
 - g) Central venous pressun (CVP) meningkat/menurun
 - 2) Data Subjektif
 - a) Lelah
 - b) Dispnea
 - b. Data Minor
 - 1) Data Objektif
 - a) Pulmonary vascular resitance (PVR)
 - b) Systemic vascular resitance (SVR) meningkat/menurun
 - c) Murmur jantung
 - d) Berat badan bertambah
 - 2) Resiko penurunan perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan *Hipertensi*, gangguan sirkulasi

- 3) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (peningkatan resistensi pembuluh darah ke otak).
 - a. Data Mayor
 - 1) Data objektif
 - a) Tampak meringis
 - b) Frekuensi nadi meningkat
 - c) Sulit tidur
 - d) Gelisah
 - 2) Data Subjektif
 - a) Mengeluh nyeri
 - b. Data Minor
 - 1) Data objektif
 - a) Tekanan darah meningkat
 - b) Pola nafas berubah
 - c) Nafsu makan berubah
 - d) Proses berfikir terganggu
 - e) Menarik diri
- 4) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.
 - a. Data Mayor
 - 1) Data Objektif
 - a) Frekuensi jantung meningkat >20 % dari kondisi istirahat
 - 2) Data Subjektif
 - a) Mengeluh lelah
 - b. Data Minor
 - 1) Data Objektif
 - a) Tekanan darah berubah >20 % dari kondisi istirahat
 - b) Gambaran EKG menunjukkan aritmia
 - c) Gambaran EKG menunjukkan iskemia

- d) Sianosis
- 2) Data Subjektif
- a) Dispnea setelah aktivitas
 - b) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
 - c) Merasa lemah

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah rencana keperawatan yang akan perawat rencanakan kepada klien sesuai dengan diagnose yang ditegakkan sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi (Wilkinson, 2011). Dalam teori perencanaan keperawatan dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan NOC & NIC (Bulechch & Moorhead, 2016).

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (NOC)	Intervensi (NIC)	Rasional
1.	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan <i>afterload</i></p> <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tekanan darah meningkat/menurun 2) Nadi perifer teraba lemah 3) <i>Capillary refill</i> time >3 detik 4) Warna kulit pucat dan sianosis 5) Edeme 6) Distensi vena jugularis' 7) Central venous 	<p>NOC</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam, diharapkan</p> <p>NOC : Status sirkulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> dipertahankan pada level... <input type="checkbox"/> ditingkatkan ke level... <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan nadi 2. Tekanan darah rata-rata 3. Saturasi oksigen 4. Urin output 	<p>NIC</p> <p>Perawatan jantung : akut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status kardiovaskuler 2. Catat adanya tanda dan gejala penurunan vrah jantung 3. Observasi adanya distensi vena jugularis/ leher 4. Melakukan penilaian yang komprehensive terhadap sirkulasi periferal (misal : periksa tekanan periferal, edema, kapiler refill, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui apakah ada kelainan pada jantung pasien 2. Mencegah terjadinya gagal jantung 3. Untuk mengetahui adanya distensi vena jugularis 4. Pengkajian menyeluruh dapat memperkuat data yang sudah ada

	<p>pressun (CVP) meningkat/menurun</p> <p>Data Subjektif</p> <p>1) Lelah 2) Dispnea</p>	<p>5. Capillary refill</p> <p>Level :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deviasi berat dari kisaran normal 2. Deviasi cukup dari kisaran normal 3. Deviasi sedang dari kisaran normal 4. Deviasi ringan dari kisaran normal 5. Tidak ada deviasi dari kisaran normal <p>Hasil yang diharapkan adalah Kriteria Hasil 4-5.</p> <p>Dibuktikan dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan nadi teraba kuat. 2. Tekanan darah rata-rata normal 3. Menunjukkan status sirkulasi yang baik 4. Urine output dalam batas normal 	<p>warna, dan temperature ekstermitas)</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Monitor toleransi aktivitas klien 6. Anjurkan untuk mengurangi stress <p>Monitoring tanda-tanda vital</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Monitoring tekanan darah, suhu, dan pernapasan 8. Catat bila adanya fluktuasi tekanan darah 9. Monitor adanya sianosis perifer <p>Terapi Oksigen</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Kolaborasi pemberian oksigen tambahan seperti yang diperintahkan 11. Monitor aliran oksigen <p>Manajemen Nutrisi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Dapat menunjukkan dekomposisi jantung bila kelebihan aktivitas 6. Merilekskan pasien agar beban kerja jantung tidak terlalu berat 7. Untuk mencegah teradinya tanda dan gejala awal penurunan curah jantung 8. Mengetahui tanda-tanda penurunan curah jantung 9. Mengetahui adanya penurunan curah jantung sehingga darah tidak lagi sampai pada jaringan dierifer 10. Meningkatkan perfusi 11. Mengetahui kebutuhan oksigen pasien 12. Dapat menangani retensi cairan dengan respon hipertensi yang
--	--	--	---	--

		5. Capillary refill <3 detik	12. Kolaborasi dalam memberikan pembatasan cairan dan diet natrium sesuai indikasi	dapat melibatkan beban kerja jantung
2.	Resiko penurunan perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, gangguan sirkulasi	<p>NOC</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam, diharapkan</p> <p>NOC : Perfusi jaringan : Serebral</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> dipertahankan pada level... <input type="checkbox"/> ditingkatkan ke level... <p>kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan intrakranial 2. Tekanan darah sistolik 3. Tekanan darah diastolik 4. Nilai rata-rata tekanan darah <p>Level :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deviasi berat dari kisaran normal 2. Deviasi yang cukup berat dari kisaran normal 3. Deviasi sedang dari 	<p>NIC</p> <p>Manajemen edema serebral</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi TTV tiap 2-4 jam dan kesadaran klien 2. Monitor status neurologi dengan ketat dan bandingkan dengan nilai normal 3. Konsultasi dengan dokter untuk mengoptimalkan posisi kepala (15-30 derajat) dan monitor respon pasien terhadap pengaturan posisi kepala <p>Monitor (Pemantauan) Tekanan Intra Kranial (TIK)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Monitor status cairan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui keadaan umum pasien sebagai standar dalam menentukan intervensi yang tepat 2. Mengetahui kecenderungan tingkat kesadaran. Selidiki nyeri dada, dispnea tiba-tiba yang disertai dengan takipnea, nyeri 3. Pembatasan cairan dapat menurunkan edema serebral 4. Menurunkan tekanan arteri

		<p>kisaran normal</p> <p>4. Deviasi ringan dari kisaran normal</p> <p>5. Tidak ada deviasi dari kisaran normal</p> <p>Hasil yang diharapkan adalah indikator 4-5.</p> <p>Dibuktikan dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TIK klien berkisar 0-10 2. Tekanan sistolik berkisar 100-120 mmHg 3. Tekanan diastolik berkisar 60-80. 4. Keluhan pusing klien berkurang 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Memonitor TIK klien dan respon neurologis 6. Kaji capillary refill, GCS, warna dan kelembapan kulit 7. Pertahankan keadaan tirah baring ciptakan lingkungan yang tenang : batasi pengunjung/aktivitas <p>Manajemen Pengobatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasi pemberian obat yang tenang : batasi pengunjung/aktivitas 	<p>dengan meningkatkan drainase dan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Untuk memastikan keadaan TIK dan status neurologis klien 6. Untuk mengetahui tingkat kesadaran dan potensial peningkatan TIK 7. Aktivitas/stimulus yang kontinyu dapat meningkatkan TIK istirahat total dan ketenangan mungkin 8. Digunakan untuk memperbaiki sirkulasi kolateral atau menurunkan vasospasme
3.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (peningkatan resistensi pembuluh darah keotak)</p> <p>Data objektif</p>	<p>NOC</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam, diharapkan</p> <p>NOC : tingkat nyeri</p> <p><input type="checkbox"/> dipertahankan pada level...</p>	<p>NIC</p> <p>Manajemen Nyeri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor pencetus 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui perkembangan nyeri dan tanda-tanda nyeri sehingga dapat menentukan intervensi selanjutnya

	<p>a) Tampak meringis b) Frekuensi nadi meningkat c) Sulit tidur d) Gelisah Data Subjektif a) Mengeluh nyeri</p>	<p>□ ditingkatkan ke level...</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri yang dilaporkan 2. Ekspresi nyeri wajah 3. Tidak bisa beristirahat 4. Kehilangan nafsu makan 5. Mual <p>Level :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat 2. Cukup berat 3. Sedang 4. Ringan 5. Tidak ada <p>Hasil yang diharapkan adalah Kriteria Hasil 4-5. Dibuktikan dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada nyeri yang dilaporkan 2. Tidak ada nyeri wajah 3. Pasien bisa beristirahat 4. Tidak ada kehilangan nafsu makan 5. Tidak mual 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri 5. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi <p>Terapi Relaksasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ajarkan tehnik relaksasi yang tersedia (misalnya nafas dalam, musik, meditasi, bernafas dengan ritme) dan manfaat relaksasi 7. Ciptakan lingkungan yang tenang dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan yang nyaman, jika memungkinkan 8. Tunjukkan dan praktekan tehnik relaksasi pada klien 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Mengetahui respon pasien terhadap nyeri 3. Menumbuhkan sikap saling percaya 4. Untuk mengurangi rasa nyeri dan kerja jantung yang berlebihan 5. Mengetahui perkembangan nyeri dan menentukan intervensi selanjutnya 6. Tehnik untuk pengalihan rasa nyeri, sehingga nyeri akan teralihkan 7. Meningkatkan relaksasi dan membantu pasien memfokuskan perhatian pada sesuatu disamping diri atau ketidaknyamanan
--	--	---	---	--

