

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



JUDUL :

**ASUHAN KEPERAWATAN HIPERTENSI PADA NY. J DENGAN
TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM DIRUANG DAHLIA RSUD
H.HANAFIE MUARA BUNGO TAHUN 2019**

OLEH :

**WELLY INGRIANA
NIM : 1814901670**

**PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES PERINTIS PADANG
TAHUN 2018/2019**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)

**ASUHAN KEPERAWATAN HIPERTENSI PADA NY. J DENGAN
TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM DIRUANG DAHLIA RSUD
H.HANAFIE MUARA BUNGO TAHUN 2019**

Penelitian Keperawatan Medikal Bedah

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Profesi Ners Stikes Perintis Padang*



OLEH :

WELLY INGRIANA

NIM : 1814901670

**PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES PERINTIS PADANG
TAHUN 2018/2019**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : Welly Ingriana
Nomor Induk Mahasiswa : 1814901670
Nama Pembimbing I : Ns, Dia Resti DND, M.Kep
Nama Pembimbing II : Ns, Afriyana, S.Kep
Nama Penguji I : Ns, Vera Sesrianty, M.Kep
Nama Penguji II : Ns, Dia Resti DND, M.Kep

Menyatakan bahwa yang sebenarnya Karya Ilmiah Khir Ners (KIA-N) yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apa bila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan KIA-N ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi atas perbuatan yang tidak terpuji tersebut.

Demikian , pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Bukit tinggi, 13 September 2019

Yang membuat pernyataan.

(Welly Ingriana)

Nim : 1814901670

HALAMAN PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN HIPERTENSI PADA NY. J
DENGAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM
DIRUANG DAHLIA RSUD H.HANAFIE
MUARA BUNGO TAHUN 2019**

OLEH :

WELLY INGRIANA, S.KEP

1814901670

Karya Ilmiah Akhir Ners ini akan diseminarkan

Tempat....., Agustus 2019

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing

(Ns. DIA RESTI, M.KEP)

(Ns. AFRIYANA, S.Kep)

Mengetahui,

**Ketua Prodi Profesi Ners
STIKes Perintis Padang**

(Ns. MERA DELIMA, M.Kep)

NIK 1420101107296019

HALAMAN PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN HIPERTENSI PADA NY. J DENGAN
TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM DIRUANG DAHLIA RSUD H.
HANAFIE MUARA BUNGO TAHUN 2019**

OLEH :

WELLY INGRIANA, S.Kep

1814901670

Pada :

HARI/TANGGAL : Sabtu, 03 Agustus 2019

JAM : 10.00-11.00

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji :

Penguji I : Ns. Vera Sesryanti, M.Kep _____

Penguji II : Ns. D ia Resty DND, M.Kep _____

Mengetahui,

Ketua Prodi Profesi Ners

STIKes Perintis Padang

(Ns. MERA DELIMA, M.Kep)

NIK 1420101107296019

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
Karya Ilmiah Akhir Ners, Agustus 2019
ASUHAN KEPERAWATAN HIPERTENSI PADA NY.J DENGAN
TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM DI RUANG DAHLIA RSUD H.
HANAFIE MUARA BUNGO TAHUN 2019.

viii. v bab, 64 halaman, 1 bagan, 5 tabel

ABSTRAK

Secara global WHO (*World Health Organization*) memperkirakan penyakit tidak menular menyebabkan sekitar 60% kematian dan 43% kesakitan di seluruh dunia. Berdasarkan data dari propinsi Jambi (2018) hipertensi merupakan masalah kesehatan tertinggi di jambi berkisaran 25,9% - 49,6%. Berdasarkan data rekam medis dari RSUD H. Hanafie Muara Bungo untuk bulan Januari-Mei 2018 terdapat 110 pasien yang mengalami hipertensi. Tujuan dari karya ilmiah ini untuk memahami dan mendalami asuhan keperawatan Hipertensi pada Ny.J dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam di Ruang Dahlia RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019. Metode penulisan ini adalah studi kasus dengan *quasy eksperimen*. Intervensi *spherical Grip* ini dilakukan pada pasien Hipertensi. Intervensi diberikan sebanyak 2 kali sehari selama 3 hari. Dari analisa kasus pada pasien Hipertensi didapatkan adanya penurunan tekanan darah dan dapat mengurangi nyeri pada pasien tetapi belum mendapatkan asuhan keperawatan yang optimal. Sehingga perlu disana peran tenaga kesehatan khususnya perawat untuk memberikan intervensi lebih intensif sehingga mendapatkan hasil yang optimal untuk waktu pemberiannya. Karya ilmiah ini dapat menjadi masukan bagi perawat untuk menurunkan tekanan darah dan mengurangi rasa nyeri pada pasien Hipertensi sebagai salah satu intervensi keperawatan di RSUD H. Hanafie Muara Bungo Tahun 2019.

**Kata Kunci ; Asuhan Keperawatan, Hipertensi, Teknik Relaksasi
Nafas Dalam**

Kepustakaan ; 9 (2000-2017)

NERS PROFESSIONAL EDUCATION STUDY PROGRAM

PERINTIS COLLEGE OF PADANG HEALTH SCIENCE

essay, August 2019

WELLY INGRIANA, S.kep

**HIPERTENS NURSING IN NY.J WITH BREATHING RELAXATION
TECHNIQUE IN THE DAHLIA ROOM OF H. HANAFIE MUARA
BUNGO HOSPITAL IN 2019.**

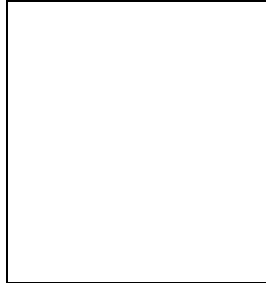
viii. v chapters, 64 pages, 1 chart, 5 tables

ABSTRACT

Globally, WHO (World Health Organization) estimates that non-communicable diseases cause around 60% of deaths and 43% of illness worldwide. Based on data from Jambi province (2018) hypertension is the highest health problem in Jambi ranging from 25.9% - 49.6%. Based on medical records from the H. Hanafie Muara Bungo Regional Hospital for January-May 2018 there were 110 patients with hypertension. The purpose of this scientific work is to understand and deepen the nursing care of hypertension in Mrs. J with Deep Breath Relaxation Techniques in Dahlia Room H. Hanafie Muara Bungo Hospital in 2019. This writing method is a case study with quasi experiment. Spherical Grip intervention is carried out in hypertensive patients. Interventions were given 2 times a day for 3 days. From the analysis of cases in hypertensive patients, it can be found that there is a management of blood pressure and can reduce pain in patients but have not received optimal nursing care So there needs to be a role of health workers, especially nurses to provide more intensive interventions so as to get optimal results for the time of administration. This scientific work can be input for nurses to reduce blood pressure and reduce pain in hypertensive patients as one of the nursing interventions in H. Hanafie Muara Bungo Hospital in 2019.

Keywords ; **Nursing Care, Hypertension, Deep Breath Relaxation**
Techniques
Reading list ; **9 (2000-2017)**

CURICULUM VITAE



A. Identitas Diri

Nama : Welly Ingriana, S.kep
Tempat / tanggal lahir : Pulau Panjang, 17 November 1994
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Teluk Kelayang Rt/Rw 008 Pulau Panjang
Tebo Ulu
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Jumlah Saudara : 3 Orang Saudara
Saudara Kandung : 1. Rudiyanto (Kakak)
2. Hulfa Siswita, Amd. Keb (Kakak)

B. Identitas Orang Tua

Nama Ayah : M. Nasir. K
Nama Ibu : Nurdaini
Alamat : Teluk Kelayang Rt/Rw 008 Pulau Panjang
Tebo Ulu

Riwayat Pendidikan :

1. Tahun 2000-2006 : SD Negeri No. 65/XIII Pulau Panjang, Kec. Tebo Ulu
2. Tahun 2006-2009 : SMP N 07 Pulau Temiang, Kec. Tebo Ulu
3. Tahun 2009-2012 : SMA N 01 Teluk Kual, Kec. Tebo Ulu

4. Tahun 2012-2017 : STIKES Harapan Ibu Jambi, Program Ilmu Keperawatan.
5. Tahun 2018-2019 : STIKES Perintis Padang, Program Profesi Ners Keperawatan

KATA PENGANTAR



Dengan menyebut nama Allah yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang. Segala puji kami ucapkan kepada-Nya karena telah memberikan segala kesempatan, kemampuan, kekuatan dan kelancaran serta petunjuk dalam setiap usaha yang saya lakukan, sehingga saya mampu menyelesaikan kasus karya ilmiah ners yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Hipertensi Pada Ny. J Dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Di Ruang Dahlia RSUD H. Hanafie Muara Bungo Thaun 2019”**

Untuk itu saya mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Ibu dr. Mardiah, Sp. P, selaku Direktur RSUD H. Hanafie Muara Bungo
2. Bapak Indra, S. SKM, MPH, selaku Kepala Bidang Keperawatan
3. Ibu Suniar, S. Kep, selaku bagian Pendidikan dan Pelatihan
4. Bapak M. Akmal, S.E, selaku Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian
5. Bapak Yendrizal Jafri, S. Kp, M. Biomed, selaku Ketua Stikes Perintis Padang
6. Ibu Ns. Mera Delima, M. Kep, selaku Ketua Program Study Profesi Ners Stikes Perintis Padang.
7. Ibu Ns. Ida Suryati, M. Kep, Bapak Ns. Muhammad Arif, M. Kep, Ibu Ns. Lisa Mustika Sari, M. Kep, selaku Dosen Pengampu Mata Kuliah Keperawatan Medikal Bedah.
8. Ns.Dia resti, M.kep selaku Pembimbing Akademik.
9. Ns.Afriyana,S.kep selaku Pembimbing Klinik.
10. Bapak Kepala Ruangan beserta staf perawat di ruang Dahlia RSUD H. Hanafie Muara Bungo
11. Ny. beserta keluarga yang telah bersedia menjadi pasien kelolaan.
12. Terimakasih banyak yang tidak bisaku balas dengan apapun teruntuk kepada kedua orang tuaku Bapak M.Nasir.K dan Ibu Nurdaini beserta kakakku tersayang Hulfa Siswita,Amd.Keb yang telah memberikan aku

pendidikan kembali setelah sarjanaku dan selalu memberikan dukungan,motivasi kepadaku hingga aku biasa menyelesaikan kulyah Profesi Ners di tahun 2019 .

