

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN HIPERTENSI  
DI RUANG SEKAR JAGAD RSUD BENDAN  
KOTA PEKALONGAN**



Diajukan untuk memenuhi tugas akhir Prodi DIII Keperawatan  
STIKES Muhammadiyah Pekajangan  
Pekalongan

Oleh

**Muhammad Afif**

**NIM : 13.1685.P**

**PRODI DIII KEPERAWATAN  
STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN  
TAHUN 2016**

## **HALAMAN PERSETUJUAN**

Karya Tulis Ilmiah berjudul “ Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Hipertensi di Ruang Sekar Jagad RSUD Bendan Kota Pekalongan” yang disusun oleh Muhammad Afif telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan penguji sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Pekalongan, Juli 2016

Pembimbing

Nuniek Nizmah F, M.Kep. Sp.KMB

NIK. 93.001.013

## HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul “ Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Hipertensi di Ruang Sekar Jagat RSUD Bendan Kota Pekalongan” yang disusun oleh Muhammad Afif telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Pekalongan, Juli 2016

Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

Rita Dwi Hartanti, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.M.B Nuniek Nizmah F, M.Kep.Sp.KMB

NIK. 10.001.007

NIK. 93.001.013

Mengetahui

Ka. Prodi DIII Keperawatan

STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Herni Rejeki, S.Kep.,M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom

NIK. 96.001.016

## **HALAMAN PENYATAAN ORISINALITAS**

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar.

Pekalongan, Juli 2016  
Yang Membuat Pernyataan

Muhammad Afif

NIM : 13. 1685.P

## KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillah penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala Rahmat Hidayah serta inayah-Nya, Sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Hipertensi di Ruang Sekar Jagat RSUD Bendan Kota Pekalongan”**.

Dengan segala kemampuan yang ada, penulis menyusun karya tulis ilmiah ini untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Program Studi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan tahun 2016. Penulis menyampaikan rasa terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Direktur RSUD Bendan, selaku pemimpin dari Rumah Sakit Umum Daerah Bendan.
2. Kepala ruang beserta staf ruang Sekar Jagat penyakit dalam RSUD Bendan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam memberikan asuhan keperawatan di ruangan.
3. Muchammad Arifin, S.Kep.,M.Kep Selaku ketua STIKES Muhammadiyah Pekajangan.
4. Herni Rejeki, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom Selaku ketua Prodi DIII keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan.
5. Nuniek Nizmah F, M.Kep.Sp.KMB Selaku pembimbing dan penguji II dalam penyusunan karya tulis ilmiah, yang telah membimbing dan memberi masukan kepada penulis.
6. Rita Dwi Hartanti selaku dosen penguji I Karya Tulis Ilmiah.
7. Seluruh dosen beserta staf STIKES Muhammadiyah Pekajangan yang telah memberi bekal imu kepada penulis.
8. Keluarga tercinta : Orang tua Bapak dan Ibu, Kakak saya, yang telah memberikan semangat, do'a, materi, kasih sayang, dan dukungan selama penulis menempuh pendidikan serta dalam penyusunan laporan ini.
9. Teman-teman angkatan 2016 dan seperjuangan Fajrin, Meikhan, M. Salman, Riska, Geti, Maemunah, Tri yuni, Jazila, Ira dan teman-teman

yang lain yang belum penulis sebut, terimakasih atas bantuan, kerjasama dan supportnya.

10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu terimakasih atas semua bantuan dan dukungannya sehingga terselesaikannya laporan ini.

Penulis menyadari bahwa segala sesuatu di dunia ini tiada yang sempurna, maka karya tulis ilmiah ini pun tidak luput dari kekurangan. Untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun guna memperbaiki karya tulis ilmiah ini. Penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Pekalongan, Juli 2016

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI .....	vi
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	3
C. Manfaat Penulisan .....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	5
A. Pengertian.....	5
B. Etiologi .....	5
C. Patofisiologi.....	6
D. Manifestasi Klinis.....	7
E. Pengkajian.....	8
F. Diagnosa .....	10
G. Intervensi .....	10
BAB III TINJAUAN KASUS .....	15
A. Pengkajian .....	15
B. Analisa dan Diagnosa Keperawatan .....	16
C. Intervensi .....	16
D. Implementasi .....	18
E. Evaluasi .....	21
BAB IV PEMBAHASAN .....	22
A. Pengkajian .....	22
B. Diagnosa Keperawatan.....	22
C. Intervensi .....	24
D. Implementasi.....	25
E. Evaluasi.....	26

BAB V PENUTUP .....	28
A. Simpulan .....	28
B. Saran .....	29

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

Lampiran 1. Pathways

Lampiran 2. Asuhan Keperawatan Pada NY. M dengan Hipertensi di Ruang  
Sekar Jagad RSUD Bendan Kota Pekalongan

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Hipertensi atau penyakit darah tinggi sebenarnya adalah suatu gangguan pada pembuluh darah yang menyebabkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah, terlambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya, tidak diawal jantung harus bekerja keras untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Bila kondisi tersebut berlangsung lama dan menetap, timbulah gejala yang disebut sebagai penyakit tekanan darah tinggi (sustrani,2005 hal. 12). Hipertensi dapat ditetapkan sebagai tingginya tekanan darah secara meenetap dimana tekanan sistolik diatas 140 mmHg dan tekanan diastolik diatas 90 mmHg (brunener dan suddart,2006 hal.21).

Hipertensi termasuk penyakit dengan angka kejadian (prevaensi) yang cukup tinggi, dan dikaitkan dengan kematian yang hampir 14 ribu pria di Amerika setiap tahunnya. Tanpa pengobatan, hipertensi ikut berperan dalam kematian ribuan oranglain karena penyakit ikutannya yang lebih berbahaya, seperti stroke, serangan jantung, gagal jantung, dan gagal ginjal terminal. Hipertensi membuka 12 peluang lebih besar bagi penderitanya untuk menderita stroke dan 6 kali lebih besar untuk serangan jantung, serta 5 kali lebih besar meninggal karena gagal jantung (congestive heart failure). Penderita hipertensi beresiko besar mengalami gagal ginjal. Di Amerika di perkirakan sekitar 64 juta lebih penduduknya yang berusia antara 18 sampai 75 tahun menderita hipertensi. Separuh dari jumlah tersebut awalnya tidak menyadari bahwa dirinya diincar oleh pembawa maut yang bernama hipertensi (sustranti, 2005 hal.8)

Berdasarkan data WHO (Whord Health Organization) pada tahun 2007 dari 50% penderita hipertensi yang diketahui hanya 20% yang mendapat pengobatan dan hanya 12,5% yang diobati dengan baik. Padahal hipertensi merupakan penyebab utama penyakit jantung, otak, syaraf,

kerusakan hati dan gagal ginjal sehingga membutuhkan biaya yang tidak sedikit (Admin,2007). Diseluruh dunia hampir 1 milyar sekitar seperempat dari populasi orang dewasa menyangg tekanan darah tinggi. Jumlah ini cenderung meningkat. Di Inggris penyakit ini diperkirakan mengenai lebih dari 16 juta orang. Di Inggris 34% pria dan 30% wanita menyangg tekanan darah tinggi (di atas 140/90 mmHg) atau sedang mendapat pengobatan tekanan darah tinggi. Pada populasi lanjut, angka penyandang tekanan darah tinggi lebih banyak lagi dialami oleh lebih separuh populasi orang berusia diatas 60 tahun. Pada tahun 2005, penyandang tekanan darah tinggi di perkirakan mencapai 1,6 miliar orang (Williams 2007 hal 30).

