**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Kesehatan yang baik atau kesejahteraan merupakan suatu kondisi dimana tidak hanya terbebas dari penyakit. Menurut WHO sehat merupakan suatu keadaan yang lengkap meliputi kesejahteraan fisik, mental dan sosial bukan semata-mata bebas dari penyakit atau kelamahan. UU No.23 (1992) sehat adalah keadaan sejahtera dari badan (jasmani), jiwa (rohani) dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Sakit menurut parkin’s adalah suatu keadaan yang tidak menyenangkan yang menimpa seseorang sehingga menimbulkan gangguan dalam beraktifitas sehari-hari baik aktifitas jasmani, rohani maupun sosial (Darmojo, 2013).

Hipertensi merupakan sebagai peningkatan tekanan darah arterial abnormal yang langsung dan terus menerus. Pada umumnya hipertensi diklasifikasikan menjadi 2 yaitu : Sistolik dikelompokan menjadi 3 yaitu : Hipertensi ringan : 140 - 159 mmHg, hipertensi sedang : 160 - 179 mmHg, hipertensi berat : >180 mmHg. Diastolik di kelompokan menjadi 3 yaitu : Hipertensi ringan 90 - 99, hipertensi sedang : 100 - 109 mmHg, hipertensi berat >110 mmHg. Hipertensi adalah keadaan tekanan darah yang sama atau melebihi 140 mmHg sistolik danatau sama atau melebihi 90 mmHg diastolik pada seseorang yang tidak sedang makan obat antihipertensi (Gunawan, 2010).

Menurut data WHO (*World Health Organization)* tahun 2011 menunjukan satu milyar orang di dunia menderita Hipertensi, 2/3 diantaranya berada di Negara berkembang yang berpenghasilan rendah sampai sedang. Prevalensi hipertensi akan terus meningkat tajam dan diprediksi pada tahun 2025 sebanyak 29% orang dewasa diseluruh dunia terkena hipertensi. Hipertensi telah mengakibatkan kematian sekitar 8 juta orang setiap tahun, dimana 1,5 juta kematian terjadi di Asia Tenggara.

Di Indonesia penyakit Hipertensi disebut dengan *The Silent Killer*. Prevalensi angka kejadian Hipertensi di Indonesia berdasarkan Riskesdas 2015 sebesar 25,8 % tertinggi di Bangka Belitung (30,9%), sedangkan terendah di Papua sebesar (16,8%). Berdasarkan data tersebut dari 25,8% orang yang mengalami hipertensi hanya 1/3 yang terdiagnosis sisanya 2/3 tidak terdiagnosis. Data menunjukan hanya 0,7% orang yng terdiagnosis tekanan darah tinggi mium obat hipertensi (Suparjitno, 2016). Prevalensi hipertensi di Provinsi Sumatera Utara mencapai 6,7% dari jumlah penduduk di Sumatera Utara, berdasarkan data Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan. Ini berarti bahwa jumlah penduduk Sumatera Utara yang menderita hipertensi mencapai 12,42 juta jiwa tersebar dibeberapa Kabupaten (Kemenkes, 2013). Kabupaten Karo slaah satu jumlah penderita hipertensi terbanyak, menyusul Kabupaten Deli Serdang. Tahun 2016 jumlah penderita hipertensi di Kabupaten Karo sebesar 12.608 orang, prevalensi ini lebih tinggi pada jenis kelamin perempuan (52%) lelaki (48%), terbesar pada kelompok usia 55-59 tahun (Simbolon, 2016).

Hipertensi merupakan penyebab kematian utama yang memicu berbagai komplikasi diantaranya stroke, kematian jaringan otot jantung dan kegagalan fungsi ginjal. Faktor pemicu hipertensi dapat dibedakan atas yang tidak dapat terkontrol seperti keturunan, jenis kelamin, dan umur. yang dapat terkontrol seperti kegemukan, kurang olahraga, merokok serta komsumsi alkohol dan garam (Sirgarlaki, 2012). Hipertensi memiliki berbagai faktor resiko yang berkaitan rerat dengan pemicu terjadinya penyakit tersebut. Berbagai faktor resiko hpertensi meliputi gentk, ras,usia, jenis kelmain, merokok, obesitas, seta stress psikologi dan faktor yang menyebabkan kambuhnya hipertensi antara lain pla makan, merokok, dan stress (Yogianto & Marliani, 2009). Faktor resiko hipertensi di Indonesia adalah umur pendidikan rendah, kebiasaan merokok, mengkomsumsi minuman berkafein > 1 kali perhari, konsumsi alcohol, kurang aktivitas fisik, obesitas dan obesitas abdominal (Rahajeng, 2011).

Masyarakat di Indonesia sendiri kesadaran dan pengetahuan tentang penyakit hiertensi masih sangat rendah, sehingga dukungan terhadap anggota keluarga penderita hipertensi juga rendah. Hal ini terbukti masyarakat lebih memilih makanan siap saji yang umumnya rendah serat, tinggi lemak, tinggi gula dan mengandung banyak garam. Pola makan yag kurang sehat ini merupakan pemicu penyakit hipertensi (Kemenkes, 2013).

Berdasarkan hasil survey pendahuluan tentang data penyakit satu tahun terakhir yang diperoleh dari Puskesmas Pembantu Tanjung Gusta terdapat 120 orang mengalami hipertensi. Dilihat dari tingginya angka kejadian Stroke Non Hemoragik di Puskesmas Pembantu Tanjung Gusta maka penulis tertarik untuk mengangkat judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. H dengan Hipertensi Puskesmas Pembantu Tanjung Gusta tahun 2019”.

**1.2. Tujuan**

**1.2.1. Tujuan Umum**

Memberikan Asuhan Keperawatan pada Tn. H dengan Hipertensi Puskesmas Pembantu Tanjung Gusta tahun 2019.

**1.2.2. Tujuan Khusus**

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Tn. H dengan Hipertensi Puskesmas Pembantu Tanjung Gusta tahun 2019.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa Keperawatan pada Tn. H dengan Hipertensi Puskesmas Pembantu Tanjung Gusta tahun 2019.
3. Penulis mampu menyusun intervensi keperawatan pada Tn. H dengan Hipertensi Puskesmas Pembantu Tanjung Gusta tahun 2019.
4. Penulis mampu melaksanakan implementasi keperawatan pada Tn. H dengan Hipertensi Puskesmas Pembantu Tanjung Gusta tahun 2019.
5. Penulis mampu membuat evaluasi keperawatan pada Tn. H dengan Hipertensi Puskesmas Pembantu Tanjung Gusta tahun 2019.