13. Terimakasih untuk sahabatku Ns.Sakinah,S.Kep dan kakakku Ns.Hidayatul Umrah,S.Kep beserta kakakku Ns, Hj. Novi frima Lestari,S.Kep yang selalu ada disaat suka maupun duka selama kita menjalani kulyah Profesi Ners.

Semua ini tidak bisa saya selesaikan tanpa dukungan, motivasi dari kalian, semoga Allah SWT membalas semua kebaikan kalian.

Saya penyusun menyadari bahwa laporan kasus karya ilmiah akhir ners ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu saya mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari pembaca. Semoga Allah SWT memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua. Amin

Muara

Bungo,

2019

(welly ingriana,s.kep)

DAFTAR ISI

	Halaman
HARDCOVER.....	i
COVER KERTAS BERWARNA.....	ii
LEMBAR ORIGINALITAS.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
ABSTRAK BAHASA INDONESIA.....	vi
ABSTRAL BAHASA INGGRIS.....	vii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR SKEMA.....	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xviii
 BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	2
1.2 Perumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Bagi RSUD H. Hanafie Muara Bungo.....	6
1.4.2 Bagi Pasien Hipertensi.....	6
1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan.....	6
1.4.4 Bagi Penulis.....	6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori.....	7
2.1.1 Defenisi.....	7
2.1.2 Anatomi Fisiologi Jantung.....	7
2.1.3 Klasifikasi.....	11
2.1.4 Etiologi.....	12
2.1.5 Patofisiologi.....	14
2.1.6 Patway.....	16
2.1.7 Tanda Dan Gejala.....	17
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	18
2.1.9 Komplikasi.....	19
2.1.10 Penatalaksanaan.....	20
2.1.11 Pengkajian Keperawatan.....	21
2.1.12 Diagnosa Keperawatan.....	24
2.1.13 Intervensi.....	25

BAB III ASUHAN KEPERAWATAN KASUS

3.1 Pengkajian.....	36
3.2 Pemeriksaan Fisik.....	42
3.3 Diagnosa Keperawatan.....	48
3.4 Intervensi.....	49
3.5 Implementasi.....	55
3.1.6 Evaluasi.....	55

BAB 1V PEMBAHASAN

4.1 Analisis masalah keperawatan dengan konsep terkait.....	66
4.2 Analisis Intervensi inovasi dengan konsep dan penelitian terkait.....	68
4.3 Alternatif pemecahan masalah yang dilakukan.....	69

BAB V

5.1 Kesimpulan.....	70
5.2 Saran.....	73
5.2.1 Bagi RSUD H. Hnafie Muara Bungo.....	73
5.2.2 Bagi Pasien Hipertensi.....	73
5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan.....	73
5.2.4 Bagi Penulis.....	73

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Laporan Kasus

Lampiran 2 : Lembar Konsultasi Pembimbing

DAFTAR GAMBAR

Nama gambar	Halaman
Gambar 2.1 Anatomi Kardiovaskuler.....	8

DAFTAR TABEL

Nama Tabel	Halaman
Tabel 3.1 Analisa Data.....	48

DAFTAR SKEMA

Nama Skema	Halaman
Skema 2.1 Patway.....	16

DAFTAR GAMBAR

Nama gambar	Halaman
Gambar 2.1 Anatomi Kardiovaskuler.....	8

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Laporan Kasus

Lampiran 2 : Lembar Konsultasi Pembimbing

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan bertujuan agar terjadinya peningkatan kesehatan masyarakat yang lebih berkualitas, cerdas, dan juga sejahtera (Rahmawati & Ningsih, 2016). Secara global WHO (*World Health Organization*) menurutnya penyakit tidak menular ini menyebabkan sekitar 60% kematian dan 43% kesakitan di seluruh dunia. Terjadinya hipertensi disebabkan oleh banyak faktor seperti gaya hidup yang kurang baik, merokok, stress, dan sebagainya (Depkes RI, 2003).

Menurut *American Heart Association (AHA)*, penduduk Amerika yang berusia di atas 20 tahun menderita hipertensi telah mencapai angka hingga 74,5 juta jiwa, namun hampir sekitar 90-95% kasus tidak diketahui penyebabnya (Kemenkes RI, 2014). Diperkirakan sekitar 80% kenaikan kasus hipertensi terutama terjadi di negara berkembang pada tahun 2025, dari jumlah 639 juta kasus di tahun 2000. Jumlah ini diperkirakan meningkat menjadi 1,15 miliar kasus di tahun 2025 (Ardiansyah, 2012).

Tujuan dari proses secara umum membuat suatu kerangka konsep agar kebutuhan dari individu, pasien, dan keluarga serta masyarakat terpenuhi dengan baik (Nursalam, 2013).

Kejadian hipertensi sejalan dengan perubahan gaya hidup yang tidak baik. Pengendalian hipertensi, bahkan di negara maju pun, belum memuaskan. (Depkes RI, 2007).

Berdasarkan data dari Riskesdas Litbang Depkes (2018), hipertensi di Indonesia merupakan masalah kesehatan dengan prevalensi yang tinggi yaitu sebesar 25,8%. Prevalensi tertinggi di Bangka Belitung (30,9%), diikuti Kalimantan Selatan (30,8%), Kalimantan Timur (29,6%), Jawa Barat (29,4%), dan Gorontalo (29,4%) (Kemenkes RI, 2014). Berdasarkan data

dari propinsi Jambi (2018) hipertensi merupakan masalah kesehatan tertinggi di Jambi berkisaran 25,9% - 49,6%.

Berdasarkan data rekam medis dari RSUD H. Hanafie Muara Bungo untuk bulan Januari-Mei 2018 terdapat 110 pasien yang mengalami hipertensi. Oleh karena itu tingginya angka hipertensi maka karya ilmiah ners ini di tulis untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Hipertensi Dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam di ruang Dahlia RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019. Dan juga sebagai salah satu pembagian tugas KIAN (karya ilmiah akhir ners) di matakuliah Medical Bedah.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Rini Tri Hastuti (2016) penurunan tekanan darah dengan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam (*Deef Breathing*) pada pasien hipertensi di Puskesmas Bendosari Kabupaten Sukoharjo, hipertensi sering kali disebut sebagai pembunuh gelap (*Silent Killer*), karena termasuk penyakit yang mematikan tanpa disertai dengan gejala-gejalanya lebih dahulu sebagai peringatan bagi peneitanya (Wolf, 2016). Dari semua penelitian ini dengan melakukn penatalaksanaan nonfarmakologi merupakan salah satu cara dengan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam agar dapat menurunkan tekanan darah dan mengurangirasa nyeri.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Rachmawati (2013) di Desa Pondok Kecamatan Nguter Kabupaten Sukoharjo, menyatakan bahwa faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi adalah aktifitas fisik dan konsumsi garam yang berlebihan. (Depkes RI, 2007).

Dari uraian diatas maka penulis tertarik untuk memahami dan lebih mendalami kasus *Hipertensi* sebagai tindakan lanjutan KIAN (karya ilmiah akhir ners), sehingga dapat menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Hipertensi Dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam di ruang Dahlia RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada makalah ini adalah bagaimanakah “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Di Ruang Dahlia RSUD H. Hanafie Muara Bungo Tahun 2019”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Tujuan penulisan karya ilmiah akhir Ners adalah memberikan gambaran tentang hasil praktek profesi dengan mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Pasien Hipertensi Dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam di ruang Dahlia RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019.

1.3.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus dari karya ilmiah akhir Ners adalah :

1. Mahasiswa mampu memahami konsep secara teoritis pada pasien Hipertensi Dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam di ruang Dahlia RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019.
2. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada pasien Hipertensi Dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam di ruang Dahlia RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019.
3. Mahasiswa mampu membuat diagnosa pada pasien Hipertensi Dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam di ruang Dahlia RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019.
4. Mahasiswa mampu melakukan intervensi pada pasien Hipertensi Dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam di ruang Dahlia RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019.
5. Mahasiswa mampu melakukan implementasi pada pasien Hipertensi Dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam di ruang Dahlia RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019.

6. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi pada pasien Hipertensi Dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam di ruang Dahlia RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019.
7. Mahasiswa mampu melakukan pendokumentasian pada pasien Hipertensi Dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam di ruang Dahlia RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi RSUD H Hanafie Ma.Bungo

Hasil penulisan karya ilmiah akhir ners ini diharapkan dapat digunakan sebagai dasar pengembangan manajemen asuhan keperawatan dan membantu pelayanan asuhan keperawatan.

1.4.2 Bagi Pasien Hipertensi

Sebagai tambahan informasi dan dapat menambah pengetahuan tentang penyakit Hipertensi, serta dapat menyikapi dan mengatasi penderita dengan penyakit Hipertensi.