			<p>Pemberian analgetik</p> <p>9. Cek adanya riwayat alergi</p> <p>10. Kolaborasikan obat analgetik</p>	<p>8. Posisi yang nyaman akan membuat klien merasa lebih rileks</p> <p>9. Untuk mengetahui adanya alergi obat klien</p> <p>10. Analgetik berfungsi sebagai depresan system syaraf pusat sehingga mengurangi atau menghilangkan nyeri</p>
4.	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.</p> <p>Data Objektif</p> <p>a) Frekuensi jantung meningkat >20 % dari kondisi istirahat</p> <p>b) Tekanan darah berubah >20 % dari kondisi istirahat</p> <p>c) Gambaran EKG menunjukkan aritmia</p> <p>d) Gambaran EKG menunjukkan</p>	<p>NOC :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam, diharapkan</p> <p>NOC : toleransi terhadap aktivitas</p> <p><input type="checkbox"/> dipertahankan pada level...</p> <p><input type="checkbox"/> ditingkatkan ke level...</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1. Frekuensi nadi ketika beraktivitas</p> <p>2. Tekanan darah sistolik ketika beraktivitas</p>	<p>NIC :</p> <p>Manajemen Energi</p> <p>1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas</p> <p>2. Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan</p> <p>3. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan</p>	<p>1. Kesulitan dalam bergerak berdampak pada tonus otot pasien</p> <p>2. Faktor eksternal dan internal berpengaruh terhadap faktor kelelahan pada pasien</p> <p>3. Emosi dapat menyebabkan terkurasnya energy yang berlebih terutama dari sisi psikologis pasien yang ditandai dengan respon patologis dari</p>

	<p>iskemia e) Sianosis Data Subjektif a) Mengeluh lelah b) Dispnea setelah aktivitas c) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas d) Merasa lemah</p>	<p>3. Tekanan darah diastolik ketika beraktivitas 4. Kekuatan tubuh bagian atas 5. Kekuatan tubuh bagian bawah</p> <p>Level :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu <p>Hasil yang diharapkan adalah Kriteria Hasil 4-5 Dibuktikan dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi dalam kisaran normal 2. Tekanan darah sistolik dan diastolik dalam rentang normal 3. Kekuatan otot 4-5 	<p>4. Monitor respon kardivaskuler terhadap aktivitas (takikardi, disritmia, sesak nafas, diaporesis, pucat, perubahan hemodinamik) 5. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien 6. Kolaborasikan dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalam merencanakan program terapi yang tepat. 7. Bantu klien untuk mengidentifikasi a 8. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik psikologi dan sosial</p>	<p>kardiovaskuler menandakan adanya kelemahan fisik yang patologik 4. Tingkat tirah baring yang tinggi berpengaruh terhadap energy yang dimiliki pasien untuk beraktivitas 5. Program terapi yang adekuat memberikan dampak tercapainya rehabilitasi medis yang baik 6. Aktivitas yang ringan dan dapat dilakukan pasien merupakan terapi awal untuk latihan fisik pasien 7. Terapi aktivitas fisik yang baik memberikan dampak yang baik terhadap latihan fisik pada pasien</p>
--	---	--	---	--

			<ol style="list-style-type: none">9. Bantu untuk mengidentifikasi dan m untuk aktivitas yang diinginkan10. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang11. Bantu pasien/keluarga untuk mengid beraktivitas	
--	--	--	---	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan mewujudkan pelaksanaan tindakan dari perencanaan yang telah di buat (Potter & Perry, 2005).

Implementasi yang dilakukan pada pasien hipertensi dapat bersifat mandiri dimana perawat dapat melakukannya tanpa bantuan dari tenaga kesehatan lainnya, implementasi kolaborasi seperti pemberian obat dan diaslisa, dan implementasi edukasi untuk meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga mengenai tindakan pencegahan komplikasi yang dapat dilakukan.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnose keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah di buat dalam rencana keperawatan. Evaluasi yang digunakan berbentuk S (subyektif), O (obyektif), A (analisis), P (perencanaan terhadap analisis) (Potter & Perry, 2005).

Hasil evaluasi yang diharapkan setelah dilakukan intervensi terhadap pasien adalah tekanan darah sistol dan diastole dibatas nilai normal dengan menggunakan beberapa intervensi yang telah dilakukan sebelumnya, kekuatan nadi karotis dalam batas normal, *capillary refill* kembali dalam waktu 3 detik, dan suhu kulit di bawah 37.2 °C dan diatas 36.5 °C (Doengoes, et al., 2010)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Pendekatan/Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan pada pasien Hipertensi di Puskesmas Perawatan Sebelat Bengkulu Utara. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian Asuhan Keperawatan pada pasien Hipertensi di Puskesmas Perawatan Sebelat Bengkulu Utara adalah individu yang menderita gangguan atau penyakit Hipertensi. Adapun subyek penelitian yang akan diteliti berjumlah satu orang dengan satu kasus dengan masalah Hipertensi.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

- 1) Asuhan Keperawatan dengan Hipertensi adalah suatu proses atau tahap kegiatan dalam praktik keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosa yang di tetukan berdasarkan masalah klien yang di peroleh dari pengkajian sebelumnya kemudian perawat menentukan rencana keperawatan yang akan diberikan secara langsung (Implementasi keperawatan) kepada pasien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Asuhan keparawatan ini di lakukan dalam rangka memenuhi kebutuhan yang diperlukan oleh penerima asuhan keperawatan, kemudian di lakukan evaluasi pada pasien yang telah di berikan kepada klien apakah asuhan keperawatan yang di berikan telah sesuai dan berhasil mengatasi masalah klien atau tindakan yang di berikan tidak sesuai dan mampu megurangi masalah klien.
- 2) Pasien adalah laki-laki atau perempuan di Puskesmas Perawatan Sebelat Bengkulu Utara penderita Hipertensi yang akan menerima Asuhan

Keperawatan sesuai kebutuhannya oleh seorang perawat berdasarkan tahapan Asuhan Keperawatan dengan Hipertensi seperti masalah yang sering terjadi ialah Kardiovaskular.

- 3) Hipertensi adalah suatu kondisi sakit yang dialami oleh pasien dengan diagnosa medis yang telah ditetapkan oleh dokter.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini adalah di Puskesmas Perawatan Sebelat Bengkulu Utara. di Puskesmas Perawatan Sebelat Bengkulu Utara ini menerima pasien-pasien dengan segala penyakit yang akan dirawat oleh perawat. Studi kasus akan dilakukan pada bulan selama pasien berada di Puskesmas. Pasien yang dikelola mulai dari masuk Puskesmas kemudian pasien di kaji lalu penentuan diagnosa kemudian merencanakan asuhan keperawatan yang akan dilanjutkan dengan implementasi keperawatan hingga mengevaluasi hasil dari tindakan asuhan keperawatan yang terus dilakukan hingga pasien dinyatakan sehat.

E. Prosedur Penelitian

Penelitian diawali dengan penyusunan usulan penelitian atau proposal dengan menggunakan metode studi kasus berupa laporan teori asuhan keperawatan yang berjudul Asuhan Keperawatan pada pasien Hipertensi di Puskesmas Perawatan Sebelat Bengkulu Utara tahun 2019. Setelah disetujui oleh penguji proposal maka penelitian dilanjutkan dengan pengurusan surat-surat penelitian yang diwajibkan bagi para mahasiswa yang akan melakukan penelitian di Puskesmas Perawatan Sebelat dengan rangkaian kegiatan pengumpulan data klien sebagai pengkajian kemudian mahasiswa akan menjalankan dinas untuk penelitian bagi pasien yang telah ditentukan sesuai dengan judul proposal dan karya tulis ilmiah. Data penelitian berupa hasil pengukuran, observasi, dan wawancara terhadap pasien yang dijadikan subyek penelitian.

F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Teknik Pengumpulan Data

Wawancara (hasil anamnesis yang harus di dapatkan berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan dahulu, serata riwayat kesehatan keluarga, riwayat psikologi). Sumber data bisa dari klien, keluarga, perawat lainnya.

- a. Observasi dan pemeriksaan fisik yang meliputi keadaan umum, pemeriksaan ADL (Activity Daily Living), pemeriksaan Fungsi kardiovaskular, fungsi respiratory, fungsi gastrointestinal, fungsi integumen, serebral, Tingkat kesadaran, pada sistem tubuh pasien. Data fokus yang harus didapatkan adalah sistem Kardiovaskular.
- b. Studi dokumentasi dan instrument dilakukan dengan melihat dari data administrasi di Puskesmas Perawatan Sebalat, melihat pada status pasien, melihat hasil laboratorium, melihat catatan harian perawat, melihat hasil pemeriksaan diagnostik.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan sesuai dengan ketentuan yang ada di Prodi DIII Keperawatan Bengkulu.