**1.3. Metode Penulisan**

**1.3.1. Studi Kepustakaan**

Metode dalam penulisan yang digunakan dalam membuat Karya Tulis Iliah ini adalah metode deskriptif yaitu suatu metode yang memberikan gambaran tentang penulisan yang dibuat dengan cara mengumpukan data dan menganalisa dan menarik keimpulan dari kasus yang diamati.

**1.3.2. Wawancara**

Penulis melakukan wawancara langsung dengan pasien dan keluarganya untuk mengumpulkan data.

**1.3.3. Observasi**

Penulis melakkan observasi dan pengamatan langsung pada pasien hipertensi.

**1.3.4. Studi Dokumentasi**

Pengumpulan data yang diambil melalui catatan atau arsip di Puskesmas Tanjung Gusta yang berhubungan dengan kesehatan klien yang diperoleh melalui petugas kesehatan.

**1.4. Ruang Lingkup**

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis membahas Asuhan Keperawatan pada Tn. H dengan Hipertensi Puskesmas Pembantu Tanjung Gusta tahun 2019. Dengan melaksanakan pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

**1.5. Sistematika Penulisan**

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini digunakan sistematika penulisan sebagai berikut :

Bab I : Pendahuluan

 Pendahuluan teori ini menguraikan tentang latar belakang penulisan, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup penulisan, dan sistematika penulisan.

Bab II : Tinjauan Teoritis

 Tinjauan teori menguraikan tentang konsep dasar keperawatan yang meliputi :

1. Konsep Dasar Medis

Konsep dasar medis menjelaskan tentang defenisi, etiologi, patofisiologi/psikopatologi, tanda dan gejala, penatalaksanaan.

1. Konsep Dasar Keperawatan

Konsep dasar keperawatan menguraikan pelaksanaan asuhan keperawatan dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Bab III : Tinjauan Kasus

 Menguraikan pengkajian pada Tn. H dengan masalah utama Hipertensi yang terdiri dari : pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Bab IV : Pembahasan

 Pembahasan kasus ini menguraikan tentang pembahasan dan perbandingan antara lain landasan teori dan kasus langsung di lapangan, uraian pembahasan dimulai tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Bab V : Kesimpulan dan saran.

**BAB II**

**TINJAUAN TEORITIS**

**2.1. Konsep Dasar**

**2.1.1. Definisi**

Hipertensi Ilmu pengobatan mendefinisikan hipertensi sebagai suatu peningkatan kronis (yaitu meningkat secara perlahan-lahan, bersifat menetap) dalam tekanan darah arteri sistolik yang bisa disebabkan oleh berbagai faktor, tetapi tidak peduli apa penyebabnya, mengikuti suau pola yang khas (Brunner, 2013).

Hipertensi didefenisikan sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastoliknya sedikitnya 90 mmHg. Istilah tradisional tentang hipertensi “ringan” dan “sedang” gagal menjelaskan pengaruh utama tekanan darah tinggi pada penyakit kardiovaskular (Gunawan, 2010). Darah tinggi atau hipertensi merupakan suatu keadaan tekanan darah seseorang berada pada tingkatan diatas normal. Konsekwensi dan keadaan ini adalah timbulnya penyakit yang menggangu tubuh penderita. Dalam penyakit hipertensi merupakan masalah kesehatan dan memerlukan penanggulangan dengan baik (Kodim, 2015).

Tekanan darah tinggi atau hipertensi adalah kondisi medis dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara kronis (dalam jangka lama) penderita yang mempunyai sekurang-kurangnya tiga bacaan tekanan darah yang melebihi 140/90 mmHg saat istirahat diperkirakan mempunyai keadaan darah tinggi (Sharon, 2014).

**2.1.2. Etiologi**

Hipertensi merupakan masalah kesehatan global yang memerlukan penanggulangan yang baik. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi prevalensi hipertensi seperti umur, obesitas, asupan garam yang tinggi adanya riwayat hipertensi dalam keluarga. Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi dua golongan, yaitu :

a. Hipertensi esensial atau hipertensi primer yang tidak diketahui penyebabnya disebut juga hipertensi idiopatik. Terdapat sekitar 95% kasus banyak faktor yang mempengaruhi seperti genetik, lingkungan hiperaktivitas susunan saraf simpatis. Dalam defekekstesi Na peningkatan Na dan Ca intra selular dan faktor-faktor yang meningkatkan resiko seperti obesitas, alkohol, merokok, serta polisitemia.

b. Hipertensi sekunder atau hipertensi renal terdapat sekitar 5% kasus. Penyebab spesifiknya diketahui seperti penggunaan esterogen, penyakit ginjal. Hipertensi vascular renal dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan dan lain-lain.

Penyebab hipertensi lainnya adalah feokromositoma, yaitu tumor pada kalenjar adrenal yang menghasilkan hormone edinefrin (adrenalim) atau noredinefrin (noradrenalin) kegemukan (obesitas), gaya hidup yang tidak aktif (malas), stress, alkohol, atau garam dalam makanan bisa memicu terjadinya hipertensi pada orang-orang yang memiliki kenaikan yang diturunkan stress cenderung menyebabkan kenaikan tekanan darah untuk sementara waktu. Jika stress berlalu, maka tekanan darah biasanya akan kembali normal (Sharon, 2014).

**2.1.3. Patofisiologi**

Pada stadium permulaan hipertensi hipertrofi yang terjadi adalah difusi (konsentik). Pada masa dan volume akhir diastolik ventrikel kiri. Pada stadium selanjutnya, karena penyakit berlanjut terus, hipertrofi menjadi tak teratur dan akhirnya akibat terbatasnya aliran darah koroner menjadi eksentrik, berkurangnya rasio antara masa dan volume jantung akibat peningkatan volume diastolik akhir adalah khas pada jantung dengan hipertrofi eksentrik. Hal ini diperlihatkan sebagai penurunan secara menyeluruh fungsi pompa (penurunan fraksieleksi) penigkatan tegangan dinding ventrikel pada saat sistolik peningkatan konsumsi oksigen ke otot jantung serta penurunan efekefek mekanik pompa jantung. Diperburuk lagi bila disertai dengan penyakit dalam jantung koroner. Walaupun tekanan perkusi koroner meningkat, tahanan pembumluh darah koroner juga meningkat sehingga cadangan aliran darah koroner berkurang. Perubahan hemodinamik sirkulasi koroner pada hipertensi berhubungan erat dengan derajat hipertrofi otot jantung (Sharon, 2014).