Di indonesia banyaknya penderita hipertensi pada tahun 2007 diperkirakan 15 juta orang tetapi hanya 4% yang merupakan hipertensi terkontrol. Prevalensi 6-15% pada orang dewasa, 50% diantaranya tidak menyadari sebagai penderita hipertensi sehingga mereka cenderung menjadi hipertensi berat karena tidak menghindari dan tidak mengetahui faktor resiko, dan 90% merupakan hipertensi esensial. Saat ini penyakit degeneratif dan kardiovaskuler sudah merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di indonesia (Amirudin,2007)

Prevalensi kasus hipertensi primer di provinsi jawa tengah mengalami peningkatan dari 1,87% pada tahun 2006, menjadi 2,02% pada tahun 2007, dan 3,30% pada tahun 2008. Prevalensi sebesar 3,30% artinya setiap seratus orang terdapat 3 orang penderita hipertensi primer. Terdapat empat kabupaten/kota dengan prevalensi sangat tinggi diatas 10% yaitu kabupaten brebes sebesar 18,60%, kota tegal sebesar 15,41%, kabupaten karanganyar sebesar 13,81%, dan kabupaten sukoharjo sebesar 10,89%. Peningkatan kasus ini disebabkan antara lain karena rendahnya kesadaran masyarakat untuk memeriksakan tekanan darah secara dini tanpa menunggu adanya gejala. Selain itu paparan faktor pola makan yang tidak sehat dan kurangnya olahraga juga bisa memicu peningkatan kasus.

Praktek klinik keperawatan bedah STIKES Muhammadiyah pekajangan-pekalongan tahun 2016 di rumah sakit Benda-pekalongan

melakukan pengkajian tentang data kesehatan dan penyakit hipertensi yang sedang di derita sela,a 6 bulan terakhir. Hasil kajian dilakukan untuk rumah sakit bendan pekalongan jumlah pasien hipertensu pada tahun 2014 sebanyak 490 orang dan menurun pada tahun 2015 menjadi 301 orang, meskipun menjadi penurunan pasien hipertensu masih banyak dan beresiko unyuk mengalami komplikasi stroke, sehingga untuk menurunkan angka asakitan di buatkan askep. Berdasarkan paparan diatas penulis tertarik untuk mengambil kaksus hipertensi (Arsip Rumah Sakit Bendan – pekalongan).

## **B. Tujuan Penulisan**

### 1. Tujuan umum

Agar penulis dapat memahami dan mampu menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan hipertensi dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan

### 2. Tujuan khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian dengan menggunakan anamnesa, obsevasi dan pemeriksaan fisik.
- b. Mampu mendiaknosa masalah masalah-masalah yang muncul pada klien dengan hipertensi.
- c. Mampu menyusun rencana keperawatan pada klien dengan kasus hipertensi.
- d. Mampu melaksanakan tindakan tindakan keperawatan pada kasus hipertensi.
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada hipertensi
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan hipertensi.

## **C. Manfaat**

### 1. Bagi penulis

Sebagai aplikasi pembelajaran KMB (Kompetensi medikal Bedah) khususnya asuhan keperawatan tentang hipertensi apat menambah

pengetahuan dan pengalaman bagi penulis dalam penanganan kasus hipertensi.

2. Bagi lahan praktik

Sebagai mutu pelayanan kesehatan pada umumnya dan mningkatkan mutu pelayanan klien dengan hipertensi sehingga dapat mengurangi resiko terjadinya komplikasi.

3. Bagi institusi

Sebagai wacana untuk menambah wawasan bagi mahasiswa STIKES Muhammadiyah pekajangan pekalongan khususnya prodi DIII keperawatan yang berkaitan dengan kasus hipertensi.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Pengertian**

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana tekanan sistole dan diastole mengalami kenaikan yang melebihi batas normal (tekanan sistole di atas 140 mmHg, di atas 90 mmHg) (Arnita,2008). Menurut JNC hipertensi terjadi apabila tekanan darah tinggi persisten dimana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90mmHg.

#### **B. Etiologi**

Klasifikasi Berdasarkan Etiologi

##### a. Hipertensi esensial (primer)

Merupakan 90% dari kasus penderita hipertensi. Dimana sampai saat ini belum diketahui penyebabnya secara pasti. Beberapa faktor yang berpengaruh dalam terjadinya hipertensi esensial, seperti : faktor genetik, stres dan psikologi, serta faktor lingkungan dan diet (peningkatan penggunaan garam dan berkurangnya asupan kalium atau kalsium).

##### b. Hipertensi sekunder

Pada hipertensi sekunder, penyebab dan patofisiologi dapat diketahui dengan jelas sehingga lebih mudah untuk dikendalikan dengan obat. Penyebab hipertensi sekunder di antaranya berupa kelainan ginjal seperti tumor, diabetes, kelainan adrenal, kelainan aorta, kelainan endokrin lainnya seperti obesitas, resistensi insulin, hiperoidisme, dan pemakaian obat-obatan seperti : kontrasepsi oral dan kortikosteroid.

Penyebab utama dari penyakit hipertensi adalah gaya hidup modern karena dalam hidup modern kerja keras dalam situasi penuh tekanan, dan stres yang berkepanjangan. Kedua pola makan yang salah seperti makanan yang diawetkan dan garam dapur serta bumbu penyedap dalam jumlah tinggi, misalnya monosodium glutamat (MSG). Ketiga

berat badan berlebih , jantung harus bekerja keras untuk memompa darah agar bisa menggerakkan beban berlebihan dari tubuh tersebut. Karena obesitas termasuk salah satu faktor yang meningkatkan resiko hipertensi dan serangan jantung.(Arnit,2008)

### C. Patofisiologi

Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya *angiotensin II* dari *angiotensin I* oleh *angiotensin I converting enzyme* (ACE). ACE memegang fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Selanjutnya oleh hormon renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi *angiotensin I*. Oleh ACE yang terdapat diparu-paru, *angiotensin I* diubah menjadi *angiotensin II*. *Angiotensin II* inilah yang memiliki peranan kunci dalam menaikkan tekanan darah melalui 2 aksi utama. Aksi pertama adalah meningkatkan sekresi hormon anti diuretik (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi oleh hipotakamus (kelenjar pituitari) dan bekerja pada ginjal yang mengatur osmolaritas dan volume urine. Dengan meningkatnya ADH sangat sedikit urine yang diekresikan diluar tubuh (antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolitasnya untuk mengencerkan, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya, volume darah meningkat yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah.

Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi aldosteron dari koeteks adrenal. Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peran penting pada ginjal. Untuk volume cairan ekstra seluler, aldosteron akan mengurangi eksresi NaCL akan di encerkan kembali dengan cara meningkatkan volume tekanan darah. Faktor tersebut merubah fungsi tekanan darah terhadap perfusi jaringan yang adekuat meliputi mediator hormon, aktifitas faskuler, volume sirkulasi darah, kalibervaskuler, viskositas darah, curah jantung, elastisitas, pembuluh darah dan stimulai neural. Perjalanan penyakit hipertensi esensial berkembang dari hipertensi yang kadang-kadang muncul terjadi hipertensi yang persisten. Setelah periode asimtomatic yang lama, hipertensi perssisten berkembang menjadi

hipertensi dengan komplikasi , dimana kerusakan organ target di aorta dan arteri kecil, jantung, ginjal, retina dan susunan saraf pusat.

Progresifitas hipertensi dimulai dari prehipertensi pada pasien umur 10-30 tahun (dengan meningkatkan curah jantung) kemudian menjadi hipertensi dini. Pasien pada umur 20 – 40 tahun (dimana tahanan perifer meningkat) kemudian menjadi hipertensi pada umur 30-50 tahun dan akhirnya menjadi hipertensi dengan komplikasi pada usia 40-60 tahun (menurut sharma S et al, 2008 dalam anggraini, 2009).

#### **D. Manifestasi Klinis**

Peninggian tekanan darah kadang-kadang merupakan satu-satunya gejala (mansjoer,2001). Hipertensi tidak memberikan gejala khas, baru setelah beberapa tahun adakalanya pasien merasakan nyeri kepala pagi hari sebelum bangun tidur, nyeri ini biasanya hilang setelah bangun (tan dan raharja,2005). Pada survei hipertensi di indonesia tercatat berbagai keluhan yang dihubungkan dengan hipertensi seperti pusing, cepat marah, telinga berdenging, sukar tidur, sesak nafas, rasa berat di tekuk, mudah lelah, sakit kepala, dan mata berkunang-kunang. Gejala ini disebabkan oleh komplikasi hipertensi seperti : gangguan penglihatan, gangguan neurologi, gagal jantung, dan gangguan fungsi ginjal tidak jarang dijumpai (Susolid et al,2011).

#### **E. Asuhan Keperawatan**

##### **1. Pengkajian**

a. Data biografi : nama , alamat, umur, tanggal, diagnose medis, penanggung jawab, catatan kedatangan.

b. Riwayat kesehatan

Keluhan utama : biasanya pasien datang kerumah sakit dengan keluhan kepala pusing dan bagian kuduk terasa berat, tidak bisa tidur.

Riwayat kesehatan sekarang : biasanya pada saat dilakukan pengkajian pasien masih mengeluh kepala terasa berat dan sakit, penglihatan berkunang-kunang , tidak biasa tidur.

Riwayat kesehatan terdahulu : biasanya penyakit hipertensi ini adalah penyakit yang menahun yang sudah lama dialami oleh pasien , dan biasanya pasien mengkonsumsi obat rutin seperti captopril.

Riwayat kesehatan keluarga : biasanya penyakit hipertensi ini adalah penyakit keturunan.

c. Data dasar pengkajian

1) Aktivitas / istirahat

Gajala : kelelahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton

Tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea

2) Sirkulasi

Gejala : riwayat hipertensi, ateroskloerisis, penyakit jantung koroner, penyakit serebrovaskuler

Tanda : tekanan TD, hipotensi postual, takhikardi, perubahan warna kulit, suhu dingin.

3) Integritas Ego

Gejala : riwayat perubahan kepribadian, ansiestas, depresi, euphoria, factot stres

Tanda : letupan suara hati, gelisah, penyempitan kontinue perhatian, tangisan yang meledak, otot muka tegang, pernafasan menghela, peningkatan pola bicara.

4) Eliminasi

Gejala : gangguan ginjal saat ini atau yang dahulu

5) Mekanisme / cairan

Gejala : makanan yang disukai yang daoat mencakup makanan tinggi garam, lemak dan kelestrol

## 6) Neurosensori

Gejala ; keluhan pusing atau pening, sakit kepala, berdenyut sakit kepala, berdenyut, gangguan penglihatan.

## 7) Nyeri / ketidak nyamanan

Gejala : angin, nyeri hilang timbul pada tungkai, sakit kepala, nyeri abdomen.

## 8) Pernafasan

Gejala : dispnea, yang berkaitan dengan aktifitas, takipnea, ortopnea, batuk dengan atau tanda sputum, riwayat merokok

Tanda : distress repirasi/ penggunaan obat aksesoris pernafasan, bunyi nafas tambahan, sianosis

## 9) Keamanan

Gejala : gangguan koordinasi, cara jalan

Tanda : episode parestesia unilateral transien, hipotensi psotual

## 10) Pembelajaran / penyuluhan

Gajala : faktor resiko keluarga : hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung, DM, penyakit ginjal, faktor resiko etnk. (KMB1 2007. Hal58)

## 2. Diagnosa keperawatan

- a. Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, iskemia mio kard, hipertropi ventricular
- b. Nyeri (sakit kepala) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular serebral
- c. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan meningkatnya retensinatrium ditandai dengan adanya edema
- d. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan O2. (Andrea Saferi. KMB1 2007. h . 2007)

### 3. Renacana asuha keperawatan

- a. Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, fasokonstriksi, iskemia miokard, hipertropi ventricular

Tujuan : setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan afterload tidak meningkat, tidak terjadi vasokonstriksi, tidak terjadi iskemia miokard.

Hasil yang duharapkan : klien berpartisipasi dalam aktifitas yang menurunkan tekanan darah / bebab kerja jantung, mempertahankan TD dalam rentang individu yang dapat diterima, memperlihatkan norma dan frekuensi stabil dalam rentang normal pasien.

Invertensi keperawatan :

- 1) Observasi teekananan darah

Rasional : perbandingan dari tekanan memberikan ga,baran yang lebih lengkap tentang keterlinatan / bidang masalah vaskuler.

- 2) Cacatan keberadaan, kualitas denyutan sentral dan perifer

Rasional : denyutan koritis, jugularis, radialis, dan famolaris mungkin teramati / palpasi. Denyut pada tungkai mungkin menurun, mencerminkan efek dari vasokontriaksi dan kongestivena.

- 3) Aukultasi tomus jantung dan bunyi nafas

Rasional : S4 umum terdengar pada pasien hipertensi berat karena adanya hipertropi atrium, perkemangan S3 mrenunjukkan hipertropi vetrikel dan kerusakan fungsi, adanya krakels, dapat mengindikasikan kongesti paru sekunder terhadap terjadinya atau gagal jantung kronik.