G. Keabsahan Data

Keabsahan data dilakukan oleh penelitian dengan cara peneliti menumpulkan data secara langsung pada pasien dengan menggunakan format pengkajian dari yang baku dari kampus, dilakukan setiap hari hingga pasien dinyatakan

akan sehat. Pengumpulan data dilakukan pada catatan medis/status pasien, pasien langsung, keluarga, dokter dan perawat puskesmas agar mendapatkan data yang valid. Disamping itu, untuk menjaga validitas dan keabsahan data peneliti melakukan observasi dan pengukuran ulang terhadap data-data pasien yang meragukan yang ditemukan melalui data sekunder.

H. Analisa Data

Analisa data dilakukan dengan menyajikan hasil pengkajian yang dilakukan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik. Selanjutnya hasil pengumpulan data pengkajian di analisis dengan membandingkan dengan teori yang telah disusun pada bab sebelumnya (BAB II) untuk mendapatkan masalah keperawatan yang digunakan untuk menyusun tujuan dan intervensi. Selanjutnya intervensi dilaksanakan kepada pasien sesuai rencana-rencana yang telah disusun (Implementasi). Hasil implementasi dianalisis untuk mengevaluasi kondisi pasien apakah masalah sudah teratasi, teratasi sebagian, dimodifikasi atau diganti dengan masalah keperawatan yang lebih relevan. Hasil pengkajian, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi di tuangkan dalam bentuk narasi pada bab pembahasan, yang dibandingkan dengan teori-teori yang sudah disusun sebelumnya untuk menjawab tujuan penelitian.

Teknik analisa digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

Bab ini menjelaskan tentang studi kasus manajemen regulasi hemodinamik melalui pendekatan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.K dengan diagnosa medis Hipertensi Grade II. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, Analisa data, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan, pengkajian ini dilakukan dengan metode auto anamnesa (wawancara dengan klien langsung) dan allo anamnesa (wawancara dengan keluarga atau orang terdekat), tenaga kesehatan lain (perawat ruangan), pengamatan, observasi, pemeriksaan fisik, menganalisa catatan medis dan catatan keperawatan.

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

a. Identitas Pasien

Ny.K lahir berusia 59 tahun sudah menikah dan memiliki 4 orang anak, tinggal di Desa Air Pandan Kecamatan Putri Hijau Bengkulu Utara dan beragama Islam, bekerja sebagai ibu rumah tangga, komunikasi menggunakan Bahasa Bengkulu dan Rejang serta Pendidikan terakhir adalah SMA.

b. Identitas Penanggung jawab

Tn.H umur 62 tahun beragama Islam, merupakan suami dari Ny.K tinggal di Desa Air Pandan Kecamatan Putri Hijau Bengkulu Utara pekerjaan Petani, bahasa yang digunakan sehari-hari Bahasa Bengkulu dan serta Pendidikan terakhir SMP.

2. Riwayat Keperawatan

a. Keluhan Utama

Pasien datang ke Puskesmas perataan Sebelat Bnekgulu Utara pada tanggal 17 Juni 2019 jam 09.30 WIB dikaji pada tanggal 17 Juni 2019 jam 09.30 WIB dengan keluhan Nyeri Kepala dan badan terasa lemas dan tidak bertenaga.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ny.K mengatakan pusing sejak 3 hari yang lalu, badan terasa lemah dan tidak bertenaga, mengatakan pusing sejak 3 hari yang lalu, nyeri kepala yang berdenyut di daerah oksipital dengan skala 5 durasi 3 menit pusing, dan seperti tertusuk-tusuk, klien mengatakan dada terasa berdebar-debar, klien mengatakan jika banyak aktivitas badan terasa lelah, klien mengatakan aktivitas dibantu dengan keluarganya, dan upaya mengatasi yang dilakukan oleh Ny.K dengan istirahat dengan posisi tubuh yang sedikit tinggi dari kaki (*semi fowler*).

Ny.K dibawa oleh keluarga ke Puskesmas perawatan Sebelat Bengkulu Utara tanggal 17 Juni 2019 dan didiagnosis oleh dokter dengan hipertensi grade II saat di Puskesmas Perawatan Sebelat Bengkulu Utara tindakan yang telah diberikan adalah inj. Ketrolac 1 ampul dan obat oral amlodipine 1 tablet.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Ny.K mengatakan tidak ada alergi, tidak ada riwayat kecelakaan sebelumnya pernah dirawat dirumah sakit dengan penyakit hipertensi yang dialami sejak 4 tahun yang lalu tepatnya pada tahun 2015. Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat arteriosklerosis, pasien tidak mengalami hipoksia, pasien tidak mengalami hypovolemia, pasien tidak menggunakan penyalahgunaan zat, pasien tidak memiliki riwayat tamponade jantung, pasien mengatakan keluarganya tidak memiliki penyakit kardiovaskuler, pasien tidak memiliki riwayat hypokalemia/hyperkalemia, pasien mengatakan tidak memiliki riwayat hipoglikemia/hiperglikemia, pasien tidak memiliki riwayat asidosis, pasien mengatakan tidak memiliki riwayat keracunan, pasien tidak memiliki riwayat thrombosis jantung, tidak adanya perubahan afterload, tidak terdapat perubahan frekuensi jantung, terdapat perubahan irama jantung, pasien mengatakan tidak ada

gangguan pada gastrointestinal dan fungsi hati, pasien mengatakan tidak memiliki trauma, pasien menyanggah ada gangguan fungsi ginjal, pasien berusia 44 tahun, pasien menyanggah gaya hidup kurang gerak, pasien mengatakan tidak perokok, pasien mengatakan tidak ada tumor otak dan cedera kepala.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien memiliki 8 saudara dimana pasien mengatakan ada keluarga yang mengalami riwayat hipertensi seperti yang dialami oleh pasien saat ini, yang mana dialami oleh orang tua laki-laki pasien.

3. Riwayat Pola Kebiasaan

a. Kebutuhan Oksigenisasi

Tidak nampak retraksi dada, bentuk dada simetris, tak nampak penggunaan otot bantu nafas, tidak ada massa, pola nafas normal. fokal fremitus normal, tidak ada nyeri tekan, tidak teraba massa. suara paru sonor. suara paru vesikuler, tidak terdengar wheezing dan ronchi.

b. Kebutuhan Nutrisi dan Cairan

Pada saat sebelum sakit frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan baik, porsi makan dihabiskan dalam 1 porsi, tidak ada makanan yang tidak disukai dan yang membuat alergi, sering memakan santan dan yang asin, tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi. Kebutuhan cairan sebelum sakit frekuensi minum yaitu 5-7 gelas/hari, jenis minuman yaitu air mineral, jumlah minum ± 1000 cc/hari dan tidak ada masalah dalam pemenuhan kebutuhan cairan.

Pada saat sakit frekuensi makan sebanyak 3x/hari, nafsu makan menurun karena pasien tidak berselera untuk makan, makanan hanya dihabiskan 3-5 sdm, tidak ada makanan yang tidak disukai dan yang membuat alergi. Kebutuhan cairan pada saat sakit menurun yaitu pasien hanya menghabiskan 3-4 gelas/hari, jenis minuman yaitu air mineral tidak ada masalah dalam pemenuhan kebutuhan cairan.

c. Kebutuhan Eliminasi

Pada saat sebelum sakit frekuensi BAK sebanyak 4-5-x/hari, warna urine jernih, bau khas, tidak ada keluhan nyeri dan kesulitan BAK. Eliminasi BAB pada saat sebelum sakit frekuensi sebanyak 3x/hari, warna feces normal, bau khas, konsistensi lembek dan tidak ada gangguan pada saat BAB.

Pada saat di Puskesmas Perawatan frekuensi BAK sebanyak 4 kali, warna urine jernih, bau khas tidak ada kesulitan dalam BAK. Eliminasi BAB pasien mengatakan belum BAB selama 2 hari.

d. Kebutuhan istirahat dan tidur

Pada saat sebelum sakit pasien mengatakan sering tidur tidur siang selama 45-60 menit, apabila malam hari pasien mengatakan tidur selama 5-7 jam/hari, kebiasaan yang dilakukan sebelum tidur yaitu berdoa, pasien mengatakan segar saat bangun tidur dan tidak ada keluhan pemenuhan kebutuhan tidur.

e. Kebutuhan Aktivitas/Mobilisasi

Pada saat sebelum sakit pasien mengatakan lemah, tetapi tidak ada keterbatasan pergerakan, pasien mengatakan aktivitas di bantu oleh keluarga, dan cepat merasa lelah ketika beraktivitas, pemenuhan personal hygiene, makan dan eliminasi dapat dilakukan secara mandiri, tidak ada sesak/pusing setelah melakukan aktivitas. Kekuatan otot pasien pada ekstremitas kiri adalah 5 dimana pasien mampu memberikan gerakan normal menentang gravitasi dengan penahanan penuh., sementara ekstermitas kanan juga 5 dimana pasien mampu memberikan gerakan normal menentang gravitasi.