Intoleransi aktivitas

Afterload

Fatigue

Faktor Predisposisi : usia, jenis kelamin, merokok, stress, kurang olahraga, genetic, alcohol, konsentrasi garam, obesitas

Krisis Situation

Penyumbatan pembuluh darah

Kerusakan vascular pembuluh darah

Beban kerja jantung meningkat

Perubahan Struktur

H I P E R T E N S I

Tekanan sistemik darah

Suplai O2 ke otak

Vasokonstriksi

Perubahan Saturasi

OTAK

Ginjal

Retina

Nyeri akut

Spasme Arteriol

Sistemik

Pembuluh darah

Nyeri Kepala

Resistens Pembuluh darah otak

Koroner

Iskemia miocard

Penurunan curah jantung

Resiko Cedera

Vasokonstriksi pembuluh darah ginjal

Blood flow

**Gambar 1.1. Patofisiologi Penyakit**

**2.1.4. Tanda dan Gejala**

Pemeriksaan yang paling sederhana adalah palpasi hipertensi karateristik lama, untuk bertambah bila terjadi dibatasi ventrikel kiri iktusikordis bergerak kiri bawah, pada auskultasi pasien dengan hipertensi konsentri dapat ditemukan bila sudah terjadi pada jantung didapatkan tanda-tanda rusiensi mitra velature. Pada stadium ini hipertensi, tampak tanda-tanda rangsangan simpatis yang diakibatkan peningkatan aktivitas sistem neohormonal disertai hipertomia pada stadium, selanjutnya mekanisme kopensasi pada otot jantung berupa hiperpeuti. Gambaran klinis seperti sakit kepala adalah gejala gangguan fungsi diastolik dan peningkatan tekanan pengsian ventrikel walaupun fungsi diastolik masih normal, bila berkembang terus terjadi hipertensi eksentri dan akhirnya menjadi dilarasi ventrikel kemudian gejala banyak datang. Stadium ini kadang kala disertai dengan sirkulasi ada cadangan aliran darah ovoner dan makin membentuk kelainan fungsi mekanik/pompa jantung yang selektif (Darmojo, 2013).

**2.1.5. Penatalaksanaan**

Pengobatan dirujukan untuk menurunkan tekanan darah menjadi normal, pengobatan jantung karena hipertensi, mengurangi morbilitas dan moralitas terhadap penyakit kardiovascular dan menurunkan faktor resiko terhadap penyakit kardiovascular semaksimal mungkin. Untuk menurunkan tekanan darah, dapat ditujukan 3 faktor fisiologis yaitu : menurunkan isi cairan intravascular dan non darah dengan neolistik menurunkan aktivitas susunan saraf simpatis dan respon kardiovascular terhadap rangsangan tahanan prifer dengan obat vasedilator. (Darmojo, 2013).

**2.2. Konsep Dasar Keperawatan**

Asuhan keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktek keperawatan. Hal ini biasanya disebut sebagai suatu pendekatan problem solving yang memerlukan ilmu teknik dan keterampilan interversional dan ditujukan untuk memenuhi kebutuhan klien (Carpenito, 2010).

* + 1. **Pengkajian**

Pengkajian adalah langkah pertama dari proses keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat dari pasien. Data dasar pengkajian pasien ( Doengoes, 2010 ) adalah sebagai berikut:

1. Aktivitas/ Istirahat

1. Gejala : kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup yang tidak baik.
2. Tanda : Frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea.

2. Sirkulasi

* 1. Gejala : Riwayat Hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner/katup dan penyakit cebrocaskuler, episode palpitasi, perspirasi.
1. Tanda : Kenaikan TD, Nadi denyutan jelas dari karotis, jugularis, radialis, tikikardi, murmur stenosis valvular, distensi vena jugularis, kulit pucat, sianosis, suhu dingin (vasokontriksi perifer) pengisian kapiler mungkin lambat/ bertunda.

3. Integritas Ego

* 1. Gejala : Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi (hubungan, keuangan, pekerjaan).
1. Tanda : gelisah, sedih, peningkatan pola bicara.

4. Eliminasi

a. Gejala : Gangguan ginjal saat ini atau (seperti obstruksi atau riwayat penyakit ginjal pada masa yang lalu).

5. Makanan/cairan

* 1. Gejala : Makanan yang disukai yang mencakup makanan tinggi garam, lemak serta kolesterol, mual, muntah dan perubahan BB akhir akhir ini (meningkat/turun), riwayat penggunaan diuretik
1. Tanda : Berat badan normal atau obesitas, adanya edema, glikosuria

6. Neurosensori

a. Gejala : Keluhan pening/pusing, sakit kepala, suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilangkan secara spontan setelah beberapa jam) Gangguan penglihatan (diplobia, penglihatan kabur, epistakis).

b. Tanda : Status mental, perubahan keterjagaan, orientasi, pola bicara, efek, proses pikir, penurunan keuatan genggaman tangan.

7. Nyeri/ ketidaknyaman

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

8. Pernafasan

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

b. Tanda : Distress pernafasan/penggunaan otot aksesori pernafasan bunyi nafas tambahan (krakties/mengi), sianosis.

**2.2.2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (Sharon, 2014). Nanda menyatakan bahwa diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu. Dimana menurut Nanda diagnosa keperawatan yang mungkin ditemukan pada pasien dengan hipertensi adalah :

* 1. Resiko Tinggi Penurunan Curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokontriksi, iskemia miokardia, hipertrofi.
1. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler selebral.
2. Intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum.
3. Nutrisi, perubahan lebih dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan masukan berlebihan dengan kebutuhan metabolik.
4. Koping, individual, infektif berhubungan dengan krisis situasional/maturasional, perubahan gaya hidup.
5. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar) mengenai kondisi rencana pengobatan berhubungan dengan kurang pengetahuan / daya ingat.

**2.2.3. Intervensi**

Intervensi keperawatan merupakan tindakan yang dirancang untuk membantu klien dalam beralih dari tingkat kesehatan saat ini ke tingkat yang diinginkan dalam hasil yang sudah diharapkan (Dongoes, 2010).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No Dx | Diagnosa Keperawatan | Tujuan(NOC) | Intervensi(NIC) |
| 1 | Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, hipertrofi/rigiditas ventrikuler, iskemia miokard | NOC : Cardiac Pump effectiveness Circulation Status Vital Sign Status Kriteria Hasil: • 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 | NIC : Cardiac Care • Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi) • Catat adanya disritmia jantung • Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac putput • Monitor status kardiovaskuler • Monitor adanya perubahan tekanan darah • Monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia • Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan • Monitor adanya dyspneu, fatigue, tekipneu dan ortopneu  |
| 2 | Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen. | NOC : Energy conservation Self Care : ADLs Kriteria Hasil : • Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR • Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri | NIC : Energy Management • 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 • Kolaborasikan dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalammerencanakan progran terapi yang tepat. • Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang • Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan • Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual |
| 3 | Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral | NOC : Pain Level, Pain control, Comfort level Kriteria Hasil : • 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 rentang normal | NIC : Pain Management • 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 • Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan • Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan • Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal) • Ajarkan tentang teknik non farmakologi • Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil • Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping) |
| 4 | Cemas berhubungan dengan krisis situasional sekunder adanya hipertensi yang diderita  | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, cemas pasien berkurang Kriteria hasil: Anxiety Control Coping Vital Sign Status • Menunjukan teknik untuk mengontrol cemas teknik nafas dalam • Postur tubuh pasien rileks dan ekspresi wajah tidak tegang • Mengungkapkan cemas berkurang | NIC : Anxiety Reduction • Gunakan pendekatan yang menenangkan• Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien • Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur • Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut • Identifikasi tingkat kecemasan • Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan • Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi  |
| 5 | Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit | NOC : Kowlwdge : disease process Kowledge : health BehaviorKriteria Hasil : • 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. | NIC : Teaching : disease Process • Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik • Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. • 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 |

