

**STUDI DESKRIPTIF DIAGNOSA KEPERAWATAN PADA
ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN HIPERTENSI**



KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Sebagai Tugas Akhir
Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Menyelesaikan
Program Studi Diploma III Keperawatan

Disusun Oleh :

Kharisma Az - Zahri

NIM : D3A2022.042

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2025**

ABSTRAK

STUDI DESKRIPTIF DIAGNOSA KEPERAWATAN PADA ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN HIPERTENSI

Kharisma Az-Zahri, Ditya Yan Kusuma Setiani, Sri Aminingsih,
Warsini

ABSTRAK

Latar belakang. Hipertensi secara umum dapat didefinisikan sebagai tekanan sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg. Masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan hipertensi cukup kompleks, karenanya perlu manajemen asuhan keperawatan yang baik dimana salah satunya adalah pemantauan diagnosa keperawatan yang tepat.

Tujuan. Tujuan penulisan ini untuk mengetahui diagnosa keperawatan pada pasien hipertensi. Tujuan penulisan ini untuk mengetahui kesesuaian kondisi pasien dengan definisi, batasan karakteristik, etiologi, dan penegakan diagnosa keperawatan.

Metode. Desain penulisan laporan karya ilmiah ini adalah deskriptif dengan menggunakan pendekatan di kasus. Populasi adalah seluruh pasien hipertensi yang dirawat di ruang Kawung RSUD IBU FATMAWATI SOEKARNO, dengan sampel 1 (satu) kasus yang diambil secara acak (*simple random sampling*).

Hasil. Data ditemukan pada pasien dengan hipertensi yaitu pusing hilang timbul dan mual. Diagnosa keperawatan yang berkaitan dengan pasien adalah nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (hipertensi). SLKI: Tingkat nyeri dan SIKI: Manajemen nyeri. Tindakan yang dilakukan adalah pemberian analgesik, relaksasi nafas dalam, mengidentifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.

Kesimpulan. Dari data pengkajian yang dilakukan pasien osteomyelitis ditegakkan diagnosa keperawatan nyeri akut kemudian dilakukan asuhan keperawatan dengan SLKI: Tingkat Nyeri dan SIKI: manajemen nyeri. Hasil evaluasi pasien belum mampu mencapai tingkat nyeri secara optimal.

Kata Kunci: hipertensi, diagnosa keperawatan

ABSTRACT

DESCRIPTIVE STUDY OF NURSING DIAGNOSIS IN NURSING CARE WITH HYPERTENSION

Kharisma Az – Zahri, Ditya Yan Kusuma Setiani, Sri Aminingsih, Warsini
ABSTRACT

Background: hypertension can generally be defined as systolic pressure of more than 140 mmHg and diastolic pressure of more than 90 mmHg. Nursing problems that arise in patients with hypertension are quite complex, therefore good nursing care management is needed, one of which is monitoring the correct nursing diagnosis.

Purpose: the purpose of this writing is to determine the nursing diagnosis in hypertensive patients. The purpose of this writing is to determine the suitability of the patient's condition with the definition, characteristic limitations, etiology, and enforcement of nursing diagnoses.

Method: the design of writing this scientific paper report is descriptive using a case-by-case approach. The population is all hypertensive patients treated in the Kawung room of IBU FATMAWATI SOEKARNO Hospital, with a sample of 1 (one) case taken randomly (simple random sampling).

Results: data found in patients with hypertension are intermittent dizziness and nausea. Nursing diagnoses related to the patient are acute pain related to physiological injury agents (hypertension). SLKI: Pain level and SIKI: Pain management. The actions taken are providing analgesics, deep breathing relaxation, identifying the location, characteristics of duration, frequency, quality, intensity of pain.

Conclusion: from the assessment data carried out by osteomyelitis patients, a nursing diagnosis of acute pain was established and then nursing care was carried out with SLKI: Pain Level and SIKI: pain management. The results of the patient's evaluation have not been able to achieve optimal pain levels.

Keywords: hypertension, nursing diagnosis

HALAMAN PERSETUJUAN

Laporan karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan pada ujian sidang karya tulis ilmiah pada Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan PANTI KOSALA

Disetujui pada tanggal :

Pembimbing

(Ibu Ditya Yan Kusuma, S.Kep., Ns., M.Kes)

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Kharisma Az - Zahri

NIM : D3A2022.042

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan karya tulis ilmiah yang berjudul “STUDI DESKRIPTIF DIAGNOSA KEPERAWATAN PADA ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN HIPERTENSI” adalah benar-benar karya saya sendiri. Hal-hal yang bukan karya saya dalam laporan karya tulis ilmiah ini diberi tanda citasi dan ditunjukkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademik yang sudah di tentukan.

Sukoharjo, Mei 2025

Yang membuat pernyataan,

Kharisma Az - Zahri

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan anugerah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “STUDI DESKRIPTIF DIAGNOSA KEPERAWATAN PADA ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN HIPERTENSI”. Karya tulis ilmiah ini dilaksanakan untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala tahun akademik 2025.