Pada saat sakit pasien mengatakan badannya terasa lemah, terdapat keterbatasan gerak karena lemah, pemenuhan personal hygiene, makan dan eliminasi dibantu oleh keluarga sepenuhnya, setelah melakukan aktivitas pasien mengatakan pusing dan pasien mengatakan masih bisa untuk melakukan aktivitas dengan mandiri, Kekuatan otot pasien saat sakit pada ekstremitas kiri adalah 5 dimana

pasien mampu memberikan gerakan normal menentang gravitasi dengan penahanan penuh dan pada ekstremitas kanan adalah 5 dimana pasien mampu memberikan gerakan normal menentang gravitasi.

f. Kebutuhan Rasa Nyaman

Pada saat sebelum sakit pasien mengatakan tidak mengalami rasa nyeri atau keadaan yang membuat tidak nyaman. Pada saat sakit pasien mengatakan Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk dengan skala 6, nyeri terus menerus selama kurang lebih 3-5 menit, pasien tampak mengelus pada bagian kepala, pasien mengatakan sakit.

g. Kebutuhan personal hygiene

Pada saat di rumah pasien mengatakan mandi 2x/sehari waktu mandi pagi dan sore, frekuensi oral hygiene 2x/hari pada saat pagi dan sore menggunakan sikat gigi dan pasta gigi, frekuensi cuci rambut yaitu 1x/2hari mencuci rambut menggunakan sampo, frekuensi potong kuku 1 minggu sekali, tidak ada keluhan dalam pemenuhan personal hygiene.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan Fisik Umum

1. Keadaan Umum

Didapatkan keadaan umum pasien lemah, kesadaran compos mentis. Hasil pengukuran tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 175/100 mmHg, nadi 114 x/menit teraba lemah dan tidak teratur, pernafasan 26 x/menit, suhu tubuh 38.3°C, *capillary refill time* (CRT) < 3 detik, pasien tampak lemah, pasien tampak dibantu oleh keluarganya, pasien tampak sesak, dan pasien mengatakan BB 58 kg dan TB 154 cm.

2) Kepala dan Leher

Tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, kepala normocephali, mukosa bibir kering, ada penapasan *pursed lips*, ada pernapasan cuping hidung, anikterik, tidak ada edema

priorbital, pada trakea tidak ada deviasi, dan tidak ada pembesaran tiroid

3) Dada

Pada pengkajian dada didapatkan bentuk dada normal, gerakan dada simetris kiri dan kanan saat ekspirasi, ada penggunaan otot bantu nafas, *taktil fremitus* simetris kiri dan kanan semakin kebawah semakin meredup, pada saat diauskultasi suara nafas terdengar *Vesikuler*, pasien tidak tampak sesak.

4) Kardiovaskuler

Tidak nampak retraksi dada, bentuk dada simetris, tak nampak penggunaan otot bantu nafas, tidak ada massa, ictus cordis tampak pada intercosta ke 5, tidak ada distensi vena jugularis, tidak ada nyeri tekan, tidak teraba massa, pulse teraba kuat, batas-batas jantung normal, suara redup, suara paru reguler, tidak terdengar gallop.

5) Hematologi

Pada saat dilakukan pengkajian hasil yang didapatkan tidak ada tanda perdarahan.

6) Abdomen

Tidak ditemukan asites, tidak ada pembesaran hati (hepatomegali) dan limfa (splenomegaly). Pada saat dilakukan penekanan pada keempat kuadran area abdomen tidak ada nyeri tekan tidak ada massa yang timbul, dan saat palpasi limpa dan hepar tidak teraba.

7) Genitouria

Area genitalia tidak diperiksa, tidak ada nyeri BAK, dan produksi urin baik

8) Ektremitas

Nadi teraba lemah, tidak ditemukan edema pada ekstremitas atas dan bawah dan pergerakan kaki kanan dan kiri baik, dan ROM aktif

9) Integumen

Pada saat dilakukan pengkajian, klien tampak pucat, kulit teraba lembab dan elastis, warna kulit sama dengan yang lainnya, tidak ada edema dan turgor kulit < 3 detik dan, *capillary refill time (CRT)* < 3 detik.

b. Penatalaksanaan Obat

Tabel 4.11 : Penatalaksanaan obat

Obat	17/06/2019
Oral	
1. Amlodipine 1x10 mg	√
2. Ibu profen 2 x 500 mg	√

ANALISA DATA

Nama Pasien : Ny.K

Ruang : Puskesmas Perawatan Sebelat

Diagnosa Medis: Hipertensi Grade II

Tabel 4.12 Analisa Data

No.	Data Senjang	Etiologi	Masalah
1.	<p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tampak meringis ▪ Tampak gelisah ▪ Frekuensi nadi 114 x/mnt ▪ Tekanan darah 175/100 mmHg ▪ Klien tampak memegang kepala nya ▪ Skala nyeri klien sedang <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klien mengeluh nyeri dibagian oksipital ▪ Klien mengatakan skala berada diangka 5 ▪ Klien mengatakan pusing ▪ Klien mengatakan kepalanya seperti tertusuk tusuk ▪ Klien mengatakan sakit kepala berdurasi 3 menit 	Resistensi Pembuluh Darah Ke Otak	Nyeri Akut
2.	<p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasien terlihat lemah di tempat tidur ▪ Pasien terlihat dibantu keluarga saat melakukan aktivitas ▪ Tekanan darah 175/100 mmHg ▪ Frekuensi nadi 114 x/mnt ▪ Frekuensi pernafasan 26 x/mnt ▪ Suhu 38,3 °C <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klien mengatakan badannya lemas 	Kelemahan	Intoleransi aktivitas

	<ul style="list-style-type: none">▪ Klien mengatakan sesak setelah beraktivitas▪ Klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga▪ Klien mengatakan jika terlalu banyak beraktivitas badan terasa Lelah		
--	--	--	--

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nyeri akut berhubungan dengan Resistensi Pembuluh Darah Ke Otak

a. DO

- 1) Tampak meringis
- 2) Tampak gelisah
- 3) Frekuensi nadi 114 x/mnt
- 4) Tekanan darah 175/100 mmHg
- 5) Klien tampak memegang kepala nya
- 6) Skala nyeri klien sedang

b. DS

- 1) Klien mengeluh nyeri dibagian oksipital
- 2) Klien mengatakan skala berada diangka 5
- 3) Klien mengatakan pusing
- 4) Klien mengatakan kepalanya seperti tertusuk tusuk
- 5) Klien mengatakan sakit kepala berdurasi 3 menit

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

a. DO

- 1) Pasien terlihat lemah di tempat tidur
- 2) Pasien terlihat dibantu keluarga saat melakukan aktivitas
- 3) Tekanan darah 175/100 mmHg
- 4) Frekuensi nadi 114 x/mnt
- 5) Frekuensi pernafasan 26 x/mnt
- 6) Suhu 38,3 °C

b. DS

- 1) Klien mengatakan badannya lemas
- 2) Klien mengatakan sesak setelah beraktivitas
- 3) Klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga
- 4) Klien mengatakan jika terlalu banyak beraktivitas badan terasa Lelah

C. Intervensi Keperawatan

Nama : Ny.K

Diagnosa Medis : Hipertensi Grade II

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan Resistensi Pembuluh Darah Ke Otak</p> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak meringis - Tampak gelisah - Frekuensi nadi 114 x/mnt - Tekanan darah 175/100 mmHg - Klien tampak memegang kepala nya - Skala nyeri klien sedang <p>DS</p>	<p>Level nyeri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri hebat 2. Nyeri berat 3. Nyeri sedang 4. Nyeri ringan 5. Tidak nyeri <p>Kontrol nyeri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sewaktu-waktu 4. Sering 5. Selalu <p>Level kenyamanan :</p> <p>Dengan indikator</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan ekstremitas 2. Berat 3. Sedang 	<p>Manajemen nyeri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji dan catat keluhan nyeri, termasuk, lokasi, lamanya, dan intensitasnya (dengan skala nyeri 0-10) 2. Monitor vital sign 3. Jelaskan pada pasien untuk menghindari makanan yang dapat merangsang nyeri (makanan pedas dan asam) 4. Atur posisi yang nyaman bagi pasien 5. Ajarkan dan anjurkan pasien untuk melakukan tehnik relaksasi dan distraksi, seperti menarik nafas dalam, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menentukan intervensi dan menentukan intervensi selanjutnya 2. Mengetahui keadaan umum pasien 3. Makanan yang mengiritasi lambung dapat merangsang nyeri datang 4. Aktivitas yang nyaman dapat menurunkan kerja Gaster 5. Relaksasi dan distraksi dapat mengalihkan perhatian pasien sehingga dapat menurunkan nyeri