**Tabel 1.1. Intervensi Menurut Nanda Nic Noc**

**2.2.4. Implementasi**

Implementasi adalah proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategis keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan. (Doengoes, 2010). Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan pencegahan penyakit. Pemulihan kesehatan dan mempasilitas koping perencanaan tindakan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik. Jika klien mempunyai keinginan untuk berpatisipasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan selama tahap pelaksanaan perawat terus melakukan pengumpulan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.

**2.2.5. Evaluasi**

Evaluasi adalah tahap terakhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan diri rencana keperawatan tercapai atau tidak. (Doengoes, 2010). Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan.

**BAB III**

**TINJAUAN KASUS**

**3.1. Pengkajian**

**A. Identitas Klien**

Nama : Tn. H

Umur : 61 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Status Perkawinan : Menikah

Suku : Batak

Agama : Kristen

Pendidikan : SLTP

Pekerjaan : Petani

Alamat : Jl Gaperta

Tanggal masuk : 03-04-2019

Tanggal pengkajian : 03-04-2019

**B. Penanggung Jawab**

Nama : Tn. N

Jenis Kelamin : Laki-laki

Pekerjaan : Wirausaha

Hubungan dengan pasien : Anak

Alamat : Binjai

**C. Keluhan Utama**

Klien mengatakan pusing dan sakit dibagian kepala terutama ditengkuk seperti ditusuk-tusuk dan tegang. Kaki pasien lemah dan sulit berjalan jika sedang pusing.

**D. Riwayat Kesehatan Masa Lalu**

Pada tanggal 02-04-2019 jam 11.00 WIB klien sedang beraktivitas seperti biasa, beberapa saat kemudian klien merasakan sakit kepala, pada saat yang bersamaan klien sedang flu. Kemudian sakit kepala yang dirasakan semakin berat setelah klien mandi dengan mengguanakan air dingin. Kemudian pada tanggal 03-04-2019 jam 08.30 WIB oleh klien dibawa keluarga ke Puskesmas jam 09.00 WIB, pada saat dikaji jam 10.00 WIB keluarga klien mengatakan pada malam harinya klien tidak bisa tidur karena sakit kepala yang dirasakannya, ditambah juga klien merasa sakit perut. Selama dirawat klien agak terbatas memenuhi kebutuhan sehari-hari sehingga untuk memenuhinya dibantu sebagian oleh keluarga.

 **E. Riwayat kesehatan dahulu**

Keluarga klien mengatakan klien mempunyai riwayat hipertensi 2 tahun yang lalu sejak usia klien 60 tahun, klien rutin mengontrol tekanan darahnya karena klien mempunyai alat pengukur tekanan darah sendiri dirumahnya, terakhir sebelum dibawa ke rumah sakit tekanan darahnya 170/100 mmHg. Klien juga mempunyai penyakit maag karena pola makan yang tidak teratur.

 **F.  Riwayat kesehatan keluarga**

Keluarga klien mengatakan di keluarga hanya klien yang mempunyai riwayat hipertensi, dan di keluarga juga tidak mempunyai riwayat penyakit kronis lainnya, seperti TBC, DM, asma dan lain-lain.

**Genogram**

**Keterangan :**

 : Laki-laki : Perempuan

 : Laki- laki meninggal : Pasien

**Gambar 1.2. Riwayat Keluarga**

**G. Aspek psikologis**

Keluarga klien mengatakan klien mudah panic dan gelisah jika mendengar sesuatu yang mengejutkan dan setelah itu tekanan darahnya akan naik.

**H.  Aspek social**

Hubungan klien dengan keluarga sangat baik, terbukti anaknya bergantian menjaganya selama di Rumah Sakit. Hubungan klien dengan lingkungan juga sangat baik, terbukti banyak yang menjenguknya,

**I.  Aspek spiritual**

Klien dan keluarga beragama islam menurut keluarga selama sehatnya klien rajin beribadah.

**J. Pemeriksaan fisik**

a. Pemeriksaan umum

- Keadaan umum     : lemah

- Kesadaran             : compos mentis

* Vital sign : Tekanan Darah 180/100 mmHg, Pernafasan 25x/menit, Nadi 85x/menit, Suhu Tubuh 36,5oC.
* Berat Badan : 60 kg
* Tinggi Badan : 163 cm

 b. System pengindraan

a). Sistem penglihatan

* Inspeksi       : bentuk mata dan bola mata simetris, reflek pupil klien baik, saat ada rangsangan cahaya miosis, konjungtiva tak anemis, sclera tidak ikterik, gerakan bola mata baik.
* Palpasi         : tidak terdapat lesi atau oedema, tidak dirasakan nyeri tekan.

b). Sistem pendengaran

Bentuk dan letak simetris, tidak ada serumen, fungsi pendengaran cukup baik karena klien mampu mengerjakan apa saja yang diperintahkan.

c). Sistem penciuman

Bentuk dan letak simetris, klien di tes dengan mengguanakan alcohol dan kopi disertai dengan tulisan alcohol dan kopi, klien dapat menunjuk dengan tepat bau yang dirasakan.

d). Sistem pengecapan

Keadaan lidah sedikit kotor, klien dites dengan menggunakan garam dan gula disertai tulisan garam dan gula, klien dapat menunjuk dengan tepat apa yang dirasakan.

e). Sistem integument

Gastisitas/turgor kulit baik walaupun saat di tarik kulit klien kembali ke semula +/- 3-5 detik karena proses penuaan, tidak ada lesi, warna kulit putih, tidak ada masa, kulit bersih, distribusi rambut merata.

f). Sistem pencernaan

Bentuk mulut simetris, gigi sudah tidak utuh, mukosa bibir kering, reflek menelan ada, auskultasi pada bising usus 10x/menit.

g). Sistem pernafasan

Bentuk hidung simetris, tidak tampak polip, tidak ada pernafasan cuping hidung, retraksi dada negative, tidak ada nyeri tekan pada dada, tidak ada wheezing.

h). Sistem kardiovaskuler

Tachicardi, cyanotic negative pada akral bibir klien, tidak terdapat peningakatan vena jugularis, tidak ada bunyi tambahan.

i). Sistem perkemihan

Eliminasi urine tidak sering, tidak ada nyeri pada aderah supra pubis, blas tidak teraba keras dan saat di palpasi tidak terasa nyeri.

j). Sistem musculoskeletal

Lemah, tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasa. Berjalan dibantu dengan tongkat.