Penulisan karya tulis ilmiah ini dapat penulis selesaikan berkat bantuan banyak pihak. Untuk itu, perkenankan penulis mengucapkan terima kasih kepada:

- 1) bu Ratna Indriati, A., M. Kes, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala.
- 2) dr. Tutik Asmi, selaku Direktur Utama RUMAH SAKIT IBU FATMAWATI SOEKARNO KOTA SURAKARTA
- 3) Ibu Ditya Yan Kusuma, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku dosen pembimbing karya ilmiah.
- 4) Bapak Ibu penguji Ujian Sidang karya tulis ilmiah ini.
- 5) Keluarga tercinta yang telah memberikan motivasi dan dukungan baik material maupun spiritual sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.
- 6) Semua teman-temanku yang telah bersedia membantu dalam karya tulis ilmiah ini dan saling bertukar informasi.
- 7) Mas Wisnu L. A. T yang telah memberikan dukungan, motivasi, semangat dan cinta untuk menyelesaikan tugas akhir ini, sehingga penulis dapat menyelesaikannya.

Penulis menyadari dalam penulisan karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan. Untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun dari semua pihak. Penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat berguna bagi semua pihak.

Sukoharjo, Mei 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
ABSTRAK.....	ii
ABSRTACT	iii
HALAMAN PERTSETUJUAN	iv
PERNYATAAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penulisan	5
D. Manfaat Penulisan	6
BAB II TUJUAN PUSTAKA	
A. Konsep Diagnosa Keperawatan	7
B. Konsep Penyakit Hipertensi	13
BAB III METODE PENULISAN	
A. Desain Penulisan.....	35
B. Subjek Penulisan.....	35
C. Fokus Penulisan	35
D. Definisi Operasional.....	35
E. Instrumen Pengumpulan Data.....	36
F. Metode Pengumpulan Data.....	36
G. Analisa Data	36
H. Tempat dan Waktu	37
I. Ruang Lingkup	37
BAB IV RESUME KASUS DAN PEMBAHASAN	
A. Resume kasus	38
B. Pembahasan Kasus.....	50
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	60
B. Implikasi Keperawatan.....	60
DAFTAR PUSTAKA.....	62

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Menurut Palmer (2005) yang dikutip oleh Manuntung A (2019), hipertensi secara umum dapat didefinisikan sebagai tekanan sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg. Tekanan darah manusia secara alami berfluktuasi sepanjang hari. Tekanan darah tinggi menjadi masalah hanya bila tekanan darah tersebut persisten. Tekanan darah tersebut membuat sistem sirkulasi dan organ yang mendapat suplai darah (termasuk jantung dan otak) menjadi tegang.

Menurut Darmawan et.al (2014) yang dikutip oleh Kurnia A (2021) Hipertensi merupakan penyakit yang dapat menyebabkan penyakit jantung koroner, gagal jantung kongestif, stroke, gagal ginjal, gangguan fungsi ginjal dan masalah mata. Hipertensi dapat menyebabkan 70% stroke dan 60,5% penyakit ginjal. Fenomena ini disebabkan oleh perubahan gaya hidup masyarakat secara global, seperti semakin mudahnya mendapatkan makanan siap saji, rendahnya konsumsi sayuran segar dan mengandung serat, tingginya konsumsi garam, lemak, gula dan kalori yang terus meningkat sehingga memiliki peranan besar dalam meningkatkan kejadian hipertensi.

Data WHO (2015) menunjukkan sekitar 1,13 miliar orang di dunia menderita hipertensi. Hal tersebut dapat diartikan bahwa 1 dari 3 orang di dunia terdagnosis hipertensi. Jumlah penderita hipertensi setiap tahunnya semakin meningkat. Pada tahun 2025 diperkirakan akan ada 1,5 miliar orang yang menderita hipertensi. Setiap

tahunnya sebanyak 10,44 juta orang diperkirakan meninggal akibat hipertensi.

Menurut Chockalingan (2008) yang dikutip oleh Kurnia A (2021), dari 33 Provinsi di Indonesia terdapat 8 provinsi dengan kasus penderita hipertensinya melebihi rata-rata yaitu; Sulawesi Selatan (27%), Sumatera Barat (27%), Sulawesi Barat (27%), Jawa Barat (26%), Jawa Timur (25%), Sumatra Utara (24%), Sumatra Selatan (24%). Perbandingan kota dengan jumlah penderita hipertensi tinggi adalah Jabodetabek, Medan, Bandung, Surabaya, dan Makassar mencapai 30-34% (Elmiani, Sewang dan Darmawan, 2014). Ketika seseorang sudah teridentifikasi hipertensi, maka pasien harus dipantau tekanan darahnya secara berkala, untuk mengetahui tekanan darah mereka tetap dalam keadaan normal (Black dan Hawks, 2005; Smeltzer dan Bare, 2004). Penderita hipertensi tidak menyadari terhadap kondisi yang sedang mereka alami.