	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh nyeri dibagian oksipital - Klien mengatakan skala berada diangka 5 - Klien mengatakan pusing - Klien mengatakan kepalanya seperti tertusuk tusuk - Klien mengatakan sakit kepala berdurasi 3 menit 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Ringan 5. Tidak ada gangguan <p>Nilai yang diharapkan 4 sampai 5</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengontrol nyeri dengan menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri 2. Pasien rileks dan nyaman Skala nyeri 0-2 	<p>mendengarkan music, menonton TV, dan membaca</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Mengajarkan pada pasien dan keluarga untuk melakukan kompres hangat 7. Observasi reaksi non-verbal dari ketidaknyamanan terhadap nyeri seperti adanya tanda-tanda gelisah, ekspresi wajah yang meringis 8. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri 9. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Kompres hangat dalam menurunkan rasa nyeri pada pasien 7. Mengetahui respons pasien terhadap nyeri dan untuk mendapatkan skala nyeri pada pasien 8. Indikator keberhasilan tindakan penangan nyeri 9. Analgetik berfungsi sebagai depresan seistem saraf pusat srhingga mengurangi atau menghilangkan nyeri
2	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan</p> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x24 jan, diharapkan (NOC) :</p> <p>Manajemen Energi</p> <p>Dipertahankan pada level 4</p>	<p>NIC:</p> <p>Manjemen Energi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas. 2. Dorong klien untuk mengungkapkan perasaan terhadap keterbatasan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respons klien terhadap aktivitas dapat mengindikasikan penurunan oksigen miokardia. 2. Perasaan cemas yang berlebihan dapat memacu kerja jantung.

	<p>lemah di tempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat dibantu keluarga saat melakukan aktivitas - Tekanan darah 175/100 mmHg - Frekuensi nadi 114 x/mnt - Frekuensi pernafasan 26 x/mnt - Suhu 38,3 °C <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badan terasa lemas - Pasien mengatakan tidak bertenaga - Pasien mengatakan jika beraktifitas di bantu oleh keluarga 	<p>hingga 5.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan dalam melakukan aktivitas hidup harian (<i>Activities of Daily Living / ADL</i>) 2. kemampuan untuk berbicara saat beraktivitas fisik. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan. 4. Monitor klien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan. 5. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat klien. 6. Tingkatkan tirah baring, istirahat (ditempa tidur/kursi) 7. Batasi pengunjung. 8. Anjurkan klien menghindari peningkatan tekanan abdomen. <p>Terapi Aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Kolaborasikan dengan tenaga rehabilitas medik dalam merencanakan program terapi yang tepat. 10. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 11. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Kelelahan diatasi untuk meningkatkan kemampuan toleransi terhadap aktivitas. 4. Kelelahan dan emosi berlebihan meningkatkan kerja jantung. 5. Tidur dan istirahat mnurunkan kerja miokard. 6. Menurunkan kerja miokard dan konsumsi oksigen, menurunkan resiko komplikasi. 7. Pembicaraan yang panjang sangat mempengaruhi klien, namun periode kunjungan yang tenang bersifat teraapeutik. 8. Aktivitas yang memerlukan menahan napas dan menunduk dapat mengakibatkan bradikardi, juga menurunkan kerja jantung 9. Memberikan dukungan atau pengawasan tambahan berlanjut dan partisipasi proses penyembuhan dan kesejahteraan 10. Peningkatan Aktivitas dilakukan secara bertahap untuk menghindari serangan akut. 11. Peningkatan aktivitas secara bertahap memberikan control jantung
--	---	--	--	---

			<p>social</p> <p>12. Bantu untuk mendapatkan alat bantu aktivitas seperti kursi roda, kruk.</p> <p>13. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang sesuai.</p> <p>14. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang</p> <p>15. Bantu klien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas</p> <p>.</p> <p>16. Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas.</p> <p>17. Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual.</p>	<p>12. Alat bantu diberikan untuk mobilisasi tanpa pengeluaran banyak energy.</p> <p>13. Aktivitas yang disukai akan menambah semangat beraktivitas</p> <p>14. Waktu luang selama dirumsh sakit menimbulkan kejnuhan.</p> <p>15. Peningkatan kemampuan toleran terhadap aktivitas setiap hari merujuk pada keberhasilan intervensi.</p> <p>16. Apresiasi positif diberikan untuk meningkatkan kpercayaan diri terhadap kesembuhan dan kelelahan</p> <p>17. Mengetahui respon toleran terhadap aktivitas</p>
--	--	--	--	---

D. IMPLEMENTASI

Implementasi Hari Ke-1

Nama : Ny.K

Diagnosa Medis : Hipertensi Grade II

No.	Pengkajian (S-O-A-P)	Implementasi (Waktu Dan Tindakan)	Evaluasi	
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)
1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan Resistensi Pembuluh Darah Ke Otak.</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengeluh nyeri dibagian oksipital 2) Klien mengatakan skala berada diangka 3 3) Klien mengatakan pusing 4) Klien mengatakan kepalanya seperti tertusuk tusuk 5) Klien mengatakan sakit kepala berdurasi 1-2 menit <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. P: Nyeri ketika bangun tidur atau berdiri, Q : Nyeri seperti tertusuk tusuk, R : Nyeri dirasakan pada daerah kepala bagian oksipital, S : skala nyeri 5, pasien mengatakan nyeri hilang timbul selama kurang lebih 2-3 menit 2. Pasien tampak meringis kesakitan 3. Pasien tampak memegang kepala 4. Pasien tampak gelisah 	<p>09.30-09.45 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian secara komprehensif dengan menggunakan PQRST 2. Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 3. Mengevaluasi pengalaman nyeri lampau 4. Menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak mengganggu jam istirahat pasien 5. Menganjurkan pada pasien untuk melakukan masase pada daerah yang terasa sakit 6. Mengatur lingkungan pasien senyaman mungkin 7. Memonitor vital sign 	<ol style="list-style-type: none"> 1. P: Nyeri ketika bangun tidur atau berdiri, Q : Nyeri seperti tertusuk tusuk, R : Nyeri dirasakan pada daerah kepala bagian oksipital, S : skala nyeri 5, pasien mengatakan nyeri hilang timbul selama kurang lebih 2-3 menit 2. Pasien tampak meringis dan memegang kepala. 3. pasien sering mengeluh nyeri pada saat terbangun atau bergerak 4. pasien mengikuti anjuran dengan baik 5. pasien mengikuti ajuran untuk melakukan massase pada bagian yang terasa sakit 6. Pasien merasa nyaman dengan lingkungan sekitar 7. TD: 160/90 mmHg, ND: 102 x/m, RR: 22 x/m, T: 36,4 °C. 8. Memberikan obat amlodipine dan ibu profen 	<p>10.00 WIB</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pasien mengatakan masih sering merasakan nyeri pada bagian kepala, mengeluh nyeri saat terbangun dari tidur. <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) P: Nyeri dirasakan saat terbangun, atau bergerak, Q : Nyeri seperti tertusuk tusuk, R : Nyeri dirasakan pada daerah kepala bagian oksipital, S: skala nyeri 4, T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul selama kurang lebih 3 menit 2) Pasien tampak masih meringis kesakitan 3) Pasien sesekali tampak melakukan masase pada bagian kepala. 4) TD: 160/90 mmHg, ND: 102x/m, RR: 22 x/m, T: 36,4 °C. <p>Analisa : Tingkat nyeri berada pada level 2 berat</p> <p>Planning : lanjutkan Intervensi manajemen nyeri</p>

	<p>5. Tekanan darah 175/100 mmHg</p> <p>Analisa : Tingkat Nyeri berada pada level 2 berat</p> <p>Planning : Lakukan NIC : Manajemen Nyeri</p>	<p>8. Memberikan terapi obat sesuai orderan</p>		1-8
2	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan badannya lemas 2) Klien mengatakan sesak setelah beraktivitas 3) Klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga 4) Klien mengatakan jika terlalu banyak beraktivitas badan terasa Lelah <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien terlihat lemah di tempat tidur 2) Pasien terlihat dibantu keluarga saat melakukan aktivitas 3) Tekanan darah 175/100 mmHg 4) Frekuensi nadi 114 x/mnt 5) Frekuensi pernafasan 26 x/mnt 6) Suhu 38,3 °C <p>Analisa : Manajemen Energi berada pada level 3</p>	<p>10.00-10.30 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas. 2. membantu klien untuk mengungkapkan perasaan terhadap keterbatasan. 3. mengkaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan. 4. Memonitor klien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan. 5. Memonitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat klien. 6. meningkatkan tirah baring, istirahat ditempat tidur/kursi 7. Membantu klien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas 8. Memonitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pasien mengatakan sulit untuk beraktivitas karena akan menyebabkan pusing 2. pasien mengatakan bahwa dirinya merasa sedih karna tidak bisa beraktivitas seperti biasa 3. pasien mengatakan mudah lelah jika sedang nyeri kepala dan terlalu banyak beraktivitas 4. klien mengatakan akan merasa lelah jika sedang emosi 5. klien mengatakan sulit tidur jika nyeri kepala sedang timbul 6. pasien mengatakan lebih sering beristirahat di tempat tidur 7. klien dan keluarga mengatakan pasien sering kesulitan untuk bangun tidur dan untuk memulai aktivitas 8. klien mengatakan mampu mengontrol emosi. 	<p>10.00 WIB</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pasien mengatakan sudah sedikit berenergi untuk melakukan aktivitas dan mampu di bangun tidur dengan sendiri <p>Objektif : Pasien tampak sudah bangun dari tepat tidur dengan sendirinya dan mampu ke kamar mandi dengan sendirinya</p> <p>Analisa : Manajemen Energi berda pada level 4 sedang terganggu</p> <p>Planning : lanjutkan Intervensi manajemen energi</p>