**K. Pola Kebiasan Sehari-hari**

* + - * 1. Pola tidur
* Waktu tidur : pukul 21.00 wib.
* Waktu bangun : pukul 05.30 wib
* Masalah tidur : pasien tidak mengalami kesulitan tidur.
* Hal-hal yang mempermudah tidur : -
	+ - * 1. Pola eliminasi BAB
* Pola BAB : 1 kali sehari.
* Kharateristik feses : berampas cair.
* Riwayat perdarahan : tidak ada.
* Penggunaan laksatif : tidak ada.
	+ - * 1. Buang air kecil (BAK)
* Pola BAK : 4 kali sehari.
* Kharakteristik : cair.
* Penggunaan deuretik : tidak ada.
* Nyeri/kesulitan BAK : tidak ada kesulitan BAK.
	+ - * 1. Pola makan dan minum
* Jenis Diet : bubur.
* Pola diet : 3 kali sehari.
* Kehilangan selera makan : tidak ada kehilangan selera makan.
* Nyeri uluh hati : tidak ada.
* Alergi makanan : tidak ada alergi makanan.
* Masalah makan dan minum tidak ada kesulitan mengunyah, tidak ada kesulitan menelan, pasien tidak mampu makan sendiri.
	+ - * 1. Kebersihan diri/Personal hygiene
* Pemeliharaan badan : pasien selama sakit dibantu oleh menantunya untuk membersihkan badan.
* Pemeliharaan gigi dan mulut : pasien menggosok gigi dibantu menantunya.
* Pemeliharaan kuku : bersih.

**L. Analisa Data**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data** | **Etiologi** | **Masalah** |
| 1 | Data Subjektif : Tn. H mengatakan sudah 2 hari ini merasakan pusing dan sakit kepala seperti ditusuk-tusuk serta lehernya terasa tegang Data objektif : Keadaan umum Tn. H lemah, gelisah, TD : 180/100 MmHg, skala nyeri 5 | KoronerIskemia MiocardNyeri Akut | Nyeri Akut |
| 2 | Data Subjektif : Tn. H mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas sendiriData objektif : tampak menggunakan tongkat saat berjalan dan dibantu anaknya | AfterloadFatigueIntoleransi aktivitas | Intoleransi aktivitas |
| 3 | Data Subjektif : Tn. H mengatakan menggunakan tongkat ketika berjalanData Objektif : Tn. H tampak menggunakan tongkat ketika berjalan dan beraktivitas. | VasokontriksiSpasme ArteriolResiko tinggi cedera | Resiko tinggi cedera |

**Tabel 1.2. Analisa Data**

**3.2. Diagnosa Keperawatan**

* + 1. Nyeri Akut berhubungan dengan iskemia miocard ditandai dengan Tn. H mengatakan sudah 2 hari ini merasakan pusing dan sakit kepala seperti ditusuk-tusuk serta lehernya terasa tegang, tampak lemah, gelisah, tekanan darah 180/100 MmHg, skala nyeri 5.
		2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan fatigue ditandai dengan Tn. H mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas sendiri, tampak menggunakan tongkat saat berjalan dan dibantu anaknya
		3. Resiko tinggi Cidera berhubungan dengan spasme arteriol ditandai dengan Tn. H mengatakan menggunakan tongkat ketika berjalan, Tn. H tampak menggunakan tongkat ketika berjalan dan beraktivitas.

**3.3. Intervensi Keperawatan**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Diagnosa Keperawatan** | **NOC** | **NIC** |
| Nyeri Akut berhubungan dengan iskemia miocard | NOC : Pain Level, Pain control, Comfort level Kriteria Hasil : • Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) • Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri •Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang • Tanda vital dalam rentang normal | NIC : Pain Management * + - 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
			2. ajarkan keluarga untuk Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
			3. Ajarkan tentang teknik non farmakologi yaitu kompres hangat
			4. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
			5. Tingkatkan istirahat
 |
| Intoleransi aktivitas berhubungan dengan fatigue | NOC : Energy conservation Self Care : ADLsKriteria Hasil : • Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR • Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri | NIC : Energy Management * + - 1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
			2. Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan
			3. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
			4. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat
 |
| Resiko tinggi cidera berhubungan dengan spasme anteriol | NOC : Risk KontrolKriteria Hasil :* Klien terbebas dari cedera
* Klien mampu menjelaskan cara untuk mencegah cedera
* Mampu memodifikasi gaya hidup untuk mencegah injury
* Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada
* Mampu mengenali perubahan status kesehatan
 | NIC : Environment Management 1. Sediakan Iingkungan yang aman untuk pasien
2. Identifikasi kebutuhan keamanan pasien, sesuai dengan kondisi fisik dan fungsi kognitif pasien dan riwayat penyakit terdahulu pasien
3. Menghindarkan lingkungan yang berbahaya (misalnya memindahkan perabotan
4. Menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih
5. Menempatkan saklar lampu ditempat yang mudah dijangkau pasien.
6. Menganjurkan keluarga untuk menemani pasien
7. Memindahkan barang-barang yang dapat membahayakan