Prevalensi hipertensi di Indonesia berdasarkan hasil survei populasi nasional hingga tahun 2018, diketahui bahwa usia ≥ 18 tahun yang didiagnosis hipertensi oleh dokter adalah 34,1% (Kemenkes RI, 2018). Data dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada 2015 menunjukkan bahwa sekitar 1,13 miliar orang di dunia menderita hipertensi, artinya 1 dari 3 orang di dunia didiagnosis menderita hipertensi. Prevalensi hipertensi bervariasi di seluruh wilayah atau negara dan sesuai kelompok pendapatan negara. Wilayah Afrika memiliki prevalensi hipertensi tertinggi (27%) sedangkan wilayah Amerika memiliki prevalensi hipertensi terendah (18%) (WHO, 2019). Jumlah orang dewasa dengan hipertensi meningkat dari 594 juta pada tahun 1975 menjadi 1,13

miliar pada tahun 2015, dengan peningkatan yang terlihat terutama di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh peningkatan faktor risiko hipertensi pada populasi tersebut (WHO, 2019). Di Asia Tenggara, hipertensi adalah faktor risiko yang menyebabkan 1,5 juta kematian per tahun (Woodham et al., 2018). Risiko hipertensi tidak dapat disembuhkan tetapi dapat dikontrol melalui kontrol kesehatan rutin. Tekanan darah sistolik yang terkontrol dapat mengurangi risiko kematian, penyakit kardiovaskular, stroke, dan gagal jantung. Mengikuti gaya hidup sehat akan mengurangi risiko peningkatan hipertensi diantaranya mengurangi stres, tidak mengonsumsi alkohol, termasuk menurunkan berat badan, dan tidak merokok (Dipiro et al., 2015).

Menurut Profil Kesehatan (2023) Di Kota Surakarta, penyakit Hipertensi masih menempati proporsi terbesar dari seluruh PTM yang dilaporkan, yaitu sebesar 78,65 persen, sedangkan urutan kedua terbanyak adalah Diabetes Mellitus sebesar 20,07 persen. Dua penyakit tersebut menjadi prioritas utama pengendalian PTM di Jawa Tengah. Jika Hipertensi dan Diabetes Melitus tidak dikelola dengan baik maka akan menimbulkan PTM lanjutan seperti Jantung, Stroke, Gagal Ginjal, dan sebagainya. Pengendalian PTM dapat dilakukan dengan intervensi yang tepat pada setiap sasaran/kelompok populasi tertentu sehingga peningkatan kasus baru PTM dapat ditekan. Promosi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dilakukan untuk mengendalikan faktor risiko PTM, melalui perilaku CERDIK, yaitu Cek kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin aktivitas fisik, Diet sehat seimbang, Istirahat yang cukup, dan Kelola stres. Cek kesehatan secara berkala yaitu pemeriksaan

faktor risiko PTM dapat dilakukan melalui Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) PTM yang ada di desa/ kelurahan dan di Puskesmas. Upaya pengendalian PTM juga dilakukan melalui implementasi Kawasan Tanpa Rokok di sekolah-sekolah, hal ini sebagai upaya penurunan prevalensi perokok ≤ 18 tahun. Upaya pengendalian PTM tidak akan berhasil jika hanya dilakukan oleh bidang kesehatan tanpa dukungan seluruh jajaran lintas sektor, baik pemerintah, swasta, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan, bahkan seluruh lapisan masyarakat.

Menurut Susilo et al. (2011) tanda dan gejala yang muncul pada hipertensi antara lain: Nyeri kepala/sakit kepala, kelelahan, lemah, lesu Mual muntah, Mata berkunang-kunang atau gangguan penglihatan, keputihan, berkeringat, takikardi, Sesak nafas dan gemetar.

Aspiani (2015) menyebutkan gejala umum yang ditimbulkan akibat hipertensi (tekanan darah tinggi) tidak sama pada setiap orang, bahkan terkadang timbul tanpa tanda gejala. Secara umum gejala yang dikeluhkan oleh penderita hipertensi antara lain Sakit kepala, Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk, Perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh, berdebar atau detak jantung terasa cepat dan Telinga berdenging yang memerlukan penanganan segera.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Finda Antika Sari dkk (2022) tentang Asuhan Keperawatan Nyeri Akut dengan Hipertensi di Wilayah Puskesmas Kalibagor Kabupaten Banyumas dengan hasil didapatkan bahwa pasien mengeluh kepala terasa sangat sakit atau nyeri sampai leher terasa cengeng sudah 2 hari. Pasien memiliki riwayat hipertensi yang tidak terkontrol. Tekanan

darah 160/90 mmHg, nadi 83 kali per menit, irama nafas 23 kali per menit, suhu 36,5o C. Diagnosa medis tertulis pasien mengalami hipertensi.