	cukup terganggu Planning : Lakukan NIC : Manajemen Energi			
--	--	--	--	--

Implementasi Hari Ke-2

Nama : Ny.K

Diagnosa Medis : Hipertensi Grade II

No.	Pengkajian (S-O-A-P)	Implementasi (Waktu Dan Tindakan)	Evaluasi	
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)
1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan Resistensi Pembuluh Darah Ke Otak.</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengeluh nyeri dibagian oksipital 2) Klien mengatakan skala berada diangka 3 3) Klien mengatakan pusing 4) Klien mengatakan kepalanya seperti tertusuk tusuk 5) Klien mengatakan sakit kepala berdurasi 1-2 menit <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) P: Nyeri ketika bangun tidur atau berdiri, Q : Nyeri seperti tertusuk tusuk, R : Nyeri dirasakan pada daerah kepala bagian oksipital, S : skala nyeri 3, pasien mengatakan nyeri hilang timbul selama kurang lebih 1-2 menit 2) Pasien tampak meringis kesakitan 3) Pasien tampak memegangi kepala 4) Pasien tampak gelisah 5) Tekanan darah 150/90 mmHg 	<p>09.30-09.45 IB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian kembali secara komprehensif dengan menggunakan PQRST 2. Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 3. Menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak mengganggu jam istirahat pasien 4. Menganjurkan pada pasien untuk melakukan masase pada daerah yang terasa sakit 5. Mengatur lingkungan pasien nyaman mungkin 6. Memonitor vital sign 7. Memberikan terapi obat sesuai orderan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. P: Nyeri ketika bangun tidur atau berdiri, Q : Nyeri seperti tertusuk tusuk, R : Nyeri dirasakan pada daerah kepala bagian oksipital, S : skala nyeri 3, pasien mengatakan nyeri hilang timbul selama kurang lebih 1-2 menit 2. Pasien tampak kadang-kadang masih meringis dan memegang kepala. 3. pasien mengikuti anjuran dengan baik 4. pasien mengikuti ajuran untuk melakukan massase pada bagian yang terasa sakit 5. Pasien merasa nyaman dengan lingkungan sekitar 6. TD: 150/90 mmHg, ND: 88 x/m, RR: 22 x/m, T: 36⁰C. 7. Memberikan obat amlodipine dan ibu profen 	<p>10.0 WIB</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan masih sering merasakan nyeri pada bagian kepala, mengeluh nyeri saat terbangun dari tidur. <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: Nyeri dirasakan saat terbangun, atau bergerak, Q : Nyeri seperti tertusuk tusuk, R : Nyeri dirasakan pada daerah kepala bagian oksipital, S: skala nyeri 4, T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul selama kurang lebih 3 menit - Pasien sudah tidak tampak masih meringis kesakitan - Pasien sesekali tampak melakukan masase pada bagian kepala. - TD: 140/80 mmHg, ND: 88x/m, RR: 22 x/m, T: 36⁰C. <p>Analisa : Tingkat nyeri berada pada level 4</p> <p>Planning : lanjutkan Intervensi manajemen nyeri 1-7</p>

	<p>Analisa : Tingkat Nyeri berada pada level 3</p> <p>Planning : Lakukan NIC : Manajemen Nyeri</p>			
2	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan badannya sudah tidak lemas lagi. 2) Klien mengatakan aktivitas sudah mandiri <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien terlihat lemah di tempat tidur 2) Pasien terlihat dibantu keluarga saat melakukan aktivitas 3) Tekanan darah 150/80 mmHg 4) Frekuensi nadi 88x/mnt 5) Frekuensi pernafasan 26 x/mnt 6) Suhu 36 °C <p>Analisa : Manajemen Energi berada pada level 4</p> <p>Planning : Lakukan NIC : Manajemen Energi</p>	<p>10.00-10.30 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. membantu klien untuk mengungkapkan perasaan terhadap keterbatasan. 2. Memonitor klien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan. 3. Memonitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat klien. 4. meningkatkan tirah baring, istirahat ditempat tidur/kursi 5. Membantu klien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pasien mengatakan bahwa dirinya merasa sedih karna tidak bisa beraktivitas seperti biasa 2. klien mengatakan akan merasa lelah jika sedang emosi 3. klien mengatakan sulit tidur jika nyeri kepala sedang timbul 4. pasien mengatakan lebih sering beristirahat di tempat tidur 5. klien dan keluarga mengatakan pasien sudah tidak mengalami kesulitan untuk bangun tidur dan untuk memulai aktivitas 	<p>11.00 WIB</p> <p>Subjektif : pasien mengatakan sudah sedikit berenergi untuk melakukan aktivitas dan mampu di bangun tidur dengan sendiri</p> <p>Objektif : Pasien tampak sudah bangun dari tepat tidur dengan sendirinya dan mampu ke kamar mandi dengan sendirinya dan melakukan aktivitas sehari-hari dengan mandiri.</p> <p>Analisa : Manajemen Energi berda pada level 4 sedang terganggu</p> <p>Planning : Intervensi dihentikan</p>

Implementasi Hari Ke-3

Nama : Ny.K
 Diagnosa Medis : Hipertensi Grade II

No.	Pengkajian (S-O-A-P)	Implementasi (Waktu Dan Tindakan)	Evaluasi	
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)
1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan Resistensi Pembuluh Darah Ke Otak</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien sudah tidak mengeluh nyeri dibagian oksipital 2. Klien mengatakan skala berada diangka 2 3. Klien mengatakan sudah tidak pusing <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Pasien tampak tidak meringis lagi 2 Pasien tidak tampak gelisah 3 Tekanan darah 130/80 mmHg <p>Analisa : Tingkat Nyeri berada pada level 5</p> <p>Planning : Lakukan NIC : Manajemen Nyeri</p>	<p>09.30-09.45 IB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian ulang nyeri secara komprehensif dengan menggunakan PQRST 2. Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 3. Menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak mengganggu jam istirahat pasien 4. Memonitor vital sign 5. Memberikan terapi obat sesuai orderan 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Skala nyeri 1, pasien mengatakan nyeri sudah hilang. 2 Pasien tampak sudah tidak meringis lagi. 3 pasien sudah tidak mengeluh nyeri lagi. 4 pasien mengikuti anjuran dengan baik 5 TD: 130/80 mmHg, ND: 84 x/m, RR: 22 x/m, T: 36⁰C. 6 Memberikan obat amlodipine dan ibu profen 	<p>10.0 WIB</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri lagi dan mengeluh nyeri sudah tidak pernah timbul lagi. <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 1, pasien mengatakan nyeri sudah hilang.Pasien tampak masih meringis kesakitan - TD: 130/80 mmHg, ND: 84x/m, RR: 22 x/m, T: 36⁰C. <p>Analisa : Tingkat nyeri berada pada level 5</p> <p>Planning : Intervensi dihentikan</p>

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, menggali kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Potter & Perry, 2005)

Pada tahap pengkajian awal, data penting yang harus di temukan pada pasien dengan Hipertensi Grade II adalah keluhan pasien masuk rumah sakit karena pusing. Gejala klinis khas yang bisa ditemukan pada penderita Hipertensi grade II adalah sakit di daerah kepala, jantung berdebar-debar dan tubuh terasa lemah (Doengoes, 2010). Terdapat 1 klien yang dilakukan pengkajian yaitu, Ny. K ditemukan data keluhan pasien datang kerumah sakit karena pusing sejak 3 hari yang lalu, badan terasa lemah dan tidak bertenaga. Data ini sudah menunjukkan adanya gejala dari Hipertensi.

Faktor resiko terjadinya Hipertensi yaitu faktor genetik, obesitas, stress, elastisitas jaringan menurun (usia). Jadi ada dari kedua pasien terdapat beberapa faktor resiko yang menyebabkan hipertensi, pada kasus Ny. K ada 3 faktor resiko yang di dapatkan pada Ny. K yaitu faktor genetik (Ny. K mengatakan memiliki keturunan hipertensi dari ayah kandung), riwayat penyakit, (Ny.D mengatakan sudah mengalami penyakit hipertensi sejak 4 tahun yang lalu), dan faktor usia (usia Ny. K sudah 59 tahun).

Pada pasien Ny. K menderita hipertensi yang ditandai dengan tekanan darah yang tidak jauh berbeda dari pasien pertama, dengan tekanan darah hari pertama 175/100 mmHg, pada hari kedua 160/90 mmHg, dan pada hari ketiga 130/80 mmHg, pasien mengalami badan nya terasa lemah dan tidak bertenaga dan juga terasa nyesak.