1.4.3 Bagi Pendidikan

Hasil penulisan karya ilmiah akhir ners ini diharapkan dapat menambah wawasan dan ilmu pengetahuan khususnya dibidang keperawatan medical bedah pada pasien Ny. J dengan Hipertensi di Ruang Perawatan.

1.4.4 Bagi Penulis

Hasil penulisan karya ilmiah akhir ners ini diharapkan memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada pasien Hipertensi sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP TEORI

2.1.1 Defenisi

Hipertensi merupakan meningkatnya tekanan darah secara abnormal sehingga menjadi berbahaya bagi kesehatan yang dimana hipertensi dapat didefenisikan sebagai tekanan darah yang tekanan siastoliknya lebih tinggi dari tekanan diastoik(Kodim Nasrin, 2003).

(Smeltzer, 2001). Hipertensi adalah suatu kondisi saat nilai tekanan sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan diastolic ≥ 90 mmHg (Dr. yudi garnadi,2012).

Menurut WHO, batasan tekanan darah yang masih dianggap normal adalah 140/90 mmHg, sedangkan tekanan darah $\leq 160/65$ mmHg dinyatakan sebagai hipertensi. Tekanan darah diantara normonensi dan hipertensi disebut boordeline hypertension (garis batas hpertensi). Batasan WHO tersebut tidak membedakan usia dan jenis kelamin (ns. Wajan juni udjiantti,s.kep.ETN,2010).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalahmeningkatnya tekanan arah secara abnormal. Hal ini terjai bila arteriole-arteriole kontriksi. Kontriksi ateriole sehingga mengakibatkan darah terhambat mengalir dan meningkatkan dan melawan dinding atrei. Hipertensi menambah beban kerja jantung dan ateri bila berlanjut dapat menimbulkan kerusakan jantung dn pembuluh dara (Ns. Wajan juni udjiantti,s.kep.ETN,2010).

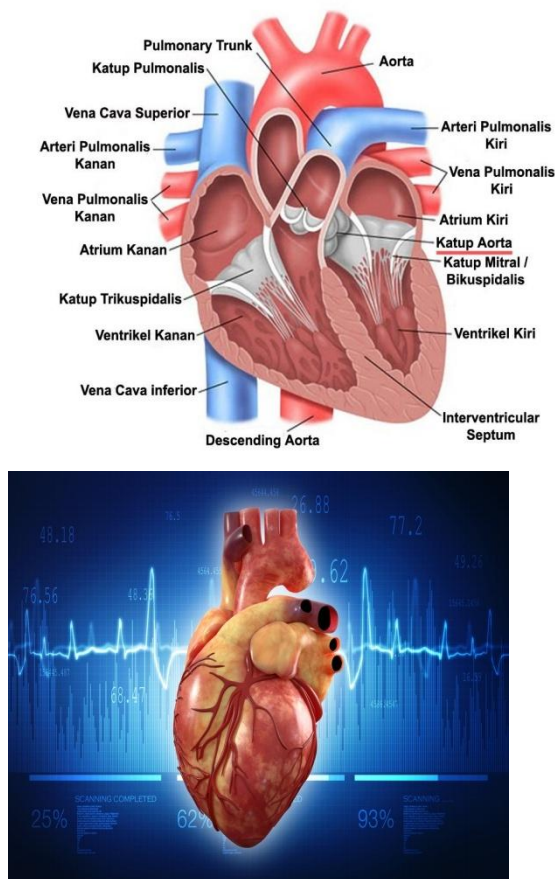
2.1.2 Anatomi dan fisiologi jantung

1. Posisi jantung

Jantung adalah sebuah organ beroot dengan empat ruang yang terletak di rongga dada, dibawah perlindungan tulang cosae, sedikit

disebelah kiri sternum. Jantung manusia terletak didalam rongga toraks pada bagian kiri gag tengah tepatnya diatas sekat diafragma yang memisahkan rongga dada dengan rongga perut. Dibawah kantung jantung, akan tetapi terletk di daam rngga perut, terdapat kantong gaster, lambung.disebelah kiri dan kanan terdapat pru-paru (Ns. Kasron.s.kep)

Gambar 2.1 anatomi kardiovaskuler



Jantung terletak di dalam rongga dada/*cavum thoraxis*, dimana rongga dada sendiri dibagi tiga rongga utama yaitu :

- a. Rongga dada kanan (*cavum pleura dextra*)
- b. Rongga dada kiri (*cavum pleura sinistra*), rongga pleura kiri dan kanan berisi paru-paru, rongga ini dibatasi oleh pleura visceralis dan parietalis.

c. Rongga dada tengah (*mediastinum*), rongga mediastinum dan isinya terletak ditengah dada antara rongga dada kanan dan rongga dada kiri, mediastinum dibagi menjadi bagian anterior, medius, posterior, dan superior.

2. Pericardium Dan Aliran Darah

Ruangan jantung terdiri atas beberapa bagian yaitu atrium dan pembuluh darah besar membentuk dasar jantung dan bagian dari bawah jantung disebut ventrikel. Secara fungsional jantung di bagi menjadi pompa sisi kanan dan sisi kiri yang memompa darah vena kesisi paru, dan darah bersih ke peredaran darah sistemik. Pembagian fungsi ini mempermudah aseptualisasi urutan aliran darah secara anatomi : vena kava, atrium dextra, ventrikel dextra, arteria pulmonaris, paru, vena pulmonalis, atrium sinistra, ventrikel sinistra, aorta, arteria, arteriola, kapiler, venula, dan vena

3. Ruang Jantung

Ruang jantung dibagi menjadi dua bagian yaitu atrium dan ventrikel :Dimana atrium dan ventrikel di bagi lagi menjadi dextra dan sinistra, sehingga jantung memiliki 4 ruang yaitu : atrium dextra, atrium sinistra, ventrikel dextra dan ventrikel sinistra.

a. Atrium dextra

Atrium dextra berdinding tipis, sebagai tempat penyimpanan dan peyalur darah keseluruh tubuh.

b. Atrium sinistra

Atrium sinistra menerima darah teroksigenasi dan paru-paru melalui keempat vena pulmonalis.

c. Ventrikel dextra

Untuk dapat memompa darah dengan kekuatan yang cukup besar yang diterima dari atrium dan sirkulasi.

d. Ventrikel sinistra

4. Lapisan jantung

Terdapat tiga lapisan jantung yaitu :

- a. Pericardium
Adalah kantong berdinding ganda yang dapat membesar dan mengecil, membungkus jantung dan pembuluh darah besar.
- b. Myocardium
Adalah jaringan utama otot jantung yang bertanggung jawab atas kemampuan kontraksi jantung.
- c. Endocardium
Merupakan lapisan terakhir atau lapisan paling dalam pada jantung.

2.1.3 Klasifikasi

Berdasarkan klasifikasi hipertensi menurut WHO

- a. Tekanan darah normal yaitu bila sistolik kurang atau sama dengan 140 mmHg dan diastolik kurang atau sama dengan 90 mmHg
- b. Tekanan darah perbatasan (border line) yaitu bila sistolik 141-149 mmHg dan diastolik 91-94 mmHg
- c. Tekanan darah tinggi (hipertensi) yaitu bila sistolik lebih besar atau sama dengan 160 mmHg dan diastolik lebih besar atau sama dengan 95mmHg.

Klasifikasi menurut The Joint National Committee on the Detection and Treatment of Hypertension

1. Diastolik

- | | |
|--------------|-------------------------------|
| a. < 85 mmHg | : Tekanan darah normal |
| b. 85 – 99 | : Tekanan darah normal tinggi |
| c. 90 -104 | : Hipertensi ringan |
| d. 105 – 114 | : Hipertensi sedang |
| e. >115 | : Hipertensi berat |

2. Sistolik (dengan tekanan diastolik 90 mmHg)

- | | |
|---------------|------------------------|
| a. < 140 mmHg | : Tekanan darah normal |
|---------------|------------------------|

- b. 140 – 159 : Hipertensi sistolik perbatasan terisolasi
- c. > 160 : Hipertensi sistolik terisolasi

Krisis hipertensi adalah Suatu keadaan peningkatan tekanan darah yang mendadak (sistole ≥ 180 mmHg dan/atau diastole ≥ 120 mmHg), pada penderita hipertensi, yg membutuhkan penanggulangan segera yang ditandai oleh tekanan darah yang sangat tinggi dengan kemungkinan timbulnya atau telah terjadi kelainan organ target (otak, mata (retina), ginjal, jantung, dan pembuluh darah).

Tingginya tekanan darah bervariasi, yang terpenting adalah cepat naiknya tekanan darah. Dibagi menjadi dua:

1. Hipertensi *Emergensi*

Suatu kondisi dimana untuk segera penurunan tekanan darah dengan pemberian obat antihipertensi parenteral.

2. Hipertensi *urgensi*

Suatu kondisi dimana terjadinya peningkatan tekanan darah secara bertahap tanpa menunjukkan gejala yang khas dan tekanan darah bisa diturunkan dalam jangka beberapa jam.

2.1.4 Etiologi

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik (idiopatik). Hipertensi terjadi karena adanya peningkatan cardiac output atau peningkatan tekanan perifer. Ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi hipertensi:

1. Genetik: Respon neurologi seperti terjadinya stress.
2. Obesitas: terkait dengan level insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
3. Stress Lingkungan.
4. Hilangnya Elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah.

5. jenis kelamin dan usia : laki-laki berusia 35-50 tahun dan wanita pasca menopause beresiko tinggi untuk mengalami hiperensi.
6. diet :konsumsi diet tinggi garam dan lemak secara langsung berhbungn dengan berkembangnya hipertensi.