Berdasarkan pengalaman penulis dalam merawat pasien hipertensi, banyak pasien baru menyadari bahwa mereka mengidap hipertensi setelah menjalani perawatan di rumah sakit. Tidak sedikit pasien yang datang ke fasilitas kesehatan dengan kondisi komplikasi yang cukup berat, seperti yang tidak kunjung sembuh. Sebagian besar pasien awalnya tidak menyadari gejala osteomielitis sehingga tidak menjalani pengobatan dan perawatan dengan baik. Selain itu, terdapat pula pasien yang telah terdiagnosis osteomielitis tetapi tidak menjalankan terapi sesuai anjuran, seperti tidak rutin mengonsumsi obat, tidak menjaga pola makan yang disarankan, serta tidak melakukan kontrol kesehatan secara teratur.

Kondisi ini menegaskan bahwa diagnosis keperawatan memainkan peran yang sangat penting dalam manajemen pasien osteomielitis. Oleh karena itu, penulis menjadikan aspek diagnosis keperawatan sebagai fokus utama dalam laporan karya tulis ilmiah ini, dengan harapan dapat memberikan kontribusi dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan bagi pasien hipertensi.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana diagnosa keperawatan pada pasien Ny. K dengan hipertensi RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Kota Surakarta?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui diagnosa keperawatan pada pasien hipertensi.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui kesesuaian kondisi pasien dengan definisi diagnosa keperawatan
- b. Mengetahui kesesuaian data pendukung dengan batasan karakteristik
- c. Mengetahui pemilihan etiologi atau faktor risiko pada setiap diagnosa keperawatan
- d. Mengetahui keterkaitan penegakan diagnosa keperawatan dengan patofisiologi penyakit

D. Manfaat Penulisan

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat bermanfaat bagi semua pihak meliputi :

1. Bagi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan dapat berguna untuk bahan masukan bagi rumah sakit dalam meningkatkan pelayanan Kesehatan khususnya dalam asuhan keperawatan masalah hipertensi

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan bahan masukan untuk mata kuliah keperawatan medikal bedah tentang asuhan keperawatan pada pasien hipertensi

3. Bagi perawat

Penulis ini diharapkan dapat digunakan sebagai acuan dalam menangani dan merawat pasien dengan hipertensi.

4. Bagi Pasien dan Masyarakat

Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan pasien, keluarga, dan Masyarakat tentang penanganan pasien hipertensi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Diagnosa Keperawatan

1. Pengertian

Menurut Lindriani et.al (2023) Diagnose keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang (individu), keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah atau proses kehidupan yang actual dan potensial. Diagnose keperawatan merupakan dasar dalam menyusun rencana Tindakan keperawatan. Diagnose keperawatan harus sejalan dengan diagnose medis, sebab dalam pengumpulan data saat pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakka diagnose keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosis medis.

2. Karakteristik Diagnosa Keperawatan

Menurut Induniasih dan Hendarsih (2019), karakteristik diagnosa keperawatan dapat dibedakan menjadi 4 kategori yaitu:

a. Diagnosis keperawatan actual

Diagnosa keperawatan actual adalah menyajikan keadaan secara klinis yang telah divalidasikan melalui batasan karakteristik mayor yang diidentifikasi. Diagnosa keperawatan actual memiliki tiga unsur penting, yaitu label, definisi, batasan karakteristik, dan faktor yang berhubungan

1) Masalah (problem)

Masalah yang nyata ada

2) Penyebab (etologi)

Penyebab dari masalah yang merupakan faktor berpengaruh terhadap terjadinya masalah.

3) Tanda/gejala (sign/symptom)

Merupakan batasan karakteristik untuk masalah aktual terdiri dari:

- a) 80% batasan karakteristik mayor
- b) 20% batasan karakteristik minor

Rumusan diagnosa keperawatan adalah sebagai berikut, contoh: membersihkan jalan nafas yang tidak efektif berkaitan dengan mukus/dahak berlebihan, ditandai dengan spontan dalam jumlah berlebihan, batuk tidak efektif.

b. Diagnosa keperawatan risiko atau risiko tinggi

Diagnosa keperawatan risiko atau risiko tinggi adalah keputusan klinis tentang individu, keluarga atau komunitas sangat rentan untuk mengalami masalah dibanding yang lain situasi yang sama atau hampir sama (masalah belum terjadi). Validasi yang menunjang diagnosis risiko tinggi adalah faktor risiko yang memperhatikan keadaan dimana kerentanan meningkat terhadap klien atau kelompok dan tidak menggunakan batasan karakteristik. Rumusan diagnosa keperawatan risiko atau risiko tinggi adalah masalah (problem) + penyebab (etiologi), contoh: Risiko integritas kulit berhubungan dengan tekanan pada tonjolan tulang, lembab, efek terapi radiasi.

c. Diagnosis keperawatan sejahtera (potensi untuk meningkatkan kesehatan klien).