Pada Ny. K yaitu berupa terapi berupa amplodipine 1x10 mgibu profen 2x500mg, Ny. K sudah tepat sesuai dengan penatalaksanaan pada penderita

hipertensi seperti amlodipine yang merupakan obat golongan dihydropyridine yang berfungsi untuk mengatur tekanan darah (Seomantri, 2012).

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan Resistensi Pembuluh Darah Ke Otak dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, dari kedua pasien tersebut, diagnosa ini ditegakkan karena diagnosa keperawatan merupakan pernyataan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin dan berkompeten untuk mengatasinya (Potter & Perry, 2010).

Dalam teori pada hipertensi yang berfokus pada manajemen regulasi hemodinamik dapat diangkat 3 diagnosa yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan vasokonstriksi, ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan suplai otak menurun, risiko perfusi miokard tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Dari hasil pengkajian yang dilakukan penulis, penulis mengangkat diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

C. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah rencana keperawatan yang akan perawat rencanakan kepada klien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi. Teori perencanaan keperawatan dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil (Wilkinson, 2011).

Pemecahan masalah dilakukan dengan membuat intervensi keperawatan yang tujuannya adalah mencegah terjadinya komplikasi pada pasien dan keluhan serta kondisi pasien menjadi lebih baik. Untuk Ny. K yang bertujuan untuk membandingkan efek dari pemberian intervensi yang telah di susun, dengan berdasarkan diagnose yang sudah dirumuskan sebelumnya. Diagnosa diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, intervensi yang dibuat adalah Lakukan penilaian komprehensif terhadap status hemodinamik (periksa tekanan darah, denyut jantung, denyut nadi, tekanan vena jugularis, tekanan

vena sentral, atrium kiri dan kanan, atur Posisi *semi fowler* (Tilkian & Conover 2011), kurangi kecemasan dengan memberikan informasi yang akurat dan perbaiki setiap kesalah pahaman, berikan jus mentimun sekali sehari dengan takaran timun 100 gram ditambahkan air 100 cc atau 1 gelas jus mentimun (Zauhani, 2010), berikan pisang ambon sebanyak 3 kali sehari (Eny Sutria & Aulia, 2016), lakukan terapi relaksasi nafas dalam (Rita, 2016), kolaborasi dengan ahli gizi dalam melakukan diet rendah garam (Salman, 2007), arahkan pasien dan keluarga mengenai pemantauan hemodinamik (obat-obatan, terapi, tujuan peralatan), identifikasi adanya tanda dan gejala peringatan dini sistem hemodinamik yang dikompromikan (seperti, dyspnea, ortopnea, sangat kelelahan, pusing, melamun, edema, palpitasi), lakukan auskultasi pada jantung, minimalkan stress lingkungan, berkolaborasi dengan dokter, sesuai indikasi dalam pemberian terapi obat-obatan jenis diuretic, penyekat saluran kalsium, angiotensin II, Vasodilator.

D. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan mewujudkan pelaksanaan tindakan dari perencanaan yang telah dibuat (Potter & Perry, 2010). Pada kasus Ny. K dengan diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, implementasi yang dilakukan pada pasien tersebut adalah memberikan informasi yang akurat, memberikan jus mentimun, memberikan pisang ambon, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, mengkaji tanda dan gejala sistem hemodinamik, melakukan auskultasi pada jantung, membatasi pengunjung, memberikan obat, pada kasus Ny. K obat yang diberikan melalui oral amplodipine 1x10 mg, dan ibu profen 2x500mg, implemetasi yang tidak dilakukan yaitu pemberian the hijau dengan madu, dikarenakan terlalu banyak minuman yang masuk dan pasien menolak. Implementasi dilakukan selama 3 hari.

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang

telah dibuat dalam rencana keperawatan (Potter & Perry, 2010). Metode evaluasi yang digunakan pada kasus ini menggunakan metode SOAP.

Evaluasi tindakan yang diberikan kepada Ny. K disusun dengan menggunakan metode SOAP, kedua pasien tersebut menggunakan diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, setelah dilakukan tindakan, tekanan darah pasien menurun, Ny. K klien mengatakan badannya tidak terasa lemas, dan jantungnya tidak berdebar debar, keluhan kedua pasien tidak terlalu berbeda dan kedua pasien tersebut sudah mengetahui bagaimana cara menurunkan tekanan darah dengan metode non farmakologi. Intervensi pada diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan pada pasien ini dapat dilanjutkan.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus pada Ny. K dengan masalah Hipertensi yang telah penulis lakukan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan menggunakan metode wawancara, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Data focus yang di dapat dari hasil pemeriksaan kedua pasien tersebut adalah pada Ny. K terdapat keluhan nyeri, badan terasa lemah dan tidak bertenaga, dan pasien lemah, dari kedua pasien tersebut keluhan yang dialami pasien tidak jauh berbeda.

2. Diagnosa Keperawatan

Prioritas diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan respon pasien pada Ny. K adalah diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Sedangkan diagnosa yang tidak muncul adalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dan risiko perfusi miokard tidak efektif. Diagnosa tersebut sesuai dengan Toksonomi SDKI dan disesuaikan dengan data pendukung dari hasil pengkajian dan respon pasien. Sehingga tidak semua diagnosa pada teori dapat di tegakkan.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan pada Ny. K telah direncanakan sesuai diagnosa yang telah ditegakkan. Semua perencanaan pada diagnosa Hipertensi pada kasus Ny. K yaitu diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan terdapat perencanaan yang tidak disertakan yaitu pemberian minuman teh hijau dicampur dengan madu dan.

4. Implementasi Keperawatan

Dari semua intervensi hampir seluruhnya diimplementasikan kepada pasien. Tetapi ada beberapa intervensi yang tidak dilakukan pada diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan seperti pemberian minuman teh hijau dicampur dengan madu. Implementasi diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan selama 3 hari.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada kasus Ny. K menggunakan metode SOAP. Evaluasi dari satu diagnosa yang ada, pada kedua pasien tersebut diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yang dicapai dengan status sirkulasi telah berada pada level 3 yaitu deviasi sedang dari kisaran normal. Meski tidak berhasil secara keseluruhan, tetapi klien menunjukkan perubahan yang positif atau semakin membaik.

B. Saran

1. Bagi Pasien dan Keluarga

Pasien hendaknya harus menegenaili sejak dini manifestasi Hipertensi. Apabila terkena gejala Hipertensi, segera memeriksakan ke pelayanan kesehatan. Bagi keluarga, apabila ada anggota keluarga yang terkena gejala Hipertensi, segera membawa mereka ke pelayanan kesehatan untuk mengurangi risiko terjadinya komplikasi. Saat di rumah sakit, keluarga juga harus memperhatikan dan menjaga anggota yang sakit serta memberikan dukungan motivasi dan moral bagi pasien untuk memiliki semangat cepat sembuh.

2. Bagi Perawat

Perawat harus memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dan menyeluruh kepada klien Hipertensi, Perawat juga dapat berperan dalam memberikan Pendidikan kesehatan kepada pasien

dan keluarga dengan Hipertensi dan dituntut dalam bekerja sesuai dengan Standar Operasional Prosedur pelaksanaan asuhan keperawatan. Jadi, bagi semua perawat bekerjalah sesuai dengan tanggung jawab dan lakukanlah implementasi keperawatan secara tepat sesuai dengan kebutuhan pasien dengan Hipertensi.

3. Bagi Rumah Sakit

Rumah sakit diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan dan memfasilitasi alat-alat penunjang di ruangan seperti alat EKG sehingga perawat melakukan intervensi yang tepat untuk selanjutnya.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat memberikan kontribusi informasi dan ilmu mengenai penyakit Hipertensi dan manajemen sehingga dalam prakteknya mahasiswa dapat menerapkan ilmu tersebut untuk mencapai hasil yang maksimal bagi pasien dengan Hipertensi. Selain dijadikan bahan acuan dalam penarapan asuhan keperawatan langsung kepada pasien, informasi dalam karya tulis ilmiah ini juga dapat menambah dan melengkapi informasi tentang manajemen regulasi hemodinamik pada pasien Hipertensi untuk menunjang penulisan dan penyusunan karya tulis ilmiah.

DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani, dkk. 2016. *Buku ajar asuhan keperawatan klien dengan gangguan kardiovaskuler*. Jakarta : EGC.
- Bulecheck, G.M, H. Dochterman, J M Butcher, Dochterman. 2016 *Nursing Interventions Clasification (NIC)* Edisi ke Enam Bahasa Indonesia. New Jersey : Mocamedia.
- British Heart Foundation. 2012. *Coronary Heart Disease Statistics*. London : ESC
- Departemen Kesehatan RI. 2013. *Biaya operasional*
- Doengoes, M.E., Moorhause, M.F., dan Geissier, A.C. 2001, *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman Untuk Perencanaan Pendokumentasian Edisi 10*. Jakarta : EGC.
- dr. Le Thi My Duyen. 2016. *Resiko Obat-obatan Tekanan Darah Tinggi*. Yogyakarta : Publishing.
- Fergusson. 2008. *Medicinal Use of Citrus*. Scienes Department. Gainesville. University of Florida.
- Istiqomah. 2009. *Faktor Risiko Kejadian Hipertensi Pada Wanita Lanjut Usia*. Tasikmalaya
- Jevon, P., & Ewens. B. 2009. *Pemantauan Pasien Kritis (Edisi 2)*. Jakarta : Erlangga
- Kaplan H. I, Sadock B.J. 2010. *Sinopsis Psikiatri Jilid 2*. Terjemahan Widjaja Kusuma. Jakarta : Binarupa Aksara
- Lauralee Pearce. 2011. *Fisiologi Manusia dan Sistem Manusia*. Yogyakarta : EGC.
- Marik, P, E., & Baram, M. 2007. *Noninvasive hemodynamic monitoring in the Intensive Care Unit. Critical Care Clinics*
- Matondang. Wahidiyat & Sastroasmoro. 2009. *Diagnosis Fisis Pada Anak*. Jakarta : CV Sagung Seto
- Moorhead, S. Jhonson, M. 2016. *Nursing Outcomes Clasification (NOC) Edisi 5 Bahasa Indonesia*. New Jerser : Mocamedia.
- Nurarif, Amin Huda & Kusuma Hardi, 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NOC-NIC*. Yogyakarta : Mediaction.

- Pearce, Evelyn C, 2011. *Anatomi dan fisiologi untuk para medis*. Jakarta : Gramedia Pustaka Umum.
- Ramadhan & Smeltzer. 2010. *Jangka Tekanan Darah & Posisi Mengukur Tekanan Darah*.
- Ramesh K. 2003. *Fundamentals of Heart Exchanger*. United States : Jhon Wiley & Sons, Inc
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2013. *Pedoman Pewawancara Petugas Pengumpul Data*. Jakarta : Depkes RI.
- RSUD M.Yunus Bengkulu. 2018. *Medikal Recort RSUD M.Yunus Bengkulu*
- Sartini M. Gosyen. 2014. *Anatomi dan Fisiologi Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta : Publishing.
- Sundana. 2008. *Ventilator pendekatan praktis di unit perawatan kritis Ed 1*.
- Tarwoto, dkk. 2015. *Anatomi dan Fisiologi Untuk Mahasiswa Keperawatan*. Jakarta : Info Media.
- Wang. Et.al. 2012. *Scalp Acupuncture in Experimental Ischemic stroke*.
- Wijaya, dkk 2014. *Penyakit Kardiovaskuler*. Jakarta.
- Wilkinson, J.M. Ahern, N.R. 2011. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Edisi 9*. Jakarta : EGC
- World Health Organization (WHO). 2014 & 2015. *Prevalence Hypertension and Cardiovascular Disease*.
- Wilkinson, J.M. Ahern, N.R. 2011. *Buku Saku Diagnosi Keperawatan Edisi 9*. Jakarta : EGC











**LEMBAR KONSUL KTI PRODI DIII KEPERAWATAN BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES BENGKULU
TAHUN 2019**




Nama Pembimbing : Ns.Mardiani.,S.Kep.,MM

Nama Mahasiswa : Herman Zartoni

NIM : P05120218097RPL

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Ny.K
Dengan Hipertensi Di Puskesmas Perawatan Sebelat
Bengkulu Utara tahun 2019

No.	Tanggal	Materi konsultasi	Masukan Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	10 Juni '19	Konful Judul KTI KMB	ACC Judul KTI dan pencarian data kasus di Puskesmas & Provinsi Bengkulu	
2.	12 Juni '19	Konful BAB I	Perbaikan Penulisan dan Penam- balan data riset dan 2018	
3.	14 Juni '19	Konful BAB II	Perbaikan Intervensi sesuai <u>SiKi</u> Terbaru 2019	
4.	17 Juni '19	Konful BAB III	Bugah metode penelitian dan subjek	
5.	19 Juni '19	Konful BAB I, II & III ACC Ujian Proposal	ACC ujian Proposal 20 Juni 2019	
6.	20 Juni '19	Konful Perba- litan Proposal	ACC perbaikan proposal & mulai penelitian.	
7.	21 Juni '19	Konful BAB IV	Perbaikan pengkajian di jadikan kenarahi dan diteliti peneliti sman fisik dan peristitan	
8.	24 Juni '19	Konful Per- baikan BAB III	Perbaikan Analisa data dan intervensi & signora	
9.	26 Juni '19	Konful perbaikan BAB IV	Perbaikan intervensi dan implementasi	
10.	28 Juni '19	Konful perbaikan BAB IV, V & VI	ACC Ujian Hasil 07 Juni 2019	

11.	08 Juli '19	Perbaikan PMS IV	Perbaikan dengan Penguji / Ketua penguji	
12.	18 Juli '19	Perbaikan KAS I, V, VI dan VII	ACC perbaikan dari Penguji	
13.	12 Sep '19	Penyerahan KTI,	Penyerahan KTI lengkap dan ttd penguji, ketua penguji & Revisi/Modifikasi & Kad. Prod.	
14.				
15.				



PEMERINTAH KABUPATEN BENGKULU UTARA
PUSKESMAS PERAWATAN SEBELAT
 Jln. Raya Kota Bani Kecamatan Puri Hijau
 Kab. Bengkulu Utara



SURAT KETERANGAN

Nomor : 628/UP-PRM/Seb 1 VII/2019.

Yang bertanda tangan dibawah ini :

- a. Nama : Edi Ansori. SKM
 b. Jabatan : Kepala Puskesmas Perawatan Sebelat

Dengan ini menerangkan bahwa :

- a. Nama : Herman Zartoni
 b. Institusi : Poltekkes Kemenkes Bengkulu
 c. Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada pasien dengan Hipertensi di Puskesmas Perawatan Sebelat Bengkulu Utara
 d. Ruang Penelitian : Bidang Keperawatan
 e. Maksud : Telah Selesai Melaksanakan Penelitian selama 1 bulan sejak Tanggal 01 Juni s/d 29 Juni 2019

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya

Sebelat 29 Juni 2019

Kepala Puskesmas Perawatan Sebelat

(Edi Ansori.SKM)

NIP : 196811151988031003



PEMERINTAH KABUPATEN BENGKULU UTARA
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jln. Jenderal Sudirman No.77 Telp/Fax. (0737) 521271
ARGA MAKMUR

Kode Pos 38611

SURAT KETERANGAN

Nomor : 070 / 394 / Kesbangpol / 2019

TENTANG PENELITIAN

- DASAR :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor : 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian
 2. Peraturan Bupati Bengkulu Utara Nomor 80 Tahun 2016 tentang Pelimpahan Kewenangan Pelayanan Perizinan dan Non Perizinan Kepada Unit Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bengkulu Utara.
 3. Peraturan Bupati Bengkulu Utara Nomor 81 Tahun 2016 tentang Pembentukan Tim Teknis Dalam Rangka Pelaksanaan Pelayanan Perizinan dan Non Perizinan Pada Unit Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bengkulu Utara.
 4. Surat Pengantar dari Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Politeknik Kesehatan Bengkulu Nomor: DM.01.04/ 823/ 2019 Tentang Izin Penelitian, Tanggal Juni 2019.

Nama / NPM : Herman Zartoni / P05120218037 RPL
 Pekerjaan : Mahasiswa
 Maksud : Melakukan Penelitian
 Judul Proposal Penelitian : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Dengan Hipertensi Di Puskesmas Perawatan Sebelat Bengkulu Utara Tahun 2019 .
 Daerah Penelitian : Puskesmas Perawatan Sebelat Bengkulu Utara
 Waktu Penelitian : 28 Juni s/d 28 Juli 2019.
 Penanggung Jawab : Direktur Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Politeknik Kesehatan Bengkulu

Surat Keterangan ini di keluarkan dengan ketentuan:

- a. Sebelum melakukan penelitian harus melapor kepada Bupati Cq. Kepala Dinas/ Badan/ Kantor/ Kecamatan/ Kelurahan atau sebutan lain setempat.
- b. Harus menta'ati semua ketentuan Perundang-undangan yang berlaku.
- c. Apabila masa belaku Surat Keterangan ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan penelitian belum selesai, maka perpanjangan Rekomendasi Penelitian harus diajukan kembali kepada instansi pemohon/ Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bengkulu Utara.
- d. Surat Keterangan ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku, apabila ternyata pemegang surat Keterangan ini tidak menta'ati/ mengindahkan ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas.

Demikianlah Surat Keterangan ini dikeluarkan, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Arga Makmur
 Tanggal : 28 Juni 2019

a.n. Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik
 Kabupaten Bengkulu Utara
 Kasi Kewaspadaan Nasional dan Politik
 Selaku Tim Teknis



Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Direktur Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Politeknik Kesehatan Bengkulu
2. Kepala Puskesmas Sebelat Bengkulu Utara
3. Kantor/ Lembaga/ Instansi Terkait
4. Yang Bersangkutan
5. Arsip