· |

**Tabel 1.3. Intervensi Keperawatan**

**3.4. Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hari/****Tgl** | **Diagnosa****Keperawatan** | **Implementasi** | **Evaluasi** |
| 03April 2019 | Nyeri Akut berhubungan dengan iskemia miocard | 1. melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
2. mengajarkan keluarga untuk kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
3. mengajarkan tentang teknik non farmakologi yaitu kompres hangat
4. memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri
5. menganjurkan istirahat yg cukup
 | S: Pasien mengatakan nyeri dan tegang didaaerah tengkuk, durasi sekitar 2 menit dan datang setiap bangun tidur dan sore hariO: pasien tampak memegangi leher belakang, skala nyeri 5A: Masalah belum teratasiP: Intervensi dilanjutkan |
| 03 April 2019 | Intoleransi aktivitas berhubungan dengan fatigue | 1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
2. mengkaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan
3. Monitor nutrisi dan sumber energi tangadekuat
4. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
5. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien
6. mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
7. menganjurkan keluarga untuk memberikan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek atau tongkat kepasien
 | S: Pasien mengatakan hanya bisa makan dan minum sendiri, pasien juga biasa mandi sendiri namun tidak dapat berdiri terlalu lamaO: kekuatan otot ektremitas 5/5, Pasien duduk saat mandi, pasien tidak mampu berdiri lama, menggunakan tongkat saat berjalanA : masalah belum teratasiP: intervensi dilanjutkan |
| 03 April 2019 | Resiko tinggi cidera berhubungan dengan spasme arteriol. | 1. Sediakan Iingkungan yang aman untuk pasien
2. mengidentifikasi kebutuhan keamanan pasien, sesuai dengan kondisi fisik dan fungsi kognitif pasien dan riwayat penyakit terdahulu pasien
3. Menghindarkan lingkungan yang berbahaya (misalnya memindahkan perabotan
4. Menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih
5. Menempatkan saklar lampu ditempat yang mudah dijangkau pasien.
6. Menganjurkan keluarga untuk menemani pasien
7. Mengajari mobilisasi bertahap
8. Memindahkan barang-barang yang dapat membahayakan
 | S: Keluarga mengatakan mengerti atas intruksi perawat, lampu ruangan terang, dan barang yang diperlukan dan sering digunakan pasien selalu didekatkan ke pasienO : rumah tampak rapi, pencahayaan cukup, lantai tidak licinA: Masalah teratasi sebagianP: intervensi dilanjutkan |
| 04 April 2019 | Nyeri Akut berhubungan dengan iskemia miocard | 1. melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
2. mengajarkan keluarga untuk Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
3. mengajarkan tentang teknik non farmakologi yaitu kompres hangat dan tarik nafas dalam
4. memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri
5. menganjurkan istirahat yang cukup dan diet rendah garam
 | S: Pasien mengatakan nyeri dan tegang didaaerah tengkuk, durasi sekitar 2 menit dan datang setiap bangun tidur dan sore hari jika nyeri sedikit muncul, pasien langsung mengkompres hangat dibagian nyeri dan melakukan tarik nafas dalamO: pasien tampak memegangi leher belakang, skala nyeri 4A: Masalah sebagian teratasiP: Intervensi dilanjutkan |
| 04 April 2019 | Intoleransi aktivitas berhubungan dengan fatigue | 1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
2. mengkaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan
3. Monitor nutrisi dan sumber energi tangadekuat
4. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
5. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien
6. mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
7. menganjurkan keluarga untuk memberikan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek atau tongkat kepasien
 | S: Pasien mengatakan biasa berjalan kedapur untuk makan dan minum sendiri namun beberapa kali berhenti dan memegang dinding, pasien juga biasa mandi sendiri namun tidak dapat berdiri terlalu lama. Keluarga mengatakan pasien harus duduk dikursi saat mandiO: Pasien duduk saat mandi, Pasien tidak mampu berdiri lama, pasien menggunakan tongkat saat berjalanA : masalah belum teratasiP: intervensi dilanjutkan |
| 04 April 2019 | Resiko tinggi Cidera berhubungan dengan  | 1. Sediakan Iingkungan yang aman untuk pasien
2. Menghindarkan lingkungan yang berbahaya (misalnya memindahkan perabotan
3. Menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih
4. Menempatkan saklar lampu ditempat yang mudah dijangkau pasien.
5. Menganjurkan keluarga untuk menemani pasien
6. Mengajari mobilisasi bertahap
7. Memindahkan barang-barang yang dapat membahayakan
 | S: Keluarga mengatakan mengerti atas intruksi perawat, lampu ruangan terang dan barang yang diperlukan dan sering digunakan pasien selalu didekatkan ke pasienO : rumah tampak rapi, pencahayaan cukup, lantai tidak licinA: Masalah teratasi P: intervensi dilanjutkan |
| 05 April 2019 | Nyeri Akut berhubungan dengan iskemia miocard | 1. melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
2. mengajarkan keluarga untuk Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
3. mengajarkan tentang teknik non farmakologi yaitu kompres hangat dan tarik nafas dalam
4. memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri
5. menganjurkan istirahat yang cukup
 | S: Pasien mengatakan nyeri dan tegang di daerah tengkuk, durasi sekitar 1 menit dan datang setiap bangun tidur pasien menarik nafas dalam dan sore hari jika nyeri sedikit muncul, pasien langsung mengkompres hangat dibagian nyeri dan melakukan tarik nafas dalamO: pasien tampak memegangi leher belakang, skala nyeri 2A: Masalah teratasiP: Intervensi dilanjutkan |
| 05 April2019 | Intoleransi aktivitas berhubungan dengan fatigue | 1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
2. mengkaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan
3. Monitor nutrisi dan sumber energi yang dekuat
4. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
5. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien
6. mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
7. menganjurkan keluarga untuk memberikan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek atau tongkat kepasien
 | S: Pasien mengatakan biasa berjalan kedapur untuk makan dan minum sendiri namun beberapa kali berhenti dan menempel dinding, pasien juga biasa mandi sendiri namun tidak dapat berdiri terlalu lama. Keluarga mengatakan pasien harus duduk dikursi saat mandiO: kekuatan ektremitas 5/5Pasien duduk saat mandiPasien tidak mampu berdiri lama, pasien menggunakan tongkat saat berjalanA : masalah belum teratasiP: intervensi dilanjutkan |

**Tabel 1.4. Implementasi / Evaluasi Keperawatan**

**BAB IV
PEMBAHASAN**

Bab ini merupakan pembahasan kasus yaitu membahas mengenai kesenjangan yang terjadi pada teori dan studi kasus Asuhan Keperawatan Pada Tn. H Dengan Hipertensi di Puskesmas Pembantu Tanjung Gusta Tahun 2019.

**4.1. Pengkajian**

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri secara terus menerus lebih dari suatu periode. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencentusnya antara lain faktor keturunan, jenis kelamin dan usia (laki laki yang berumur 35-50 tahun dan wanita pasca menopouse beresiko tinggi mengalami hipertensi), diet (mengkonsumsi tinggi garam dan lemak secara langsung berhubungan dengan perkembangan hipertensi), berat badan, gaya hidup (merokok dan mengkonsumsi alkohol dapat meningkatkan tekanan darah bila gaya hidup menetap). Hipertensi biasanya tanpa gejala dan sering disebut silent killer (Gunawan, 2007).