Diagnosis keperawatan sejahtera adalah ketentuan klinis mengenai individu, kelompok atau masyarakat dalam transisi dari tingkat kesehatan khusus ke tingkat kesehatan yang lebih baik. Cara pembuatannya dengan menggabungkan

pernyataan fungsi positif dalam masing-masing pola kesehatan fungsional sebagai alat pengkajian yang disahkan. Dalam menentukan diagnosis fungsi kesehatan menjadi fungsi yang positif, contoh.

- 1) Kesiapan menunjukkan rasa aman
- 2) Kesiapan menunjukkan kesejahteraan spiritual

d. Diagnosa keperawatan sindrom

Diganosa keperawatan sindrom adalah diagnosa keperawatan yang terdiri atas kelompok diagnosa keperawatan aktual dan risiko tinggi yang diperkirakan akan muncul karena suatu keadaan tertentu, contoh:

- 1) Sindrom nyeri kronis
- 2) Sindrom lansia lemah
- 3) Sindrom trauma pemerkosaan
- 4) Sindrom stress akibat perpindahan tempat

3. Tujuan

Menurut Lindriani et.al (2023) tujuan diagnosa keperawatan antara lain:

- a. Menyampaikan masalah pasien dalam istilah yang dapat dipahami oleh setiap perawat.
- b. Mengenali masalah-masalah utama pasien saat pengkajian.
- c. Mengetahui perkembangan keperawatan.
- d. Mengetahui factor-faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah
- e. Mengetahui kemampuan pasien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah

4. Metode

Menurut Lindriani et.al (2023) metode dalam diagnosa keperawatan antara lain:

- a. Menuliskan masalah /problem pasien atau perubahan dari status kesehatan pasien
- b. Masalah yang dialami pasien didahului adanya penyebab, dan keduanya dihubungkan dengan kata sehubungan dengan atau berhubungan dengan
- c. Setelah masalah (problem) dan penyebab (etiologi) kemudian diikuti dengan tanda dan gejala (symptom) yang dihubungkan dengan kata ditandai dengan
- d. Menuliskan istilah atau kata-kata yang umum digunakan
- e. Bahasa yang digunakan tidak bermakna memvonis

5. Langkah-Langkah dalam Penulisan Diagnosa Keperawatan

Menurut Kusnan, et al. (2019) langkah-langkah menentukan diagnosa keperawatan dapat dibedakan menjadi :

a. Klasifikasi dan analisa data

Pengelompokan data adalah mengelompokkan data-data klien atau keadaan tertentu dimana klien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya. Setelah data dikelompokkan maka perawat dapat mengidentifikasi masalah keperawatan klien dan merumuskannya.

b. Interpretasi data

- 1) Menentukan kelebihan data
- 2) Menentukan masalah klien
- 3) Menurunkan masalah klien yang pernah dialami
- 4) Penentuan keputusan

6. Persyaratan diagnose

Menurut Induniasih dan Hendarsih (2019) persyaratan diagnosa keperawatan adalah:

- a. Perumusan harus jelas dan singkat dari respons klien terhadap situasi atau keadaan yang dihadapi.
- b. Spesifik dan akurat (pasti)
- c. Dapat merupakan pernyataan dari penyebab
- d. Memberikan arahan pada asuhan keperawatan
- e. Dapat dilaksanakan oleh perawat
- f. Mencerminkan keadaan kesehatan klien

7. Menentukan diagnosa keperawatan

Menurut Induniasih dan Hendarsih (2019), hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menentukan diagnosa keperawatan antara lain:

- a. Berorientasi pada klien, keluarga dan masyarakat.
- b. Bersifat aktual, risiko atau potensial
- c. Dapat diatasi dengan intervensi keperawatan
- d. Menyatakan masalah kesehatan individu, keluarga dan masyarakat, serta faktor-faktor penyebab timbulnya masalah tersebut.

8. Proses perumusan diagnosa keperawatan

Menurut Induniasih dan Hendarsih (2019), proses perumusan diagnosa keperawatan yaitu:

- a. Klasifikasi dan analisa data pengelompokkan data adalah mengelompokkan data klien atau keadaan tertentu dimana klien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya pengelompokkan data

dapat disusun berdasarkan pola respons manusia atau pola fungsi kesehatan.

- b. Mengidentifikasi masalah klien masalah klien merupakan keadaan atau situasi dimana klien perlu bantuan untuk mempertahankan atau meningkatkan status kesehatannya atau meninggal dengan damai, yang dapat dilakukan oleh perawat sesuai dengan kemampuan dan wewenang yang dimilikinya.