- 4) Catat adabya demam umum / tertentu

Rasional : dapat mengindikasikan gagal jantung

- 5) Anjurkan teknik relaksasi, panduan imajinasi dan distraksi

Rasional : dapat menurunkan rangsangan yang menimbulkan stress, membuat efek tenang, sehingga akan menimbulkan menurunnya tekanan darah.

- 6) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi anti hipertensi

Rasional : menurunkan tekanan darah.

- b. Nyeri ( sakit kepala ) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang.

Hasil yang diharapkan : melaporkan nyeri/ ketidak nyamanan tulang/ terkontrol. Mengungkapkan metode yang memberikan pengurangan, mengikuti regimen farmakologi yang di resepkan.

Intervensi keperawatan:

- 1) Pertahankan turah baring selama fase akut

Rasional : meminimalkan tirah baring stimulasi/ meningkatkan relaksasi.

- 2) Hilangkan / meminimalkan aktifitas vasokonstriksi yang dapat meningkatkan rasa sakit kepala : mengejan saat BAB, batuk panjang, membungkuk.

Rasional : aktivitas yang meningkatkan vasokonstriksi menyebabkan sakit kepala pada adanya peningkatan tekanan vaskuler serebral.

- 3) Bantu pasien dalam ambulasi sesuai kebutuhan

Rasional : meminimalkan penggunaan oksigen dan aktifitas yang berlebihan yang memberatkan kondisi klien.

- 4) Beri cairan, makanan lunak, biarkan klien beristirahat selama 1 jam setelah makan.

Rasional : menurunkan kerja miocard sehubungan dengan kerja pencernaan.

- 5) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analogenik, anti antietas, diazepam

Rasional : nalgenik menurunkan nyeri dan menurunkan rangsangan saraf simpatis.

- c. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan meningkatnya retensi natrium ditandai dengan adanya edema

Tujuan : klien menunjukkan volume cairan yang stabil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam

Hasil yang diharapkan : tidak ada edema, keseimbangan masukan dan keluaran cairan.

Intervensi keperawatan :

- 1) Pantau atau hitung keluaran pemasukan dan pengeluaran selama 24 jam.

Rasional : terapi deuritik dapat disebabkan oleh kehilangan tiba-tiba atau berlebih.

- 2) Pertahankan duduk atau tirah baring dengan posisi semiflower selama fase akut.

Rasional : posisi terlentang meningkatkan filtrasi ginjal dan penurunan produk ADH sehingga mengangkat diuresis.

- 3) Auskultasi bunyi nafas, cacat penurunan dan atas bunyi tambahan seperti krekeldan mengi.

Rasional : kelebihan volume cairan sering menimbulkan kongesti paru. Gejala edema paru dapat menunjukkan gagal jantung kiri akut.

- d. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub>.

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien terpenuhi dalam informasi tentang hipertensi.

Hasil yang diharapkan : klien dapat berpartisipasi dalam aktifitas yang diinginkan / diperlukan, melaporkan peningkatan dalam toleransi aktifitas yang dapat diukur.

Intervensi keperawatan ;

- 1) Kaji toleransi pasien terhadap aktifitas dengan menggunakan parameter:

Rasional : parameter menunjukkan respom fisiologis pasien terhadap stress, aktifitas dan indikator derajat pengaruh kelebihan kerja jantung.

- 2) Kaji kesiapan untuk meningkatkan aktivitas contoh : penurunan kelemahan/ kelelahan. TD stabil, frekuensi nadi, peningkatan perhatian pada aktivitas dan perawatan diri.

Rasional : stabilitas fisiologis pada istirahat penting untuk menunjukkan tingkatan aktifitas individu.

- 3) Dorong memajukan aktivitas/ toleransi perawatan diri

Rasional : konsumsi oksigen miokardia selama berbagai aktifitas dapat meningkatkan jumlah oksigen yang ada. Kemajuan aktifitas terhadap memecah penongkatan tiba-tiba pada kerja jantung.

- 4) Berikan bantuan sesuai kebutuhan dan anjurkan penggunaan kursi mandi, memyikat gigi/ rambut dengan duduk dan sebagainya.

Rasional : teknik penghematan energi menurunkan penggunaan energi sehingga membantu keseimbangan suplai kebutuhan oksigen.

- 5) Dorong pasien untuk partisipasi dalam memilih periode aktifitas.

Rasional : seperti jadwal meningkatkan toleransi terhadap kemajuan aktivitas dan mencegah kelemahan.

## **BAB III**

### **RESUME KASUS**

#### **A. Pengkajian**

Nama Ny. M usia 45 tahun, jenis kelamin perempuan, agama islam, status perkawinan menikah, pendidikan terakhir SMP, berasal dari bojong pekalongan. Di rawat di ruang sekar jagad RSUD Bendan pekalongan. Sebagai penanggung jawab Tn. T selaku anak klien, status menikah, agama islam, alamat Bojong pekalongan. Diagnosa medis klien adalah hipertensi.

Pada tanggal masuk 18 mei 2016, jam 16:07 WIB klien beserta keluarga datang ke RSUD Bendan pekalongan dengan keluhan : DS : klien mengatakan kepalanya terasa sakit dan lehernya terasa kaku, badan lemas, mata berkunang-kunang, tidur malam hanya 3 jam/hari dan tidak pernah tidur siang, klien mengatakan untuk aktifitas klien dibantu keluarganya mengatakan nafsu makan menurun. Klien mengatakan sudah lama mempunyai penyakit hipertensi selama 6 tahun. Sebelumnya klien sudah diperiksa di mantri tetapi tidak ada perubahan, kemudian klien dibawa ke rumah sakit dan masuk IGD RSUD Bendan pekalongan dengan TD:170/100 mmHg, suhu tubuh 36 C, nadi 80x/menit, pernafasan 24 x/menit dan klien dirawat di ruang sekar jagad.

Pada saat pengkajian tanggal 19 Mei 2016, pukul 10:00 WIB didapatkan data : DS: klien mengatakan kepalanya sakit dan lehernya terasa kaku, badan lemas, mata berkunang-kunang, klien sering terbangun saat tidur malam hanya 3 jam/hari dan tidak pernah tidur siang, klien mengatakan untuk aktifitas klien dibantu keluarganya. DO: tampak menahan nyeri, skala 5-6 TD: 170/100 mmHg S: 36,6C, nadi 80x/menit, pernafasan 24 x/menit, klien mengatakan nyeri kepala (Paliatif: hipertensi, Kualitas : nyeri seperti tertusuk-tusuk, Regional : kepala, Skala: 5-6, Time: hilang timbul), klien tampak lemah.