Berdasarkan etiologinya Hipertensi dibagi menjadi 2 golongan yaitu:

a. Hipertensi Esensial (Primer)

suatu kondisi dimana tidak diketahui tetapi ada beberapafaktor yang dapat memepengaruhi seperti gen, stress pikiran, ligkungan, obesitas, dan merokok.

b. Hipertensi Sekunder

Dapat diakibatkan karena penyakit parenkim renal/vaskuler renal. Penggunaan kontrasepsi oral yaitu pil. Gangguan endokrin dll.

Penyebab hipertensi yang terjadi pada lansia adalah terjadinya perubahan seperti :

- 1) terjadinya penurunan elastisistas dinding aorta
- 2) katub jantung menjadi tebal dan kaku
- 3) terjadinya penurunan pada jantung saat memompa darah biasanya 1% setiap sesudah berumur 20 tahun sehingga berkurangnya atau menurunnya kontraksi dan volumenyapada jantung.
- 4) Kehilangan elastisitas pembuluh darah

Terjadi karena kurangnya efektivitas pebuluh darah untuk mengantarkan oksigen keseluruh tubuh.

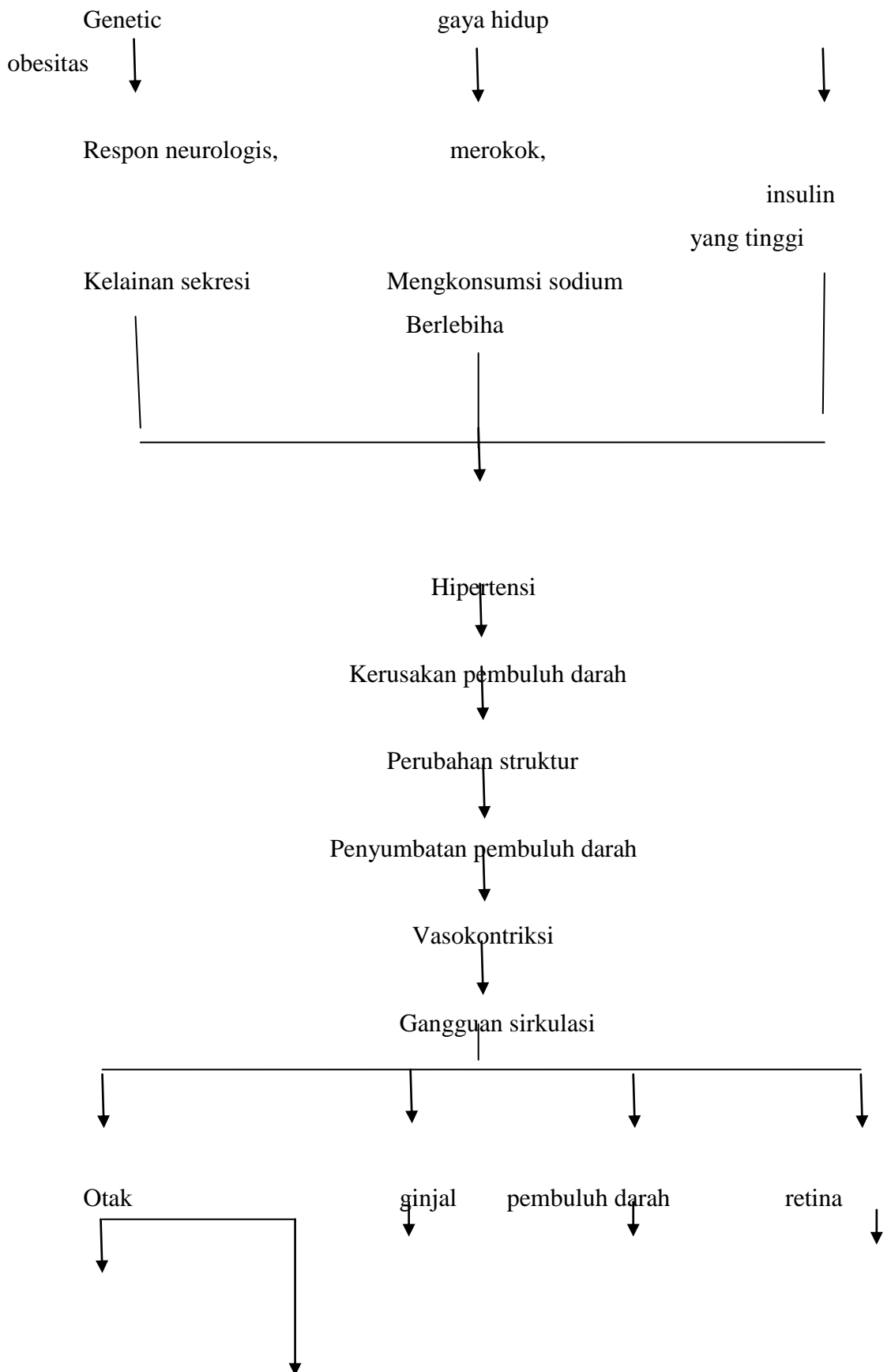
1.2.5 Patofisiologi

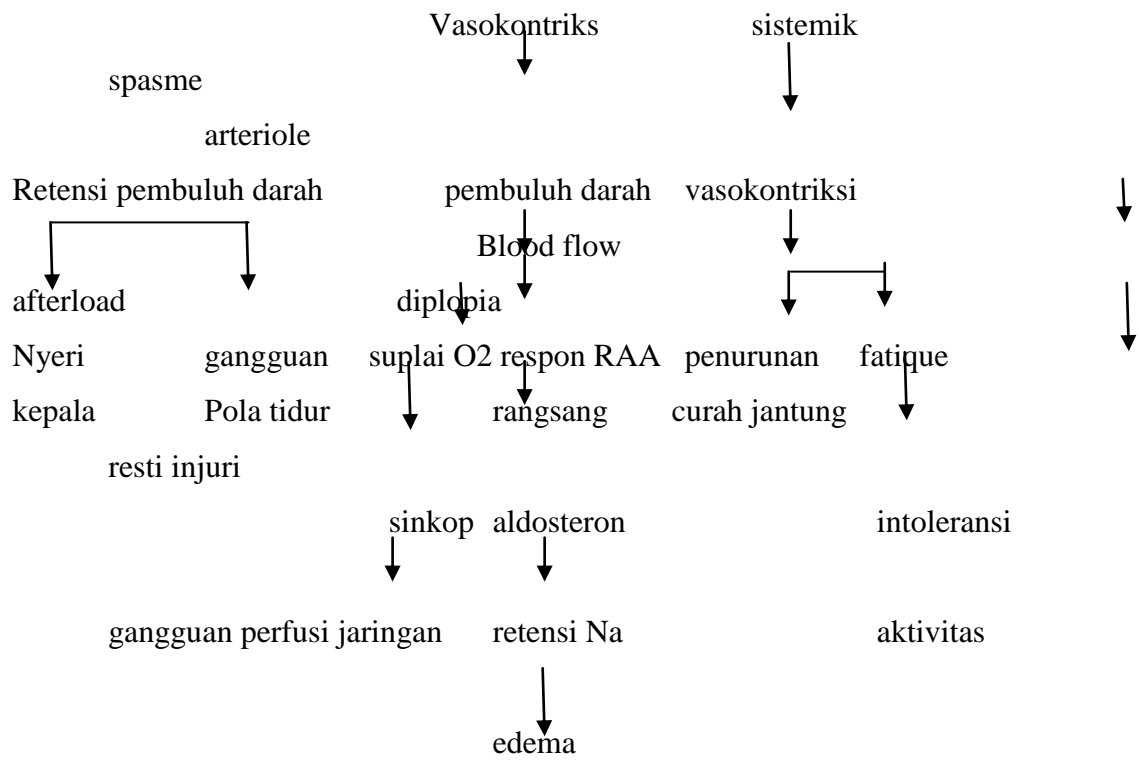
Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla diotak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di

toraks 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 norepineprin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitiv terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi (smelzert,2001).

Pada saat bersamaan sistem saraf simpatis merangsang resvon emosi yang menyebbkanvasokontriski. Vasokonstriksi dapat menyebabkan terjadinya pelepasan renin, dan renin berubah menjadi angiotensin yang pada gilirannya merangsang aldosteron oleh konstriksi adrenal (smelzert, 2001).

Sebagaimana pertimbangan terjadinya perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan ini meliputi hialngnya elastisistas jaringan dan dapat menurunkan kemampuan daya regangpembuluh darah.(Smeltzer, 2001).





(kasron, 2019)

2.1.6 Tanda Dan Gejala

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi :

1. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang khas menunjukkan hipertensi.

2 Gejala yang lazim

Disebut gejala yang lazim pada hipertensi seperti kepala terasa nyeri dan mudah mengalami kelelahan.

Menurut Rokhaeni (2001), menurutnya gejala yang muncul pada penderita hipertensi seperti : kepalaterasa sakit, kaku kuduk, mudah lelah, gelisah, dan juga dapat mengakibatkan terjadinya penurunan kesadaran.

Manifestasi klinis pada klien dengan hipertensi adalah :

- a. Peningkatan tekanan darah $> 140/90$ mmHg 2.
- b. Sakit kepala
- c. Pusing / migraine
- d. Rasa berat ditengkuk
- e. Penyempitan pembuluh darah
- f. Sukar tidur
- g. Lemah dan lelah
- h. Nokturia
- i. Azotemia
- j. Sulit bernafas saat beraktivitas

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan dua cara yaitu :

1) Pemeriksaan yang segera seperti :

- a. Darah rutin (Hematokrit/Hemoglobin): untuk mengindikasikan terjadinya: hipokoagulabilitas, anemia.