- c. Memvalidasi diagnosis keperawatan

Memvalidasi diagnosis keperawatan adalah menghubungkan klasifikasi gejala dan tanda-tanda yang kemudian merujuk kepada kelengkapan dan ketepatan data. Untuk kelengkapan data, kerja sama dengan klien sangat penting untuk saling percaya, sehingga mendapatkan data yang tepat. Pada tahap ini perawat memvalidasi data yang ada secara akurat yang dilakukan bersama klien atau keluarga atau masyarakat. Validasi tersebut dilaksanakan dengan mengajukan pertanyaan atau pernyataan yang reflektif kepada klien/keluarga tentang kejelasan interpretasi data. Begitu diagnosis keperawatan disusun, maka harus dilakukan validasi.

- d. Menyusun diagnosis keperawatan sesuai dengan prioritasnya. Setelah perawat mengelompokkan, mengidentifikasi, dan memvalidasi data-data yang signifikan, maka tugas perawat pada tahap ini adalah merumuskan suatu diagnosis keperawatan. Diagnosa keperawatan dapat bersifat aktual, risiko, wellness, dan sindrom.

9. Kriteria petunjuk penulisan diagnosa keperawatan

Menurut Kusnan, et al. (2019) kriteria petunjuk penulisan diagnosa yaitu:

- a. Tulis masalah klien / perubahan status kesehatan klien
- b. Pastikan bahwa masalah klien didahului adanya penyebab dan keduanya dihubungkan dengan kata "berhubungan dengan".

B. Konsep Penyakit Hipertensi

1. Pengertian

Menurut Asikin et al., (2016), tekanan darah tinggi (hipertensi) merupakan suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri. Hiper artinya berlebihan, sedangkan tensi artinya tekanan atau tegangan. Untuk itu, hipertensi merupakan tekanan darah atau denyut jantung yang lebih tinggi dibandingkan dengan normal karena penyempitan pembuluh darah atau gangguan lainnya (Kamus Besar Bahasa Indonesia).

Menurut Aspiani (2015), hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dengan tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik di atas 90 mmHg. Pada populasi manula, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan diastolik ≥ 90 mmHg. Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah yang melebihi tekanan darah normal seperti apa yang telah disepakati oleh para ahli, yaitu $>140/90$ mmHg. Hipertensi adalah suatu keadaan ketika seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang

mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas).

2. Penyebab

Menurut Aspiani (2015), pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respons peningkatan curah jantung atau peningkatan tekanan perifer. Akan tetapi, ada beberapa faktor yang memengaruhi terjadinya hipertensi :

- a. Genetik : Respons neurologi terhadap stres atau kelainan ekskresi atau transpor Na.
- b. Obesitas: Terkait dengan tingkat insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
- c. Stres karena lingkungan.
- d. Hilangnya elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah. Pada orang lanjut usia, penyebab hipertensi disebabkan terjadinya perubahan pada elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah, kehilangan elastisitas pembuluh darah, dan meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer. Setelah usia 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun 1% tiap tahun sehingga menyebabkan menurunnya kontraksi dan volume. Elastisitas pembuluh darah menghilang karena terjadi kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi.

3. Faktor Risiko

Menurut Triyanto (2014), pada 70-80% kasus hipertensi esensial, didapatkan riwayat hipertensi di dalam keluarga.

Apabila riwayat hipertensi didapatkan pada kedua orangtua maka dugaan hipertensi esensial lebih besar. Hipertensi juga banyak dijumpai pada penderita kembar monozigot (satu telur), apabila salah satunya menderita hipertensi. Dugaan ini menyokong bahwa faktor genetik mempunyai peran didalam terjadinya hipertensi. Riwayat keluarga juga merupakan masalah yang memicu masalah terjadinya hipertensi hipertensi cenderung merupakan penyakit keturunan. Jika seorang dari orangtua kita memiliki riwayat hipertensi maka sepanjang hidup kita memiliki kemungkinan 25% terkena hipertensi.

Perbandingan antara pria dan wanita, ternyata wanita lebih banyak menderita hipertensi. Dari laporan sugiri di Jawa Tengah didapatkan angka prevalensi 6% dari pria dan 11% pada wanita. Laporan dari Sumatera Barat menunjukan 18,6% pada pria dan 17,4% wanita. Di daerah perkotaan Semarang didapatkan 7,5% pada pria dan 10,9% pada wanita. Sedangkan di daerah perkotaan Jakarta didapatkan 14,6 pada pria dan 13,7% pada wanita.

Faktor usia sangat berpengaruh terhadap hipertensi karena dengan bertambahnya umur maka semakin tinggi mendapat resiko hipertensi. Insiden hipertensi makin meningkat dengan meningkatnya usia. Ini sering disebabkan oleh perubahan alamiah di dalam tubuh yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah dan hormon. Hipertensi pada yang berusia kurang dari 35 tahun akan menaikkan insiden penyakit arteri koroner dan kematian prematur. Jenis kelamin juga sangat erat kaitanya terhadap terjadinya hipertensi dimana pada masa muda dan paruh baya lebih tinggi penyakit hipertensi pada laki-laki dan

pada wanita lebih tinggi setelah umur 55 tahun, ketika seorang wanita mengalami menopause.