## B. Dignosa Keperawatan

Berasarkan hasil pengakajiaan pada tanggal 19 Mei 2016 di dapatkan diagnosa :

1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler selebral. Di tandai dengan data sunyektif : klien mengatakan kepalanya terasa sakit dan lehernya terasa sakit dan lehernya terasa kaku. Data objektif : TD: 170/100 mmHg S; 36,5C, nadi 80 x/menit, pernafasan 24 x/menit.
2. Gangguan pola tidur dengan gangguan berhubungan dengan rasa nyeri di tandai denngan data subjektif : klien mengatakan tidur malam hanya 3 jam/hari dan tidak pernah tidur siang. Data objektif : terdapat lingkaran hitam dibawah mata, TD : 170/100 mmHg, S : 36.5c, N80 x/menit RR: 24 x/menit.
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub>. Ditandai dengan data subjektif: klien mengatakan badanya lemas, klien mengatakan untuk aktifitasnya di bantu keluarga. Data objektif : klien terlihat lemas, klien hanya berbaring di tempat tidur, dan aktifitas klaen di bantu keluarga.

## C. Intervebsi Keperawatan

1. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler selebral.
  - a. Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 (tiga) hari diharapkan nyeri berkurang. Dengan hasil yang diharapkan : klien mengungkapkan tidak adanya ssakit kepala dan tampak nyaman, klien mampu melaporkan nyeri/ ketidaknyamanan tulang/ terkontrol. Mengungkapkan metode yang memberikan pengurangan, mengikuti regiment farmakologi yang di resepkan.
  - b. Intervensi keperawatan : pertahankan tirah baring selama fase akut, beri tindakan non farmakologi untuk menghilangkan sakit kepala, misalnya kompres dingin pada dahi, pijit punggung dan leher serta

teknik relaksasi, hilangkan/ meminimalkan aktifitas vasokonstriksi yang dapat meningkatkan sakit kepala : mengejan saat BAB, batuk panjang, dan membungkuk, bantu pasien dalam ambulasi sesuai kebutuhan, makanan lunak. Biarkan klien istirahat selama 1 jam setelah makan.

2. Gangguan pola tidur dengan gangguan berhubungan dengan rasa nyeri.
  - a. Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari di harapkan klien mampu menunjukkan lingkaran gelap di bawah mata hilang, melaporkan gangguan pola tidur berkurang dan mengungkapkan metode yang memberikn pengurangan gangguan.
  - b. Intervensi keperawatan : kurangi kebisingan, batasi msukan minuman yang mengandung kafein, jelaskan penyebab gangguan istirahat tidur.
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakm seimbangan antara suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub>.
  - a. Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari di harapkan klien mampu berpartisipasi dalam aktifitas yang di inginkan/ diperlukan. Melaporkan peningkatan dalam toleransi aktifitas yang dapat diukur.
  - b. Intervensi keperawatan : kaji toleransi pasien terhadap aktifitas dengan menggunakan parameter: frekuensi nadi 20x/menit. Catat toleransi istirahat, catat peningkatan TD, kaji kesiapan untuk meningkatkan aktifitas contoh : penurunan kelemahan, TD stabil, frekuensi nadi, peningkatan perhatian pada aktifitas dan perawatan diri. Dorong memajukan aktifitas/ toleransi perawatan diri. Dorong pasien untuk partisipasi dalam memilih periode aktifitas.

#### **D. Implementasi Keperawatan**

1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan peningkatan vaskuler selebral.

Implementasi keperawatan : pada tanggal 20 Mei 2016 pukul 09.00 WIB untuk diagnosa 1 dilakukan tindakan keperawatan : melakukan

pengkajian nyeri pada klien, dengan respon DS: klien mengatakan kepalanya terasa nyeri dan lehernya terasa kaku (P: hipertensi, Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: kepala, S: 5-6, T: hilang timbul) DO: klien tampak menahan nyeri, skala 4-5. Pukul 10.30 WIB mrngukur tanda-tanda vital klien dengan respon DS: klien mengatakan mau diperiksa DO: TD: klien tampak tidur ½ jam. Pukul 13.45 WIB memantau suhu tubuh klien, turgor kulit dan kelembapannya. DS: klien mengatakan badanya tidak panas. DO: suhu tubuh 36,5°C, capillary refill time >3 detik, turgor kulit jelek dan kulit lembab.

Implementasi keperawatan: pada tanggal 21 Mei 2016 pukul 09.00 WIB untuk diagnosa 1 dilakukan tindakan keperawatan: mrngukur tanda-tanda vital klien dengan respon DS: klien mengatakan mau diperiksa. DO: tekanan darah 160/70 mmHg, nadi 84 x/menit, RR 22 dalam dengan respon DS: klien mengatakan mau diajari. DO: klien tampak mengikuti relaksasi. Pukul 13.00 WIB mengkaji skala nyeri dengan respon DS: klien mengatakan masih nyeri DO: klien tampak menahan nyeri, skala 5. Pukul 14.00 memotivasi klien untuk banyak istirahat DS: klien bersedia. DO: klien tampak ketiduran.

Implementasi keperawatan: pada tanggal 22 Mei 2016 pukul 10.00 WIB untuk diagnosa 1 dilakukan tindakan keperawatan: menanyakan keluhan klien dengan respon DS: klien mengatakan lemas dan kepalanya pusing. DO: ekspresi wajah klien tampak lemas. Pukul 10.15 WIB mengukur tanda-tanda vital klien dengan respon DS: klien mengatakan lemas dan kepalanya pusing. DO: tekanan darah 160/80 mmHg, nadi 84 x/menit. Pukul 11.45 WIB memotivasi klien untuk relaksasi nafas dalam saat nyeri DS: klien mengatakan sudah melaksanakan anjuran. DO: klien tampak melakukan relaksasi nafas dalam.

## 2. Gangguan pola tidur dengan gangguan berhubungan dengan rasa nyeri.

Implementasi keperawatan: pada tanggal 20 Mei 2016 pukul 09.00 WIB untuk diagnosa 2 dilakukan tindakan keperawatan: melakukan pengkajian aktifitas tidur, dengan respon DS: klien

mengatakan tidur malam hanya 3 jam/hari. DO: terdapat lingkaran hitam dibawah mata pukul 10.30 WIB mengukur tanda-tanda vital klien dengan respon DS: klien mengatakan mau diperiksa DO: TD: 170/100 mmHg S: 36,5c, nadi 80 x/menit, pernafasan 24 x/menit pukul 12.30 WIB memotivasi klien untuk istirahat DS: klien Bersedia , DO: klien hanya bisa tiduran.

Implementasi keperawatan : pada tanggal 21 Mei 2016 pukul 09.00 WIB untuk diagnosa 2 dilakukan tindakan keperawatan : mengukur tanda-tanda vital klien dengan respon DS: klien mengatakan mau diperiksa. DO: tekanan darah 160/70 mmHg, nadi 84 x/menit, Rr 22 x/menit. Pukul 10.15 WIB memotivasi keluarga klien untuk keluar saat klien istirahat DS: keluarga klien bersedia DO: klien tidur selama 1 jam.