- b. Blood Unit Nitrogen/kreatinin: untuk mengetahui faal ginjal.
- c Glukosa: penyebab terjadinya diabetes militus yang umum terjadi.
- d. Kalium serum: mengindikasikan adanya aldosteron.
- e. Kalsium serum : untuk melihat kadar kalsium.
- f. Kolesterol dan trigliserid serum : untuk melihat adanya plak ateromatosa (efek kardiovaskuler)
- g. Pemeriksaan tiroid : Hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi
- h. Kadar aldosteron urin/serum : untuk mengkaji aldosteronisme primer (penyebab)
- i. Urinalisa: Darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.
- j. Asam urat : Hiperurisemia telah menjadi implikasi faktor resiko hipertensi
- k. Steroid urin : Kenaiakan dapat mengindikasikan hiperadrenalisme
- l. EKG: 12 Lead, melihat tanda iskemi, untuk melihat adanya hipertrofi ventrikel kiri ataupun gangguan koroner dengan menunjukkan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.
- m. Foto dada: untuk melihat apakah ada pembengkakan pada jantung dan paru.

2) Pemeriksaan lanjutan (tergantung dari keadaan klinis dan hasil pemeriksaan yang pertama) :

- a. *IVP* :Dapat mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti penyakit parenkim ginjal, batu ginjal / ureter.
- b. CT Scan: Mengkaji adanya tumor cerebral, encelopati.
- c. *IUP*: mengidentifikasikan penyebab hipertensi seperti: Batu ginjal, perbaikan ginjal.
- d. (USG) untuk melihat struktur ginjal dilaksanakan sesuai kondisi klinis pasien.

2.1.8 Komplikasi

Efek pada organ :

1. Otak
 - a) Pemekaran pembuluh darah
 - b) Perdarahan
 - c) Kematian sel otak : stroke
2. Ginjal
 - a) Malam banyak kencing
 - b) Kerusakan sel ginjal
 - c) Gagal ginjal
3. Jantung
 - a) Membesar
 - b) Sesak nafas (dyspnoe)
 - c) Cepat lelah

2.1.9 Penatalaksanaan

1. Terapi farmakologis.
 - a. Captopril
 - b. Amlodipine
 - c. Nicardipine
 - d. nifedipine
2. Terapi non farmakologis.

penatalaksanaan non farmakologis untuk penderita hipertensi meliputi :

 - a. Tehnik Biofeedback
Penerapan caraini untuk mengatasi gangguan samtomatik seperti nyeri kepaladan migren.
 - b. Tehnik relaksasi nafas dalam
Cara iniagar dapat membuat pasien merasa rilexs dan dapat juga untuk menurunkan tekanan darah serta dapat mengurangi rasa nyeri.

- c. Pemberian penkes kepada pasien dengan cara menjelaskan dan mengajarkan bagaimana teknik relaksasi nafas dalam serta manfaat dan tujuannya untuk dapat menurunkan tekanan darah dan mengurangi rasa nyeri tanpa harus menggunakan terapi obat farmakologi. pemberian terapi ini dilakukan sebanyak 23 kali dalam sehari selama 3 hari.

2.1.10 Pengkajian Keperawatan

a. Aktivitas / istirahat

Gejala :

- Kelemahan
- Letih
- Napas pendek
- Gaya hidup monoton

Tanda :

- Frekuensi jantung meningkat
- Perubahan irama jantung
- Takipnea

b. Sirkulasi

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

Tanda :

- Kenaikan TD
- Nadi : denyutan jelas
- Frekuensi / irama : takikardia, berbagai disritmia
- Bunyi jantung : murmur
- Distensi vena jugularis
- Ekstermitas

Perubahan warna kulit, suhu dingin (vasokonstriksi perifer), pengisian kapiler mungkin lambat

c. Integritas Ego

Gejala: Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi, euphoria, marah, faktor stress multiple (hubungan, keuangan, pekerjaan)

Tanda :

- Letupan suasana hati
- Gelisah
- Penyempitan kontinue perhatian
- Tangisan yang meledak
- otot muka tegang (khususnya sekitar mata)
- Peningkatan pola bicara

d. Eliminasi

Gejala : Gangguan ginjal saat ini atau yang lalu (infeksi, obstruksi, riwayat penyakit ginjal)

e. Makanan / Cairan

Gejala :

- Makanan yang disukai yang dapat mencakup makanan tinggi garam, lemak dan kolesterol
- Mual
- Muntah
- Riwayat penggunaan diuretik

Tanda :

- BB normal atau obesitas
- Edema
- Kongesti vena
- Peningkatan JVP
- glikosuria

f. Neurosensori

Gejala :

- Keluhan pusing / pening, sakit kepala
- Episode kebas
- Kelemahan pada satu sisi tubuh
- Gangguan penglihatan (penglihatan kabur, diplopia)

- Episode epistaksis

Tanda :

- Perubahan orientasi, pola nafas, isi bicara, afek, proses pikir atau memori (ingatan)
- Respon motorik : penurunan kekuatan genggam
- Perubahan retinal optik

g. Nyeri/ketidaknyamanan

Gejala :

- nyeri hilang timbul pada tungkai
- sakit kepala oksipital berat
- nyeri abdomen

h. Pernapasan

Gejala :

- Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas
- Takipnea
- Ortopnea
- Dispnea nocturnal proksimal
- Batuk dengan atau tanpa sputum
- Riwayat merokok

Tanda :

- Distress respirasi/ penggunaan otot aksesoris pernapasan
- Bunyi napas tambahan (krekles, mengi)
- Sianosis

i. Keamanan

Gejala : Gangguan koordinasi, cara jalan

Tanda : Episode parestesia unilateral transien

j. Pembelajaran / Penyuluhan

Gejala :

- Factor resiko keluarga ; hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung, DM , penyakit serebrovaskuler, ginjal
- Faktor resiko etnik, penggunaan pil KB atau hormon lain

- Penggunaan obat / alcohol

2.1.11 Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul

1. Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, hipertrofi/rigiditas ventrikuler, iskemia miokard
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.
3. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral
4. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit
5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan psikologis (nyeri,kecemasan)
6. Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penyumbatan aliran darah
7. Resiko tinggi injuri berhubungan dengan penekanan sensorik patologi intracranial dan ketidak sadaran.

2.1.12 Intervensi

RENCANA KEPERAWATAN			
NO DX	DIANGOSA KEPERAWATAN DAN KOLABORASI	TUJUAN (NOC)	INTERVENSI (NIC)
1	Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantungberhubungan denganpeningkatan afterload, vasokonstriksi, hipertrofi/rigiditas ventrikuler, iskemia miokard	<p>NOC :</p> <p>Cardiac Pump effectiveness</p> <p>Circulation Status</p> <p>Vital Sign Status</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda Vital dalam rentang normal (Tekanan darah, Nadi, respirasi) - Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan - Tidak ada edema paru, perifer, dan tidak ada asites - Tidak ada penurunan kesadaran 	<p>NIC :</p> <p>Cardiac Care</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas,lokasi, durasi) - Catat adanya disritmia jantung - Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac putput - Monitor status kardiovaskuler - Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung - Monitor abdomen sebagai indicator penurunan perfusi - Monitor balance cairan - Monitor adanya perubahan tekanan darah - Monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia - Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari

			<p>kelelahan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor toleransi aktivitas pasien - Monitor adanya dispneu, fatigue, ortopneu dan ortopneu - Anjurkan untuk menurunkan stress <p>Vital Sign Monitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor TD, nadi, suhu, dan RR - Catat adanya fluktuasi tekanan darah - Monitor VS saat pasien berbaring, duduk, atau berdiri - Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan - Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas - Monitor kualitas dari nadi - Monitor adanya pulsus paradoksus - Monitor adanya pulsus alterans - Monitor jumlah dan irama jantung - Monitor bunyi jantung - Monitor frekuensi dan irama pernapasan
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Monitor suara paru - Monitor pola pernapasan abnormal - Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit - Monitor sianosis perifer - Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik) - Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign
2	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.	<p>NOC :</p> <p>Energy conservation</p> <p>Self Care : ADLs</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR - Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri 	<p>NIC :</p> <p>Energy Management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas - Dorong anal untuk mengungkapkan perasaan terhadap keterbatasan - Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan - Monitor nutrisi dan sumber energi tangadekuat - Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan - Monitor respon kardivaskuler terhadap aktivitas

			<p>Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien</p> <p>Activity Therapy</p> <p>Kolaborasikan dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalam merencanakan program terapi yang tepat.</p> <p>Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan</p> <p>Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social</p> <p>Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan</p> <p>Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek</p> <p>Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai</p> <p>Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang</p> <p>Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas</p> <p>Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas</p>
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan - Monitor respon fisik, emoi, social dan spiritual
3	Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral	<p>NOC :</p> <p>Pain Level, Pain control, Comfort level</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) - Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri - Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) - Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang - Tanda vital dalam 	<p>NIC :</p> <p>Pain Management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi - Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan - Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien - Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri - Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau - Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau - Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan - Kontrol lingkungan yang

		rentang normal	<p>dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kurangi faktor presipitasi nyeri - Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal) - Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi - Ajarkan tentang teknik non farmakologi - Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri - Evaluasi keefektifan kontrol nyeri - Tingkatkan istirahat - Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil - Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri <p>Analgesic Administration</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat - Cek instruksi dokter tentang
--	--	----------------	---

			<p>jenis obat, dosis, dan frekuensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cek riwayat alergi <ul style="list-style-type: none"> - Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu - Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri - Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal - Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur - Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali <ul style="list-style-type: none"> - Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat - Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)
4	Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses	NOC : Kowlwdge : disease process Knowledge : health	§ NIC : Teaching : disease Process <ul style="list-style-type: none"> - Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien

	<p>penyakit</p>	<p>Behavior</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga menyatakan - pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan - Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar - Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya. 	<p>tentang proses penyakit yang spesifik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. - Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat - Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat - Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat - Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat - Hindari harapan yang kosong - Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat - Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit
--	-----------------	--	---

			<ul style="list-style-type: none">- Diskusikan pilihan terapi atau penanganan- Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan- Eksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan, dengan cara yang tepat- Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat- Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat
--	--	--	--

5	Gangguan pola tidur berhubungan dengan psikologis (nyeri,kecemasan)	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anxiety control - Pain level <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jumlah jam tidur dalam batas normal - Perasaan puas setelah tidur - Kualaitas pola tidur dalam batas normal - Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur 	<p>NIC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat - Fasillitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca doa) - Ciptakan lingkungan yang nyaman
6	Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penyumbatan aliran darah	<p>NOC :</p> <p>circulation status tissue perfusion ; cerebral</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendemostrasikan status sirkulasi - Mendemonstrasikan 	<p>NIC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan informasi kepada keluarga - Monitor tekanan perfusi serebral - Catat respon pasien terhadap stimuli - Kolaborasikan pemberian

		<p>kemampuan kognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan fungsi sensori motorik cranial yang utuh 	<p>antibiotic</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posisikan pasien pada posisi semopowler
7	<p>Resiko tinggi injuri berhubungan dengan penekanan sensorik patologi intracranial dan ketidak sadaran</p>	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risk control <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien bebas dari cedera - Klien mampu menjelaskan factor resiko injury - Mampu menjelaskan metode mencegah injury 	<p>NIC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang aman - Identifikasi kebutuhan keamanan pasien - Menghindarkan lingkungan yang berbahaya - Menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih - Membatasi pengunjung - Menganjurkan keluarga untuk menemani pasien

BAB III
ASUHAN KEPERAWATAN KASUS

3.1 PENGKAJIAN

1. Identitas Klien

Nama : Ny. J
Tempat/tgl lahir : Bangko, 29 April 1961
Umur : 58 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Status perkawinan : Sudah Menikah
Agama : Islam
Suku : Melayu
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Swasta
Alamat : Bangko Kab Merangin
Tanggal Masuk : 18 Oktober 2018
Sumber Informasi : Pasien Sendiri dan keluarga
Keluarga terdekat yang dapat dihubungi (Orang tua/wali, DLL)
Nama : Tn. D
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Swasta
Alamat : Bangko Kab Merangin
Diagnosa Medis : Hipertensi
Tanggal Pengkajian : 18 Oktober 2018

2. Status Kesehatan Saat Ini

1. Alasan kunjungan/keluhan utama

Pasien masuk ke IGD diantar oleh keluarga, dengan keluhan kepalanya terasa sakit dan kaku kuduk seperti di timpa beban berat disertai dada yang berdebar-debar, nyeri dirasakan \pm 6 menit, skala nyeri 8, nyeri berkurang setelah diberikan pertolongan dari rumah

sakit, klien tampak meringgis, Pasien tampak memengangi kepalanya, Pasien tampak cemas dengan sakitnya, Pasien tampak bertanya-tanya tentang sakitnya, Pasien mengatakan tidurnya terganggu, tidur Pasien tampak terganggu.

2. Keluhan Yang Dirasakan Saat Ini

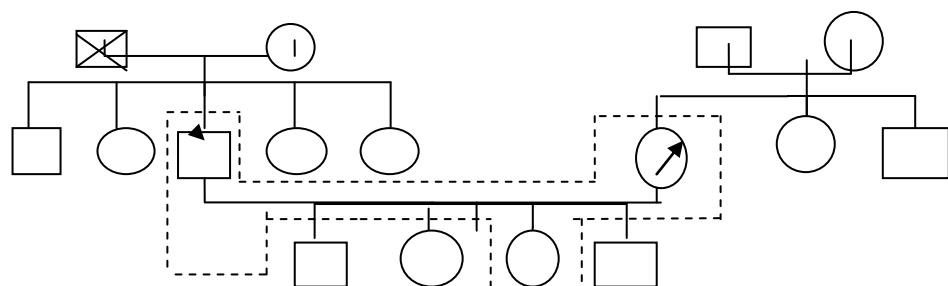
Pasien mengatakan kepalanya terasa sakit dan kaku kuduk seperti di timpa beban berat disertai dada yang berdebar-debar, nyeri dirasakan ± 6 menit, skala nyeri 8. Pasien tampak meringgis, Pasien tampak memengangi kepalanya, Pasien tampak cemas dengan sakitnya, pasien tampak bertanya-tanya dengan sakitnya, klien mengatakan tidurnya terganggu, tidur Pasien tampak terganggu.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan mempunyai riwayat sakit darah tinggi sejak mengandung anak yang bungsu beberapa tahun yang lalu.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

GENOGRAM



Keterangan :

- : laki-laki
- : perempuan
- ↗ : pasien
- X : meninggal
- : serumah

<p>1.POLA NUTRISI DAN CAIRAN</p>	<p>❖ DIRUMAH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi makan : 1-2 porsi/hari • Intake cairan : 8 gelas/hari • Diet: Tidak ada • Makanan dan minuman yang disukai : Kien mengatakan menyukai semua jenis makan • Makanan dan minuman yang tidak disukai : Tidak Ada • Makanan pantangan ; tidak ada ✓ Nafsu makan: Normal ✓ Perubahan BB 3 bulan terakhir ✓ Tidak ada Keluhan yang dirasakan/kelainan : Tidak ada 	<p>❖ DIRUMAH SAKIT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi makan : 1-2 porsi/hari • Intake cairan :5 – 6 gelas /hari, terpasang IVFD RL 20 tetes/menit • Diet : RG (rendah garam) • Makanan dan minuman yang disukai: Klien mengatakan menyukai semua jenis makanan • Makanan dan minuman yang tidak disukai: Tidak Ada • Makanan pantangan: Tidak Ada ✓ Nafsu makan: Normal ✓ Perubahan BB 3 bulan terakhir
----------------------------------	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tidak ada Keluhan yang dirasakan/kelainan : Tidak ada
2. POLA ELIMINASI	<ul style="list-style-type: none"> ❖ DIRUMAH a. BAB <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi: 2 x sehari • Waktu : Pagi dan sore • Warna : Kuning • Konsistensi: Lunak b. BAK <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi: 3 x sehari • Waktu : pagi, siang dan malam • Warna :Bening kekuningan 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ DIRUMAH SAKIT a. BAB <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi : 2x sehari • Waktu: Pagi dan sore • Warna: Kuning • Konsistensi: Lunak b. BAK <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi : 3x sehari • Waktu: Pagi,siang, dan malam • Warna:bening kekuningan • Jumlah:
1. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT	<ul style="list-style-type: none"> ❖ DI RUMAH <ul style="list-style-type: none"> • Waktu tidur (jam): 8 jam 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ DI RUMAH SAKIT <ul style="list-style-type: none"> • Waktu tidur (jam): 4-5 jam

	<ul style="list-style-type: none"> • Lama / hari: Sehari • Kebiasaan pengantar tidur : Berdoa • Kesulitan dalam hal tidur: Tidak ada • Menjelang tidur : Tidak ada ✓ Sering/ terbangun : Tidak ada ✓ Merasa tidak puas setelah bangun tidur : Puas 	<ul style="list-style-type: none"> • Lama / hari: Tidak menentu • Kebiasaan pengantar tidur: Berdoa • Kesulitan dalam hal tidur: ✓ Sering/ terbangun : iya ✓ Merasa tidak puas setelah bangun tidur : iya
--	--	--

5. Pola Latihan Dan Aktivitas

- a. Kegiatan dalam pekerjaan : Tidak Ada
- b. Olahraga
- Jenis : Tidak Ada
 - Frekuensi :-
- c. Kegiatan diwaktu luang : Berjualan makanan
- d. Kesulitan / keluhan dalam hal
- Pergerakan tubuh : Sedikit Lambat
 - Mandi : Mandiri
 - Mengenakan pakaian : Mandiri
 - Bersolek : Tidak Ada
 - Berhajat : Mandiri

6. Data Lingkungan

Kebersihan : Lingkungan tempat tinggalnya bersih
Bahaya : Tidak ada bahaya
Polusi : Tidak ada polusi

7. Data Psikososial

1. Pola Pikir dan Persepsi

a. Alat bantuan yang digunakan

- Kacamata : Tidak Ada
- Alat bantu pendengaran : Tidak Ada

b. Kesulitan yang dialami

- Sering pusing : Sering
- Menurunnya sensitifitas terhadap sakit : Nyeri
- Menurunnya sensitifitas terhadap panas / dingin : Tidak

2. Persepsi Diri

- Hal yang dipikirkan saat ini : Pasien mengatakan saat ini ingin cepat sembuh dan segera pulang kerumah
- Harapan setelah menjalani perawatan : Pasien ingin sembuh total dan dapat beraktivitas seperti biasanya
- Kesan terhadap perawat : Pasien percaya kepada perawat tentang kesembuhannya

3. Suasana hati

Pasien mengatakan cemas dengan kondisi sakitnya.

Rentang perhatian : Pasien cukup perhatian terhadap kondisi kesehatannya saat ini.