Setelah peneliti melakukan pengkajian pada Tn. H yang menderita penyakit Hipertensi dan melakukan analisa maka peneliti menemukan masih adanya beberapa kesenjangan sebagai berikut:

1. Nyeri yang dialami pasien berdasarkan teori disebabakan oleh karena 64 adanya sensitisasi yang terdapat di *nosiseptor maningeal* dan neuron trigeminial sentral (Suprajitno, 2013). Pada hipertensi sendiri nyeri kepala disebabkan oleh proses kontraksi otot sefalik secara involunter, berkurangnya *supraspinal descending pain inhibitory activity*, dan *hipersensitivitas supraspinal* terhadap stimuli nosiseptif amat berperan terhadap timbulnya nyeri. Semua nilai ambang pressure *pain detection,* *thermal & electrical detection* stimuli akan menurun di sefalik maupun ekstrasefalik. Sedangkan berdasarkan data pengkajian pada pasien, pasien mengeluh nyeri dibagian belakang kepala seperti di tusuk –tusuk dan ditekan.

2. Skala nyeri pada Tn. H berdasarkan penentuan skala nyeri VAS (*visual analog scale)* skala berupa garis lurus yang panjangnya 10 cm, dengan penggambaran verbal pada masing-masing ujungnya yang terdiri dari angka 0 sampai 10. Angka 0 menggambarkan tidak adanya nyeri, 1-3 menggambarkan nyeri ringan, 4 - 6 menggambarkan nyeri sedang, 7 - 10 menggambarkan nyeri berat (Iqbal, 2015). Berdasarkan pengkajian Skala nyeri Tn. H adalah 5 termasuk dalam skala yang sedang karena pasien masih bisa mengontrol nyerinya dan masih bisa berkomunikasi dengan baik.

3. Batasan karakteristik nyeri yang dirasakan pasien memiliki ciri khas tersendiri terkait dengan penyakit yang dialami, yaitu hipertensi adalah penyakit yang dapat mengakibatkan transudasi, mikoinfark dan oedema otak, petekhie, hemorhages, fibrinoid dari arteriole. Hal ini disebabkan oleh aliran darah ke otak pada penderita hipertensi kronis tidak mengalami perubahan bila *Mean Arterial Pressure* ( MAP ) 120 mmHg – 160 mmHg (Darmojo, 2013). Hipertensi sering dimanifestasikan sebagai nyeri pada kepala, kelelahan, ansietas, keringat berlebihan, tremor otot, nyeri dada, epistaksis, pandangan kabur atau ganda, sulit tidur. Nyeri kepala pada pasien hipertensi tentu menimbulkan perasaan yang tidak nyaman dan hal ini dapat berpengaruh pada aktifitasnya, bersifat tajam dan berlangsung lebih dari dari 5 menit. Karakteristik tersebut tidak semuanya muncul pada Tn. H. Hal ini disebabkan oleh karena masing- masing orang memiliki respon yang berbeda terhadap nyeri sebab nyeri merupakan suatu hal yang bersifat subjektif. Dapat dimungkinkan sebagai alasan yaitu karena Tn. H sudah 1 minggu di lakukan perawatan, sehingga nyeri berkurang dengan seiring pengobatan yang diterima.

4. Berdasarkan teori Buku asuhan keperawatan berikut gejala : kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup yang tidak baik. Berikut tandanya frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea. Berdasarkan pengkajian yang ditemukan pola aktifitas pasien ketika sakit pasien mengatakan makan atau minum bisa sendiri, toileting, berpakaian, juga di bantu oleh keluarganya.

1. Pola kognitif perceptual sebelum sakit pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu penglihatan maupun pendengaran, selama sakit pasien mengatakan badan terasa lemas, kepala pusing. Karakteristik nyeri yang dirasakan adalah sebagai berikut, provocate/faktor pencetusnya ialah karena aktifitas, quality/kualitas nyeri, region/daerah yang terasa nyeri adalah di daerah belakang kepala, severe/skala nyeri 5, time/waktu hilang timbul, 1 - 2 menit. Menurut Nanda (2015) nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan dan muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa.
2. Pengkajian pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien sedang. Kesadaran composmentis dengan nilai glasglow coma scale (GCS) 15, eye 4, verbal 5, motoric 6. Hasil pemeriksaan tanda tanda vital sebagai berikut, tekanan darah pasien 180/100 mmHg, frekuensi nadi 80 kali per menit, suhu 36,8 c, frekuensi pernafasan 22 kali per menit. Teori menyatakan pasien hipertensi akan mengalami peningkatan yang abnormal pada tekanan darah dalam pembuluh darah arteri secara terus menerus lebih dari suatu periode. Menurut WHO batasan tekanan darah yang masih dianggap normal adalah 140/90 mmHg.

**4.2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa Menurut Mubarak (2012), diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan data yang didapat pada pengkajian. Komponen diagnosa keperawatan meliputi : problem (P), etiologi (E), dan sign (S). Setelah dilakukan pengkajian pada Tn. H maka, ditemukan masalah keperawatan keluarga yaitu:

1. Nyeri Akut berhubungan dengan iskemia miokard. Nyeri akut merupakan sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yag muncul secara aktual atau potensial kerusakan jaringan atau menggambarkan adannya kerusakan (Asosoasi Studi Nyeri Internasional) : serangan mendadak atau pelan intensitasnya dari ringan sampai berat yang dapat diantisipasi dengan akhir yang dapat diprediksi dan dengan durasi kurang dari 6 bulan (Sumitro, 2016). Batasan kharakteristik nyeri yaitu laporan nyeri secara verbal atau non verbal melalui observasi, posisi analgetik untuk menghindari nyeri, gerakan melindungi, tingkah laku berhati-hati, gangguan tidur (mata sayu, tampak capek, sulit atau gerakan kacau), penurunan persepsi waktu dalam proses berpikir, respon autonom (diaphoresis, perubahan tekanan darah, perubahan nafas, nadi dan dilatasi pupil), tingkah laku ekspresif (gelisah, merintih, menagis, waspada, nafas panjang), perubahan nafsu makan (Riyadi, 2017). Pada kasus yang ditemukan pasien mengalami nyeri uluh hati akibat dari pengikisan mukosa lambung, sehingga menyebabkan mual, nafsu makan menurun, pasien tampak meringis, skala nyeri 5.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan fatigue. Intoleransi aktivitas merupakan keterbatasan dalam kebebasan untuk pergerakan fisik tertentu pada bagian tubuh satu atau lebih ekstremitas (Sumitro, 2016). Batasan kharakteristik Intoleransi aktivitas yaitu postur tubuh yang tidak stabil selama melakukan kegiatan rutin harian, keterbatasan kemampuan untuk melakukan keterampilan motorik halus, tidak ada koordinasi atau pergerakan yang tersentak-sentak, kesulitan berbalik, perubahan gaya berjalan misalnya kesulitan melangkah (Riyadi, 2017).
3. Resiko tinggi Cidera berhubungan dengan spasme arteriol. Resiko tinggi cedera berhubungan dengan spasme arteriol. Resiko tinggi cidera adalah meningkatnya kecurigaan jatuh yang akan membahayakan fisik (Nurarif, 2015). Pada kasus penulis menemukan tanda dan gejala pasien resiko jatuh yaitu pasien mengatakan pusing dan sakit dibagian kepala terutama ditengkuk seperti ditusuk-tusuk dan tegang. Kaki pasien lemah dan sulit berjalan jika sedang pusing lemah, umur pasien sudah mencapai 61 tahun, dan ketajaman penglihatan berkurang.