Implementasi keperawatan : pada tanggal 22 Mei 2016 pukul 10.00 WIB untuk diagnosa 2 dilakukan tindakan keperawatan : menanyakan keluhan klien dengan respon DS: klien mengatakan belum bisa tidur nyenyak dan kepalanya pusing. DO : Ekspresi wajah klien tampak lemas, lingkaran gelap mata masih ada. Pukul 10.15 WIB mengukur tanda-tanda vital klien dengan respon DS: PM mengatakan lemas dan kepalanya pusing. DO: tekanan darah 160/70 mm/Hg, nadi 84 x/menit, Rr x/menit. Pukul 11.45 WIB memotivasi klien untuk istirahat DS: klien bersedia. DO : klien tampak tidur selama 3 jam.

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub>.

Implementasi keperawatan : pada tanggal 20 Mei 2016 pukul 09.00 WIB untuk diagnosa 3 dilakukan tindakan keperawatan : mengkaji toleransi aktifitas klien, dengan respons DS : klien mengatakan badannya lemas. DO : klien tampak tiduran Pukul 10.30 WIB mengukur tanda-tanda vital klien dengan respons DS : klien mengatakan mau diperiksa DO : TD : 170/100 mmHg S: 36,5C, nadi 80 x/menit, pernafasan 24 xmenit Pukul 12.30 WIB memotivasi klien untuk istirahat DS : klien bersedia, DO: klien tidur siang 3 jam.

Implementasi keperawatan : pada tanggal 21 Mei 2016 pukul 09.00 WIB untuk diagnosa 3 dilakukan tindakan keperawatan : Mengukur tanda-tanda vital PM dengan respons DS: klien mengatakan mau diperiksa. DO: Tekanan darah 160/70 mmHg, nadi 84 x/menit. Rr 22 x/menit. Pukul 11.15 WIB mengkaji aktifitas DS : klien mengatakan aktifitas dibantu keluarga seperti mau ke kamar mandi, ganti pakaian dll. Do : klien tampak dibantu keluarga. Pukul 13.00 WIB memotivasi klien untuk meningkatkan aktifitas DS : klien bersedia DO : klien tampak beraktifitas perlahan-lahan.

Implementasi keperawatan : pada tanggal 22 Mei 2016 pukul 10.00 WIB untuk diagnosa 3 dilakukan tindakan keperawatan : menanyakan keluhan klien dengan respons DS : klien mengatakan masih lemas. DO : klien tampak tiduran. Pukul 10.15 WIB mengukur tanda-tanda vital klien dengan respon DS: PM mengatakan lemas dan kepalanya pusing. DO: tekanan darah 160/80 mmHg, nadi 84 x/menit, Rr 20 x/menit. Pukul 11.45 WIB memotivasi klien sudah bisa beraktifitas secara mandiri.

## **E. Evaluasi**

1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.

Evaluasi keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari masalah gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral belum teratasi dengan data subyektif : klien mengatakan masih masih sering nyeri saat aktifitas (P:hipertensi, Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : kepala, S : 5-6, T : hilang timbul), klien mengatakan lemas dan kepalanya pusing. Data obyektif : klien tampak lemas dan menahan nyeri, tekanan darah 160/80 mmhg, nadi 84 x/menit, Rr 20x/menit.

2. Gangguan pola tidur dengan gangguan berhubungan dengan rasa nyeri.

Evaluasi keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari masalah gangguan pola tidur dengan gangguan rasa

nyeri sudah teratasi dengan data obyektif: klien mengatakan sudah bisa tidur siang dan tidur malam selama 6 jam. Data Objektif: klien tampak lebih rileks, lingkaran gelap di bawah mata berkurang, tekanan darah 160/80 mmHg, nadi 84 x/menit, Rr 20 x/menit.

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub>.

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari masalah intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub>. Dengan data subyektif: klien mengatakan sudah bisa beraktifitas secara mandiri. Data obyektif: klien tampak kooperatif, tekanan darah 160/880 mmHg, nadi 84 x/menit, Rr 20 x/menit.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab ini penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan pada Ny. M dengan hipertensi di RSUD Benda Kota Pekalongan. Masalah keperawatan diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. M sesuai dengan prioritas masalah keperawatan yang muncul pada Ny. M sesuai dengan prioritas masalah keperawatan adalah gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral, gangguan pola tidur berhubungan dengan rasa nyeri, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub> dibawah ini adalah pembahasan dari diagnosa di atas :

#### **A. Pengkajian**

Pada saat pengkajian tanggal 19 Mei 2016, pukul 10.00 WIB didapatkan data : DS: klien mengatakan kepalanya terasa sakit dan lehernya terasa kaku, badan lemas, mata berkunang-kunang, tidur malam hanya 3 jam/hari dan tidak pernah tidur siang, klien mengatakan untuk aktivitas klien dibantu keluarga, klien mengatakan nafsu makan menurun. DO : tampak menahan nyeri, skala 5-6 TD: 170/100mmHg S: 36,5C, nadi 80 x/menit, pernafasan 24 x/menit, klien mengatakan nyeri kepala P : hipertensi Q ; nyeri seperti di tusuk-tusuk R : kepala, S : 5-6 T hilang timbul, klien tampak lemah.

#### **B. Diagnosa Keperawatan**

1. Diagnosa yang muncul pada teori adalah gangguan rasa nyaman berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.
  - a. Menurut (NANDA 2012. H. 604) pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan, akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau digambarkan dengan istilah perusakan sedemikian rupa, awitan yang tiba-tiba atau perlahan dengan intensitas ringan sampai berat dengan akhir dapat diantisipasi atau diramalkan atau durasinya lebih dari enam bulan.

- b. Alasan diagnosa ini ditegakkan karena dibuktikan dengan data : data subjektif: klien mengatakan kepalanya terasa sakit dan lehernya terasa kaku, mata berkunang-kunang dan pandangan kabur. Tampak menahan nyeri, skala 5-6. Data objektif TD: 170/100 mmHg S: 36,5C, nadi 80 x/menit, klien mengatakan yeri kepala (P : hipertensi, Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : kepala, S : 5-6, T : hilang timbul).
2. Gangguan pola tidur dengan dengan gangguan berhubungan dengan rasa nyeri.
  - a. Gangguan pola tidur berhubungan dengan rasa nyeri, yaitu gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal (Nanda 2012, h. 300)
  - b. Alasan diagnosa ini di tegakkan karena dibuktikan dengan : data subjektif : klien mengatakan tidur malam hanya 3 jam/hari dan tidak pernah tidur siang. Terdapat lingkaran hitam di bawah mata, data objektif : TD: 170/100 mmHg, S: 36,5 C, N80x/menit RR: 24x/menit.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub>.
  - a. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub> yaitu ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktifitas hidup sehari-hari yang baru atau yang ingin dilakukan (Nanda 2012. H. 315
  - b. Alasan diagnosa ini di tegakkan karena dibuktikan dengan data klien mengatakan badannyalemas, klien mengatakan untuk aktifitasnya di bantu keluarga. Klien mengatkan untuk aktifitasnya di bantu keluarga. Klien terlihat lemas, klien hanya berbaring di tempat tidur, dan aktifitas klien di bantu keluarga.