4. Hubungan / komunikasi

- a. Bicara : Jelas
- Bahasa : Daerah

- b. Tempat tinggal : Pasien tinggal di rumah sendiri bersama suami dan anaknya
 - c. Kehidupan dalam keluarga
 - Adat istiadat yang dianut : Mengikuti daerah tempat dia tinggal
 - Pembuatan keputusan dalam keluarga : Dilakukan dengan cara bermusyawarah
 - Pola komunikasi : Komunikasi terbuka
 - Keuangan : Di pegang oleh istri
 - d. Kesulitan dalam keluarga
 - Hubungan orang tua : baik
 - Hubungan sanak keluarga : baik
 - Hubungan perkawinan : baik
5. Sistem Nilai Kepercayaan
- a. Siapa atau apa sumber kekuatan : Keluarga dan Yang Maha Kuasa

3.2 PEMERIKSAAN FISIK

A. Pengkajian Fisik Umum

- a. Tingkat Kesadaran : Composmentis GCS; 15 E; 4, M; 6, V; 5
- b. Keadaan Umum : Lemah
- c. Tanda – Tanda Vital : TD : 170/120 mmHg
N: 83 x/menit S: 37,5 °C
RR: 21x/menit
- d. BB atau TB : BB :60 Kg
TB : 150 CM

B. Pemeriksaan Head To Toe

- Kepala: Bentuk bulat, rambut hitam ubanan, kulit kepala bersih, rambut tebal dan merata.
- Mata : Mata kanan dan kiri tampak simetris, reaksi terhadap cahaya baik, visus 6 ml, ukuran pupil 3 ml m, conjunctiva merah muda, sclera putih, fungsi penglihatan normal, operasi tidak pernah, alat bantuan yang digunakan tidak ada, kelainan yang ditemui tidak ada
- Hidung : Reaksi alergi tidak ada, reaksi terhadap alergi tidak ada, sinus tidak ada, tidak ada pembengkakan, tidak ada perdarahan. Pasien terpasang O2 dan pemberian 3 liter, menggunakan nasalkanul.
- Mulut/ tenggorokan : Gigi geligi tidak ada, bibir lembab dan berwarna merah muda, mukosa mulut lembab, tidak ada stomatitis, tonsil ada, palatum ada, kesulitan / gangguan bersuara tidak ada, kesulitan menelan tidak ada.
- Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar getih bening
- Dada / pernafasan
 - Inspeksi : Bentuk dada norrmocest, Frekuensi 21 x/menit, terpasang O2 dan pemberian 3 liter, menggunakan nasalkanul.
 - Palpasi : Traktil fremitus ada
 - Perkusi : Lapang paru sonor
 - Auskultasi : Irama teratur, napas vesikuler, tidak ada suara tambahan
- Abdomen
 - Inspeksi : Bentuk perut datar, tidak ada bekas operasi, tidak ada benjolan, warna kulit sawo matang
 - Auskultasi : Bising usus 12x/menit

- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
- Perkusi : Timpany
- Genitourinaria : pasien tidak terpasang kateter dan bersih.
- Ekstremitas : Ekstremitas atas kiri dan kanan tampak simetris, ekstremitas atas dextra terpasang infuse RL 20 tetes/menit dan ekstremitas bagian bawah kiri dan kanan tampak simetris tidak ada masalah.
- Kekuatan otot : $\frac{555}{555} \mid \frac{555}{555}$
- Kulit : Warna sawo matang, turgor kulit baik kembali \leq dalam 2 detik, temperatur normal

HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Data Laboratorium ; 18 oktober 2018

No	Sakit	Normal	Keterangan
1	Hemoglobin : 11 gr/dL	Hemoglobin : 12,8 gr/Dl	Normal
2	Leukosit : 9000 sel/mm ³	Leukosit : 5000-10000 sel/mm ³	Normal
3	Led 1 jam : 10 mm/jam	Led 1 jam : 0-10/0-15 mm / jam	Normal
4	Hemotokrit : 36 %	Hemotokrit : 36-47 %	Normal
5	Trombosit : 150.000	Trombosit:150.000-400.000 sel/mm ³	Normal
6	GDS : 130 mg/dL	GDS : 70-130 mg/dL	Normal
7	Ureum : 19 mg/dL	Ureum : 8-20 mg/dL	Normal
8	Kreatinin : 0,6 mg/dL	Kreatinin :0,6-1,1 mg/dL	Normal

9	SGOT : 32 U/L	SGOT : <32/ <38 U/L	Normal
10	SGPT : 34 U/L	SGPT : < 31/ < 41 U/L	Normal

2. Pengobatan

Jenis-jenis obat	Dosis pemberian obat	Fungsi obat	Efek Samping
Infus IVFD RL	20 tetes x /menit	Sebagai sumber elektrolit dan air untuk hidrasi.	<ul style="list-style-type: none"> • Nyeri dada. • Detak jantung tidak normal. • Turunnya tekanan darah. • Kesulitan bernapas. • Batuk. • Bersin-bersin. • Ruam kulit. • Gatal pada kulit. • Sakit kepala
Amlodipine	4 Mg 1x1 mg	Untuk menurunkan tekanan darah	<ul style="list-style-type: none"> • Pusing atau limbung, terutama saat berdiri. • Batuk kering
dexketopropen	1 ampl 25 mg 1x1	Untuk mengurangi rasa nyeri	<ul style="list-style-type: none"> • Pusing • Mengantuk • Mual

			<ul style="list-style-type: none"> • Nyeri ulu hati • muntah
candesartan	8 mg 1x1	Untuk menurunkan tekanan darah	<ul style="list-style-type: none"> • Bengkak pada kedua tungkai • Pusing • Lemas • Sakit magh • Diare • Mual • Nyeri sendi • Sakit punggung

DATA FOKUS

DS ;

- Pasien mengatakan kepalanya terasa sakit
- Pasien mengatakan kaku kuduk.
- Pasien mengatakan nyerinya seperti ditimpa beban berat.
- Pasien mengatakan nyeri dirasakan \pm 6 menit
- Pasien mengatakan tidurnya terganggu karena nyeri
- Pasien mengatakan tidak puas dengan tidurnya
- Pasien mengatakan cemas dengan kondisi sakitnya

DO;

- Pasien tampak meringgis
- Pasien tampak memengangi kepalanya
- skala nyeri 8
- TD : 170/120 mmHg
- N : 83 x/menit

- RR : 21 x/menit
- S :37, 5 C
- Tidur Pasien tampak terganggu
- Pasien tampak tidak puas dengan tidurnya
- Pasien tampak cemas
- Pasien tampak bertanya-tanya tentang sakitnya
- Pasien terpasang O2 3 liter

ANALISA DATA

No	Data	Masalah	Etiologi
1	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kepalanya terasa sakit - Pasien mengatakan kaku kuduk. - Pasien mengatakan nyerinya seperti ditimpa beban berat. - Pasien mengatakan nyeri dirasakan \pm 6 menit <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringgis - Pasien tampak 	Nyeri akut	peningkatan tekanan vaskuler serebral

	<p>memengangi kepalanya</p> <ul style="list-style-type: none"> - skala nyeri 8 - TD : 170/120 mmHg - N : 83 x/menit - RR : 21 x/menit - S :37,5 C 		
2	<p>DS;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidurnya terganggu karena nyeri - Pasien mengatakan tidak puas dengan tidurnya <p>DO;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidur Pasien tampak terganggu - Pasien tampak tidak puas dengan tidurnya 	Gangguan pola tidur	psikologis (nyeri,kecemasan)
3	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan cemas dengan kondisi sakitnya <p>Do :</p>	Kurang pengetahuan	kurangnya informasi tentang proses penyakit

	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak cemas - Pasien tampak bertanya-tanya tentang sakitnya - TD : 170/120 mmHg - N : 83 x/menit 		
--	---	--	--

3.3 Diagnosa keperawatan :

1. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan psikologis (nyeri,kecemasan)
3. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit

Rencana asuhan keperawatan

Pasien ; Ny.J

Ruangan ; Dahlia

No	Diagnosa	tujuan / Kriteria hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
	Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral	<p>setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x12 jam di harapkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 5. Tanda vital dalam rentang normal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan presipitasi 2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidakefektifan kontrol nyeri 3. Menggunakan teknik relaksasi nafas dalam 4. Mengkaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5. Mengevaluasi pengalaman nyeri masa lampau 6. Mengevaluasi bersama pasien dan tim tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau 7. Membantu pasien dan keluarga untuk mencari dukungan 8. Mengontrol lingkungan yang dapat memengaruhi nyeri (suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan) 9. Mengurangi faktor presipitasi nyeri 10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi dan inter personal) 11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan tindakan 12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi 13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri 14. Mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri 15. Meningkatkan istirahat 16. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan yang tidak berhasil
2	Gangguan pola tidur berhubungan dengan psikologis (nyeri,kecemasan)	<p>setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x12 jam di harapkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah jam tidur dalam 	<ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat - Memfasilitasi untuk mempertahankan pola tidur (membaca doa) - Menciptakan lingkungan yang nyaman

		<p>batas normal</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Perasaan puas setelah tidur 3. Kualitas pola tidur dalam batas normal 4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur 	
3	Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x12 jam diharapkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan penilaian tentang tingkat penalaran proses penyakit yang spesifik 2. Menjelaskan patofisiologi dari penyakit berhubungan dengan anatomi dan fisiologi yang tepat. 3. Mengambarkan tanda dan gejala yang berhubungan dengan penyakit, dengan cara yang tepat 4. Mengambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat 5. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat 6. Memberikan informasi pada pasien tentang penyakit yang tepat 7. Menghindari harapan yang kosong 8. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang 9. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan yang tepat 10. Dukung pasien untuk mengeksplorasi pilihan second opinion dengan cara yang tepat atau cara lain 11. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala yang harus dilaporkan pada pemberi perawatan kesehatan yang tepat

BAB IV

PEMBAHASAN

4.4 Analisis masalah keperawatan dengan konsep terkait KKMP dan Konsep kasus terkait

Asuhan keperawatan pada Ny.J dengan diagnosa Hipertesi, dilakukan sejak tanggal 18-20 Oktober 2018. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 18 oktober 2018, pada saat pengkajian pada tanggal 18 oktober 2018 keluhan utama pasien mengatakan kepalanya terasa sakit, kaku pada kuduk seperti ditimpa beban berat dan disertai dada yang berdebar-debar. Masalah keperawatan yang pertama adalah Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral. Dari hasil pengkajian pasien mengatakan kepalanya terasa sakit dan kaku kuduk seperti di tipa beban berat disertai dada yang berdebar-debar, nyeri dirasakan \pm 6 menit, skala nyeri 8. Sehubungan dengan masalah keperawatan Nyeri akut penulis tertarik melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan menghirup udara dari hidung dan dikeluarkan melalui mulut untuk mengurangi rasa nyeri dan menurunkan tekanan darah menurut jurnal (Rini Tri Hastuti, 2016).