**4.3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan sebagai tindakan perawatan untuk kepentingan pasien, untuk meningkatkan dan memperbaiki kondisi fisik, emosional, psikososial, spiritual, budaya dan lingkungan tempat mereka mencari bantuan. Dalam mengatasi masalah keperawatan yang muncul pada Tn. H, perawat melakukan intervensi sesuai diagnosa keperawatan yaitu:

1. Nyeri Akut berhubungan dengan iskemia miocard tentang cara penatalaksanaan nyeri yaitu : a) melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, b) mengajarkan keluarga untuk Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, c) mengajarkan tentang teknik non farmakologi yaitu kompres hangat dan tarik nafas dalam, d) memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan fatigue. Intervensi: a) Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas, b) mengkaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan, c) Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat, d) Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan , e) Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien, f) mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan, g) menganjurkan keluarga untuk memberikan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek atau tongkat.

3. Resiko tinggi Cidera berhubungan dengan spasme arteriol. Intervensi: a) Kaji pengetahuan keluarga tentang penyakit hipertensi, penyebab, gejala dan cara penanganannya, b) Berikan penyuluhan pada keluarga mengenai cara mengidentifikasi nyeri, c) Anjurkan berobat kembali ke Puskesmas bila penyakitnya kambuh, d) Jelaskan bahwa pengobatan Hipertensi harus rutin dan gratis di puskesmas karen merupakan program pemerintah dalam program indonesia sehat dengan pendekatan, e) Berikan kesempatan keluarga menentukan sikap dan rencana selanjutnya dalam pengobatan, f) Berikan pujian terhadap kemampuan, ide/sikap yang positif yang diungkapkan keluarga dalam menyikapi kekambuhan penyakitnya.

**4.4. Implementasi keperawatan**

Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis secara umum merupakan implementasi dari rencana keperawatan yang telah disusun, namun ada beberapa perbedaan tindakan yang dilakukan disetiap harinya, misalnya tindakan keperawatan pada hari pertama tidak sepenuhnya sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditentukan. Implementasi merupakan kemampuan dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Implementasi adalah bersinambungan dan interaktif dengan komponen lain dari proses keperawatan. Dalam tahapan implementasi penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan tindakan keperawatan yang telah dilakukan, penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan rencana keperawatan yang dibuat dengan mengacu pada teori yang ada serta tindakan-tindakan yang dapat memecahkan atau meringankan masalah yang sedang dihadapi. Untuk diagnosa keperawatan keluarga (Sharon, 2014).

1. Nyeri Akut berhubungan dengan iskemia miocard. Adapun tindakan yang dilakukan antara lain : a) melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, b) mengajarkan keluarga untuk Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, c) mengajarkan tentang teknik non farmakologi yaitu kompres hangat dan tarik nafas dalam, d) memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan fatigue. Adapun tindakan yang dilakukan antara lain : a) Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas, b) mengkaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan, c) Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat, d) Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan, e) Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien, f) mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan, g) menganjurkan keluarga untuk memberikan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek atau tongkat.

3. Resiko tinggi Cidera berhubungan dengan spasme arteriol. Adapun tindakan yang dilakukan antara lain : Memberikan penyuluhan tentang pengertian hipertensi, penyebab hipertensi, tanda dan gejala hipertensi, penatalaksanaan hipertensi (Kepatuhan berobat secara rutin), memberikan penyuluhan tentang faktor resiko yang menyebabkan hipertensi.

**4.5. Evaluasi Keperawatan**

Tahap selanjutnya adalah melakukan evaluasi, berdasarkan tujuan yang hendak dicapai sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya (Suprajitno, 2012). Evaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan pada keluarga hasilnya 2 diagnosa keperawatan yang berhasil yaitu nyeri akut dan resiko tinggi cedera. Untuk diagnosa Intoleransi aktivitas akan dilakukan intervensi kembali dan dimonitoring dalam program kesehatan lansia puskesmas.

**BAB V**

**KESIMPULAN DAN SARAN**

**5.1. Kesimpulan**

1. Dalam pengkajian ditemukan masalah kesehatan yaitu penyakit Hipertensi. Penulis juga menemukan sedikit perbedaan antara teori dan kasus dimana informasi dari klien tentang penyakitnya masih kurang jika dibandingkan teori yang ada.

2. Diagnosa keperawatan pada penelitian ini adalah nyeri akut berhubungan dengan iskemia miocard, intoleransi aktivitas berhubungan dengan fatigue, resiko tinggi cidera berhubungan dengan spasme arteriol.

3. Rencana tindakan keperawatan keluarga yang akan dilakukan sesuai dengan masalah keperawatan yang ditemukan pada keluarga.

4. Implementasi berpedoman pada rencana tindakan yang sudah dibuat yaitu dalam tahapan implementasi penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

5. Evaluasi dari tindakan keperawatan yang dilakukan dimana hasilnya 2 diagnosa keperawatan yang berhasil yaitu nyeri akut dan resiko tinggi cedera. Untuk diagnosa Intoleransi aktivitas akan dilakukan intervensi kembali dan dimonitoring dalam program kesehatan lansia puskesmas.

**5.2. Saran**

1. Untuk keluarga yang dijadikan obyek penelitian diharapkan dapat menciptakan perilaku hidup bersih dan sehat dan melakukan pengobatan rutin dan melakukan check secara berkala untuk mengetahui kondisi terkini.
2. Untuk Puskesmas kiranya lebih banyak memberikan penyuluhan kesehatan tentang penyakit hipertensi dan mengoptimalkan pelayanan karena hipertensi merupakan penyakit yang sangat banyak apalagi pada lansia karena sifat dari penyakit ini merupakan penyakit yang menurun dan ini adalah menjadi prioritas utama karena ini masuk dalam program pemerintah yaitu program indonesia sehat dengan pendekatan keluarga.
3. Untuk institusi, hasil studi kasus yang dilakukan pada keluarga Tn. H yang menderita Hipertensi dapat dijadikan sebagai bahan masukan kepada institusi khususnya kepada teman yang akan melaksanakan studi kasus dimasa akan datang.