### **C. Intervensi Keperawatan**

1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan penngkatan tekanan vaskuler serebral.

- a. Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 (tiga) hari diharapkan nyeri berkurang. Dengan hasil yang diharapkan : klien mengungkapkan tidak adanya sakit kepala dan tampak nyaman, klien mampu melaporkan nyeri/ ketiak nyamanan tulang/ terkontrol, mengungkapkan metode yang memberikan pengurangan, mengikuti regimen farmakologi yang diresepkan.
  - b. Intervensi keperawatan : Pertahankan tirah baring selama fase akut, beri tindakan non farmakologi untuk menghilangkan sakit kepala, misalnya : kompres dingin pada dahi, pijit punggung dan leher serta teknik relaksasi, Hilangkan/ meminimalkan aktivitas vasokonstriksi yang dapat meningkatkan sakit kepala : mengejan saat BAB, batuk panjang, dan membungkuk, bantu pasien dalam ambulansi sesuai kebutuhan, beri cairan, makanan lunak. Biarkan klien istirahat selama 1 jam setelah makan, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik.
2. Gangguan pola tidur dengan gangguan berhubungan dengan rasa nyeri.
    - a. Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan klien mampu menunjukkan lingkaran gelap di bawah mata hilang, melaporkan gangguan pola tidur berkurang dan mengungkapkan metode yang memberikan pengurangan gangguan.
    - b. Intervensi keperawatan : Kurangi kebisingan, batasi masukan minuman yang mengandung kafein, jelaskan penyebab gangguan istirahat tidur.
  3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub>.
    - a. Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan klien mampu berpartisipasi dalam aktifitas yang diinginkan/ diperlukan. Melaporkan peningkatan dalam toleransi aktifitas yang dapat diukur.
    - b. Intervensi keperawatan : Kaji toleransi pasien terhadap aktifitas dengan menggunakan parameter : frekuensi nadi 20x/menit, catat toleransi istirahat, catat peningkatan TD, kaji kesiapan untuk

meningkatkan aktifitas contoh : penurunan kelemahan, TD stabil, frekuensi nadi, peningkatan perhatian pada aktifitas dan perawatan diri. Dorong memajukan aktivitas/ toleransi perawatan diri. Dorong pasien untuk partisipasi dalam memilih periode aktivitas.

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Implementasi yang dilakukan oleh penulis telah disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah disusun sebelumnya, dengan tujuan agar dapat mengatasi masalah-masalah yang timbul pada Ny. M. Namun selalu ada kekurangan dan kelebihan atau kekuatan dan kelemahan dari masing-masing tindakan yang telah diaplikasikan kepada Ny. M. Pada bab ini penulis akan membahas kekuatan dan kelemahan masing-masing intervensi dari masing-masing diagnosa.

Intervensi keperawatan yang disusun penulis untuk mengatasi diagnosa gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral Ny. M dengan tujuan nyeri berkurang. Untuk mengetahui peningkatan tekanan darah yang disertai dengan demam dan sebagai rujukan darah klien dengan memotivasi klien untuk banyak istirahat dan mengurangi pikiran, sedangkan untuk kelemahannya dari tindakan ini adalah tindakan ini dapat memunculkan hasil yang kurang tepat sehingga akan mempengaruhi tindakan selanjutnya.

Intervensi keperawatan yang sudah disusun penulis untuk mengatasi diagnosa gangguan pola tidur dengan gangguan berhubungan dengan rasa nyeri. Adapun tindakannya adalah mengidentifikasi kebutuhan keamanan sesuai dengan kondisi fisik dan fungsi kognitif kekuatan dari tindakan ini adalah untuk menjaga keamanan klien supaya tidak terjadi peningkatan tekanan darah sedangkan kelemahan dari tindakan ini adalah terkadang klien susah istirahat. Kemudian tindakan selanjutnya adalah memotifasi ruangan agar terhindar dari kebisingan kurangi kebisingan. Kekuatan dari tindakan ini adalah klien terkadang tergantung karena kebisingan tamu dari pasien sebelah.

Intervensi keperawatan keperawatan yang sudah disusun penulis untuk mengatasi diagnosa Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub> dengan tujuan klien dapat beraktifitas secara mandiri. Adapun tindakan yang dilakukan penulis adalah mengkaji tingkat aktivitas klien, kekuatan dari tindakan ini adalah untuk menjadikan klien agar lebih mandiri dalam melakukan aktifitas, sedangkan untuk kelemahan dari tindakan ini adalah terkadang klien tidak bersedia untuk melakukan aktifitasnya secara mandiri.

#### **E. Evaluasi**

1. Gangguan rasa nyeri nyaman nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler selebral

Evaluasi keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari masalah gangguan yang berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral belum teratasi dengan atau sunyektif: klien mengatakan masih sering nyeri saat aktifitas, klien mengatakan lemas dan kepalanya pusing. Data objektif : klien tampak lemas dan menahan nyeri, tekanan darah 160/80 mmHg, nadi 84 x/menit, Rr 20 x/menit.

2. Gangguan pola tidur dengan gangguan berhubungan dengan rasa nyeri.

Evaluasi keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3hari masalah gangguan pola tidur dengan gangguan rasa nyeri sudah sudah teratasi dengan data subjektif : klien mengatakan bahwa sudah bisa tidur siang dan tidur malam selama 6 jam. Data objektif: klien tampak lebih rileks, lingkaran gelap dibawah mata berkurang, tekanan darah 160/80 mmHg, nadi 84 x/menit, Rr 20 x/menit.

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub>.

Evaluasi keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari masalah intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub> sudah teratasi. Dengan data subyektif: klien mengatakan sudah bisa beraktifitas secara mandiri. Data obyektif: klien tampak kooperatif, tekanan darah 160/60 mmHg, nadi 84 x/menit, Rr 20 x/ menit.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah penulis lakukan pada Ny. M dengan hipertensi di RSUD Bendan pekalongan , pada tanggal 18 sampai 20 Mei 2016, maka penulis menarik kesimpulan dan memberikan saran yang berguna bagi peningkatan asuhan keperawatan pada umumnya dan khususnya pada klien dengan hipertensi

#### **A. Kesimpulan**

1. Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. M 18 Mei 2016, jam 16.07 WIB klien beserta keluarga datang ke RSUD bendan pekalongan dengan keluhan : DS : klien mengatakan kepalanya terasa sakit dan lehernya terasa kaku , badab lemas. Mata berkuanag kunang, tidur malam hanya 3 jam/hari dan tidak pernah tidur siang, klien mengatakan untuk aktifitas klien dibantu keluarga klien. Klien mengatakan sudah lama mempunyai penyakit hipertensi selama 6 tahun. Sebelumnya klien sudah diperiksa di mantri tetapi tidak ada perubahan. Kemudian klien dibawa kerumah sakit dan dibawa ke IGD RSUD bendan pekalongan dengan TD : 170/100 mmHg, suhu tubuh 36C, nadi 80 x/menit, pernafasan 24 x/menit.
2. Diagnosa yang muncul pada pasien adalah :
  - a. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler
  - b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan rasa nyeri
  - c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan O2.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tiga hari meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan pada Ny. M di dapatkan hasil masalah keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri dan intoleransi yang berhubungan dengankelemahan umum, ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhab O2 teratasi, sedangkan gngguan rassa nyaman berhubungan

dengan peningkatan tekanan vaskuler selebral belum teratasi karena pada hal ini membutuhkan waktu yang lama untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan rasa nyaman. Semua upaya yang dilakukan bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan klien dan menurunkan

angka kejadian komplikasi bagi penderita hipertensi pada umumnya bagi Ny. M pada khususnya.