Penyakit hipertensi merupakan gejala peningkatan tekanan darah yang kemudian berpengaruh pada organ yang lain, seperti stroke untuk otak atau penyakit jantung koroner untuk pembuluh darah untuk pembuluh darah jantung dan otot jantung. Penyakit ini menjadi salah satu masalah utama dalam ranah kesehatan masyarakat di Indonesia maupun di dunia (Ardiansyah, 2012).

Masalah keperawatan kedua yaitu Gangguan pola tidur berhubungan dengan psikologis (nyeri,kecemasan) pasien mengatakan tidurnya terganggu karena nyeri, teknik relaksasi nafas dalam dapat mengurangi rasa nyeri dan dapat membuat pasien sedikit rileks. Masalah keperawatan ketiga yaitu :Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit pasien mengatakan cemas dengan kondisi sakitnya.

Dari hasil penelitian Menurut penelitian yang dilakukan oleh Rini Tri Hastuti (2016) penurunan tekanan darah dengan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam (*Deef Breathing*) pada pasien hipertensi di Puskesmas Bendosari Kabupaten Sukoharjo, hipertensi sisering kali disebut sebagai pembunuh gelap (*Silent Killer*), karena termasuk penyakit yang mematikan tanpa disertai dengan gejala-gejalanya lebih

dahulu sebagai peringatan bagi peneitanya (Wolf, 2016). Dari hasil penelitian ini dengan melakukan penatalaksanaan nonfarmakologi salah satu tindakan yang dapat diberikan untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi adalah teknik relaksasi nafas dalam, dimana terapi relaksa siini dapat dilakukan secaraman diri, relative mudah dilakukan dan tidak membutuhkan waktu lama dan dapat juga mengurangi dampak buruk dari terapi farmakologis bagi penderita hipertensi. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer dan Bare, 2002).

Menurut National Safety Council (2004), bahwa teknik relaksasi nafas dalam saat ini masih menjadi metode relaksasi yang termudah. Metode ini mudah dilakukan karena pernafasan itu sendiri merupakan tindakan yang dapat dilakukan secara normal tanpa perlu berfikir atau merasa ragu. Sementara Smeltzer dan Bare (2002) menyatakan bahwa tujuan dari teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan. Sedangkan manfaat yang dapat dirasakan oleh klien setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam adalah dapat menghilangkan nyeri, ketenteraman hati, dan berkurangnya rasa cemas.

4.5 Analisis Intervensi inovasi dengan konsep dan penelitian terkait

Tingginya penderita hipertensi di provinsi jambi khususnya di rumahsakit H. Hanafie muara bungo. Insiden hipertensi makin meningkat dengan meningkatnya usia, Dalam beberapa decade terakhir, risiko tekanan darah tinggi telah meningkat karena penurunan gaya hidup sehat. Manajemen nyeri merupakan salah satu cara yang digunakan dibidang kesehatan sebagai salah satu mengurangi nyeri seperti yang telah di terapkan oleh mahasiswa dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan tekanan darah dan mengurangi rasa nyeri menurut jurnal (Rini Tri Hastuti, 2016). Jika penatalaksanaan nonfarmakologi tidak berhasil maka dilanjutkan denngan terapi farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dan

menurunkan tekanan darah. Setelah dilakukan penelitian selama 3 hari bahwa teknik relaksasi nafas dalam dapat mengurangi rasa nyeri dan menurunkan tekanan darah pada pasien.

4.6 Alternatif pemecahan masalah yang dilakukan

Kolaborasi antara pasien dengan tenaga kesehatan khususnya perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan akan meminimalkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan Hipertensi. Sosialisasi oleh perawat tentang terapi nonfarmakologi dengan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam untuk menurunkan tekanan darah dan dapat mengurangi rasa nyeri sangat diperlukan karena berhubungan dengan kenyamanan pasien, sehingga dapat diterapkan oleh perawat secara langsung kepada pasien untuk meningkatkan asuhan keperawatan yang lebih efektif dan efisien.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melakukan Pengkajian, Pemeriksaan fisik, Penentuan diagnosa, Perencanaan, Implementasi, Evaluasi dan Dokumentasi tentang Asuhan Keperawatan hipertensi pada Ny. J dengan tehnik relaksasi nafas dalam diruang Dahlia RSUD H. Hanafie Muara Bungo, maka penulis menarik kesimpulan dan memberikan saran sebagai berikut :

5.1 Kesimpulan

1. Pada hasil pengkajian pada Ny.J dengan hipertensi sama dengan yang terdapat dikonsep teori. Hasil pengakajiannya yaitu : pasien masuk IGD diantar oleh keluarga dengan keluhan kepala terasa sakit, kaku pada kuduk seperti di timpa beban berat di sertai dada yang berdebar-debar, TD: 170/120 mmHg, N: 83 x/menit, S: 37,5 C, R: 21 x/menit.
2. Dalam menegakkan diagnosa didasarkan pada masalah yang muncul pada kasus, 3 diagnosa yang muncul yaitu :
 - Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.
 - Gangguan pola tidur berhubungan dengan psikologis (nyeri,kecemasan).
 - Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit.

Diagnosa yang diprioritaskan pada Ny. J dengan hipertensi yaitu:

- Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.
17. Rencana Asuhan Keperawatan yang dilakukan pada Ny. J dengan kasus Hipertensi dengan tehknik relaksasi nafas dalam berdasarkan diagnosa utama yaitu :
 - a) Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktorpresipitasi.
 - b) Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan.
 - c) Menggunakan teknik relaksasi nafas dalam seperti menganjurkan pasien untuk menarik nafas melalui hidung dan mengeluarkannya lewat mulutdan di lakukan berulang hingga mengurangi rasa nyeri.
 - d) Mengkaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri.

- e) Mengevaluasi pengalaman nyeri masa lampau.
- f) Mengevaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidak efektifan control nyeri masa lampau.
- g) Membantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.

18. Dalam melakukan Implementasi yang dilakukan pada Ny. J dengan kasus Hipertensi tidak ditemukan kesulitan, implementasi utama yaitu Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. Menggunakan teknik relaksasi nafas dalam seperti : menganjurkan pasien untuk menarik nafas melalui hidung dan mengeluarkannya lewat mulut dan di lakukan berulang hingga mengurangi rasa nyeri.

3. Dalam melakukan Evaluasi yang dilakukan pada Ny. J dengan kasus Hipertensi teratasi pada hari ketiga perawatan. Yang dimana ada 3 evaluasi di setiap diagnosa keperawatan yaitu:
 - a) Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral, berdasarkan evaluasi pada hari ketiga yaitu: pasien mengatakan kepalanya tidak terasa sakit lagi, pasien tampak rileks, TD: 140/90 mmHg, N : 83 x/menit, S: 37,5 C.
 - b) Gangguan pola tidur berhubungan dengan psikologis (nyeri, kecemasan) berdasarkan evaluasi pada hari ketigayaitu: pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan tenang, pasien tampak rileks.
 - c) Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit berdasarkan evaluasi pada harike tiga yaitu: pasien mengatakan sudah mengerti dengan sakitnya, pasien sudah tidak bingung lagi.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi RSUD H. Hanafie Muara Bungo

Diharapkan digunakan sebagai dasar pengembangan manajemen asuhan keperawatan dan membantu pelayanan asuhan keperawatan.

5.2.2 Bagi Pasien

Diharapkan dapat menambah pengetahuan tentang proses Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam.

5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menambah wawasan dan ilmu pengetahuan khususnya dibidang Keperawatan Medikal Bedah .

5.2.4 Bagi penulis.

Diharapkan memberikan pengetahuan dan memperkaya pengetahuan bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada pasien Hipertensi sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Program Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddarth. 2002. *Buku Ajar : Keperawatan Medikal Bedah Vol 2*, Jakarta, EGC, Hamzah, www.wikicek.com : Ensiklopedia Artikel Indonesia, Surabaya
- Doengoes, Marilyn E. 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan pasien*, Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran, EGC,
- Goonasekera CDA, Dillon MJ, 2003. *The child with hypertension. In: Webb NJA, Postlethwaite RJ, editors. Clinical Paediatric Nephrology. 3rd edition*. Oxford: Oxford University Press
- Johnson, M., *et all*. 2000. *Nursing Outcomes Classification (NOC) Second Edition*. New Jersey: Upper Saddle River
- Santosa, Budi. 2007. *Panduan Diagnosa Keperawatan NANDA 2005-2006*. Jakarta: Prima Medika
- Soeparman dkk, 2007 *Ilmu Penyakit Dalam* , Ed 2, Penerbit FKUI, Jakarta
- Smeljer, s.c Bare, B.G ,2002 *Buku ajar Keperawatan Medikal Bedah*,
- Imam, S Dkk.2005. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Buntara Media: malang