Faktor lingkungan seperti stres berpengaruh terhadap timbulnya hipertensi esensial. Hubungan antara stres dengan hipertensi, diduga melalui aktivasi saraf simpatis. Saraf simpatis adalah saraf yang bekerja pada saat kita beraktivitas, saraf parasimpatis adalah saraf yang bekerja pada saat kita tidak beraktivitas. Peningkatan aktivitas saraf simpatis dapat meningkatkan tekanan darah secara intermitten (tidak menentu). Apabila stres berkepanjangan, dapat mengakibatkan tekanan darah menetap tinggi. Walaupun hal ini belum terbukti, tetapi angka kejadian di masyarakat perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan di pedesaan. Hal ini dapat dihubungkan dengan pengaruh stres yang dialami kelompok masyarakat yang tinggal di kota. Peningkatan tekanan darah sering intermiten pada awal perjalanan penyakit. Bahkan pada kasus yang sudah tegak diagnosis, sangat berfluktuasi sebagai akibat dari respon terhadap stres emosional dan aktivitas fisik. Selama terjadi rasa takut ataupun stres tekanan arteri sering kali meningkat sampai setinggi dua kali normal dalam waktu beberapa detik.

Berdasarkan penyelidikan, kegemukan merupakan ciri khas dari populasi hipertensi dan dibuktikan bahwa faktor ini mempunyai kaitan yang erat dengan terjadinya hipertensi di kemudian hari. Walaupun belum dapat dijelaskan hubungan antara obesitas dan hipertensi esensial, tetapi penyelidikan membuktikan bahwa daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah penderita obesitas dengan hipertensi lebih tinggi

dibandingkan dengan penderita yang mempunyai berat badan normal. Terbukti bahwa daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah penderita obesitas dengan hipertensi lebih tinggi dari pada penderita hipertensi dengan berat badan normal.

4. Patofisiologi

Menurut Aspiani (2015), mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor pada medula otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut kebawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor diantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak kebawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron pre-ganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor, seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Pasien dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut dapat terjadi.

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

mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin.

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

5. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Aspiani (2015), pemeriksaan penunjang yang dilakukan sebagai berikut :

a. Laboratorium

- 1) Albuminuria pada hipertensi karena kelainan parenkim ginjal
- 2) Kreatinin serum dan BUN meningkat pada hipertensi karena parenkim ginjal dengan gagal ginjal akut.
- 3) Darah perifer lengkap
- 4) Kimia darah (kalium, natrium, kreatinin, gula darah puasa)
- 5) EKG
- 6) Hipertrofi ventrikel kiri
- 7) Iskemia atau infark miokard
- 8) Peninggian gelombang P
- 9) Gangguan konduksi
- 10) Foto Rontgen
- 11) Bentuk dan besar jantung Nooting dari iga pada koarktasi aorta

12) Pembendungan, lebarnya paru

13) Hipertrofi parenkim ginjal

14) Hipertrofi vaskuler ginjal

6. Tanda dan Gejala

Menurut Aspiani (2015), klien yang menderita hipertensi terkadang tidak menampilkan gejala hingga bertahun-tahun. Gejala jika ada menunjukkan adanya kerusakan vaskular dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan. Perubahan patologis pada ginjal dapat bermanifestasi sebagai nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) dan azetoma (peningkatan nitrogen urea darah dan kreatinin).

Pada pemeriksaan fisik, tidak dijumpai kelainan apa pun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat, penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat, edema pupil (edema pada diskus optikus).

Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien (transient ischemic attack, TIA) yang bermanifestasi sebagai paralisis sementara pada satu sisi (hemiplegia) atau gangguan tajam penglihatan.

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

- a. Sakit kepala
- b. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk
- c. Perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh

- d. Berdebar atau detak jantung terasa cepat
- e. Telinga berdenging

Menurut Crowin dari Aspiani (2015), menyebutkan bahwa sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun berupa :

- a. Nyeri kepala saat terjaga, terkadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intracranial
- b. Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi
- c. Ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat
- d. Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus
- e. Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler
- f. Gejala lain yang umumnya terjadi pada penderita hipertensi, yaitu pusing, muka merah, sakit kepala, keluar darah dari hidung secara tiba-tiba, tengkuk terasa pegal dan lain-lain.