## **B. Saran**

Dengan dilaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan hipertensi yang telah penulis lakukan, saran yang dapat di berikan yaitu:

### 1. Bagi perawat

Perawat perlu meningkatkan pemahaman, pengetahuan, ketrampilan dan prosedur keperawatan pada pasien hipertensi agar dapat memberikan asuhan keperawatan sesuai prosedur dan sesuai apa yang dibutuhkan.

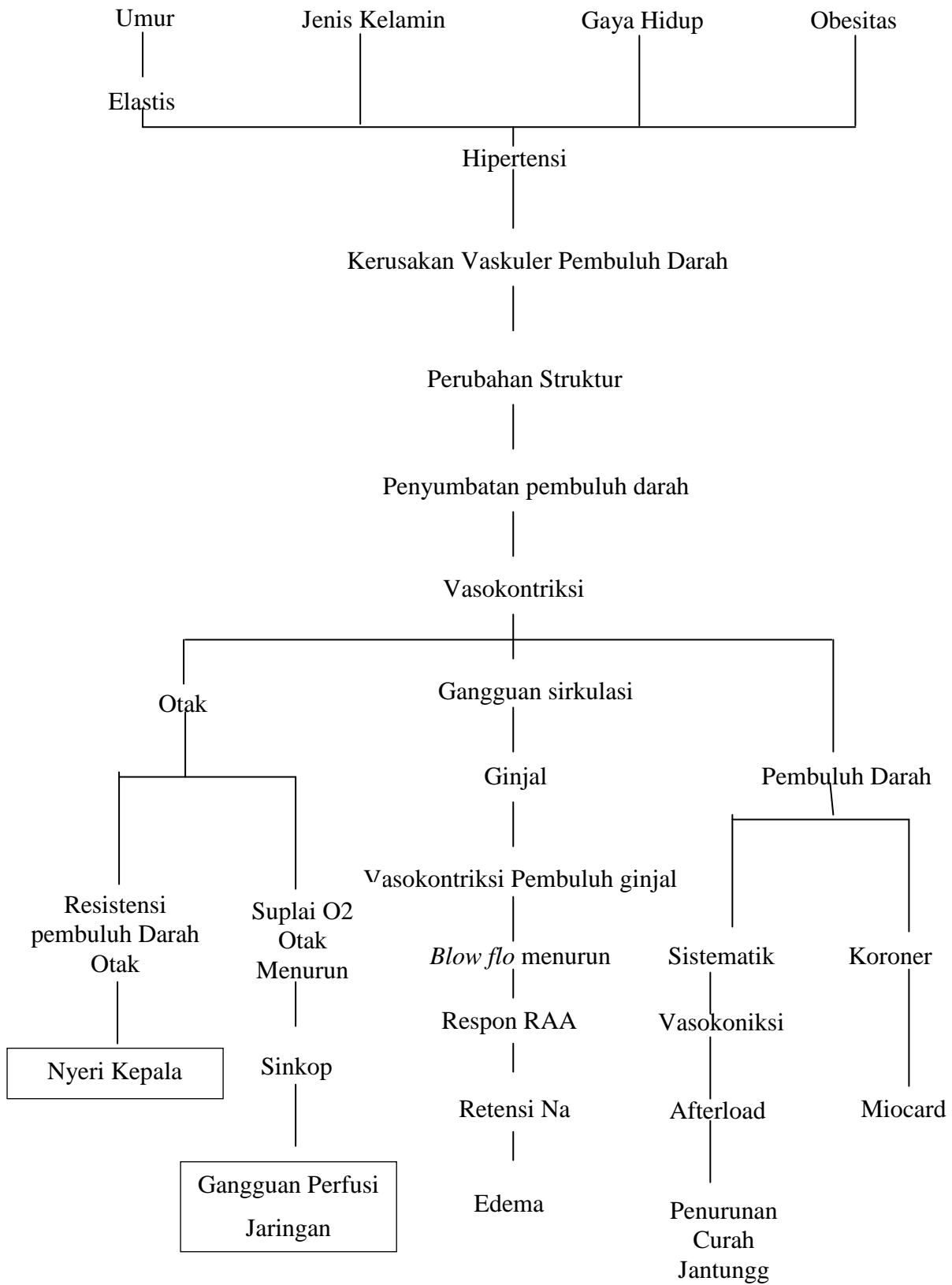
### 2. Bagi lahan praktek

Meningkatkan pemberian informasi kepada klien terutama cara mengatasi kekambuhan hipertensi di rumah, memberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi, dengan mengurangi beban pikiran klien, menghindari makan yang asin.

### 3. Bagi institusi pendidikan

Memperbanyak sumber pembelajaran berupa peningkatan jumlah buku asuhan keperawatan hipertensi, sehingga dapat memperlancar proses pembelajaran dan pembuatan KTI.

# PATHWAYS



## DAFTAR PUSTAKA

Andra, Safer & Yessie. 2007, *KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah*, Yogyakarta :Nuha Medika

Henderson. E.T. & Mc.Farlane,J.(2006). *Buku Ajar Keperawatan Komunitas : Teori dan Praktik (edisi 3)*. Jakarta : EGC

[\(<http://www.pdfqueen.com>\)](http://www.pdfqueen.com)

Lanny, Syamsir, dkk. 2005. *Hipertensi*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama

Adib.M. 2011. *Pengetahuan Praktis Ragam Penyakit Mematikan Yang Paling Sering Menyerang Kita*. Yogyakarta : Buku Biru

Muwarni, Arita. 2008. *Perawat Pasien Penyakit Dalam*. Jogjakarta : Mitra cendikia

Smeltzer (2002) – *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Vol 2*, Jakarta: EGC

Susalit. Dkk(2002) – *Buku Ajar ilmu Penyakit Dalam Bedah. Jilid 2*, Jakarta : FKUI

Sustrani, 2005 – *Bahaya Hipertensi*, Jakarta Selatan : Sunda Kelapa Pustaka