7. Penatalaksanaan

Menurut Aspiani (2015), tujuan deteksi dan penatalaksanaan hipertensi adalah menurunkan risiko penyakit kardiovaskular dan mortalitas serta morbiditas yang berkaitan. Tujuan terapi adalah mencapai dan mempertahankan tekanan sistolik di bawah 140 mmHg dan tekanan diastolik di bawah 90 mmHg dan mengontrol faktor risiko. Hal ini dapat dicapai melalui modifikasi gaya hidup saja, atau dengan obat antihipertensi. Penatalaksanaan faktor risiko dilakukan dengan cara pengobatan setara non-farmakologis, antara lain:

a. Pengaturan diet

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

- 1) Rendah garam, diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Dengan pengurangan konsumsi garam dapat mengurangi stimulasi sistem renin-angiotensin sehingga sangat berpotensi sebagai anti hipertensi. Jumlah asupan natrium yang dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam per hari.
- 2) Diet tinggi kalium, dapat menurunkan tekanan darah tetapi mekanismenya belum jelas. Pemberian kalium secara intravena dapat menyebabkan vasodilatasi, yang dipercaya dimediasi oleh oksida nitrat pada dinding vaskular.
- 3) Diet kaya buah dan sayur.
- 4) Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya jantung koroner.
- 5) Penurunan berat badan

Mengatasi obesitas, pada sebagian orang, dengan cara menurunkan berat badan mengurangi tekanan darah, kemungkinan dengan mengurangi beban kerja jantung dan volume sekuncup. Pada beberapa studi menunjukkan bahwa obesitas berhubungan dengan kejadian hipertensi dan hipertrofi ventrikel kiri. Jadi, penurunan berat badan adalah hal yang sangat efektif

untuk menurunkan tekanan darah. Penurunan berat badan (1 kg/minggu) sangat dianjurkan. Penurunan berat badan dengan menggunakan obat-obatan perlu menjadi perhatian khusus karena umumnya obat penurun berat badan yang terjual bebas mengandung simpatomimetik, sehingga dapat meningkatkan tekanan darah memperburuk angina atau gejala gagal jantung dan terjadinya eksaserbasi aritmia.

6) Olahraga

Olahraga teratur seperti berjalan, lari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki keadaan jantung. Olahraga isotonik dapat juga dapat meningkatkan fungsi endotel, vasodilatasi perifer, dan mengurangi katekolamin plasma. Olahraga teratur selama 30 menit sebanyak 3-4 kali dalam satu minggu sangat dianjurkan untuk menurunkan tekanan darah. Olahraga meningkatkan kadar HDL, yang dapat mengurangi terbentuknya arterosklerosis akibat hipertensi.

7) Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat

Berhenti merokok dan tidak mengonsumsi alkohol, penting untuk mengurangi efek jangka panjang hipertensi karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan kerja jantung.

b. Penatalaksanaan medis yang diterapkan pada penderita hipertensi adalah sebagai berikut.

1) Terapi oksigen

2) Pemantauan hemodinamik

3) Pemantauan jantung

c. Obat-obatan:

1) Diuretik: Chlorthalidon, Hydromox, Lasix, Aldactone, Dyrenium Diuretic bekerja melalui berbagai mekanisme untuk mengurangi curah jantung dengan mendorong ginjal meningkatkan ekskresi garam dan airnya. Sebagai diuretik (tiazid) juga dapat menurunkan TPR.

2) Penyekat saluran kalsium menurunkan kontraksi otot polos jantung atau arteri dengan mengintervensi influks kalsium yang dibutuhkan untuk kontraksi. Sebagian penyekat saluran kalsium bersifat lebih spesifik untuk saluran lambat kalsium otot jantung; sebagian yang lain lebih spesifik untuk saluran kalsium otot polos vaskular. Dengan demikian, berbagai penyekat kalsium memiliki kemampuan yang berbeda-beda dalam menurunkan kecepatan denyut jantung, volume sekuncup, dan TPR.

3) Penghambat enzim mengubah angiotensin II atau inhibitor ACE berfungsi untuk menurunkan angiotensin II dengan menghambat enzim yang diperlukan untuk mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II. Kondisi ini menurunkan darah secara langsung dengan menurunkan TPR, dan secara tidak langsung dengan menurunkan sekresi aldosterone, yang akhirnya meningkatkan pengeluaran natrium pada urine kemudian menurunkan volume plasma dan curah jantung. Inhibitor ACE juga menurunkan tekanan darah dengan efek bradikinin yang memanjang, yang

normalnya memecah enzim. Inhibitor ACE dikontraindikasi untuk kehamilan.

- 4) Antagonis (penyekat) reseptor beta (B-blocker), terutama penyekat selektif, bekerja pada reseptor beta di jantung untuk menurunkan kecepatan denyut dan curah jantung.
- 5) Antagonis reseptor alfa (a-blocker) menghambat reseptor alfa di otot polos vaskular yang secara normal berespons terhadap rangsangan saraf simpatis dengan vasokonstriksi. Hal ini akan menurunkan TPR.
- 6) Vasodilator arteriol langsung dapat digunakan untuk menurunkan TPR. Misalnya, natrium, nitroprusida, nikardipin, hidralazin, nitroglicerol, dll.
- 7) Hipertensi gestasional dan preeklampsia-eklampsia membaik setelah bayi lahir.

8. Komplikasi

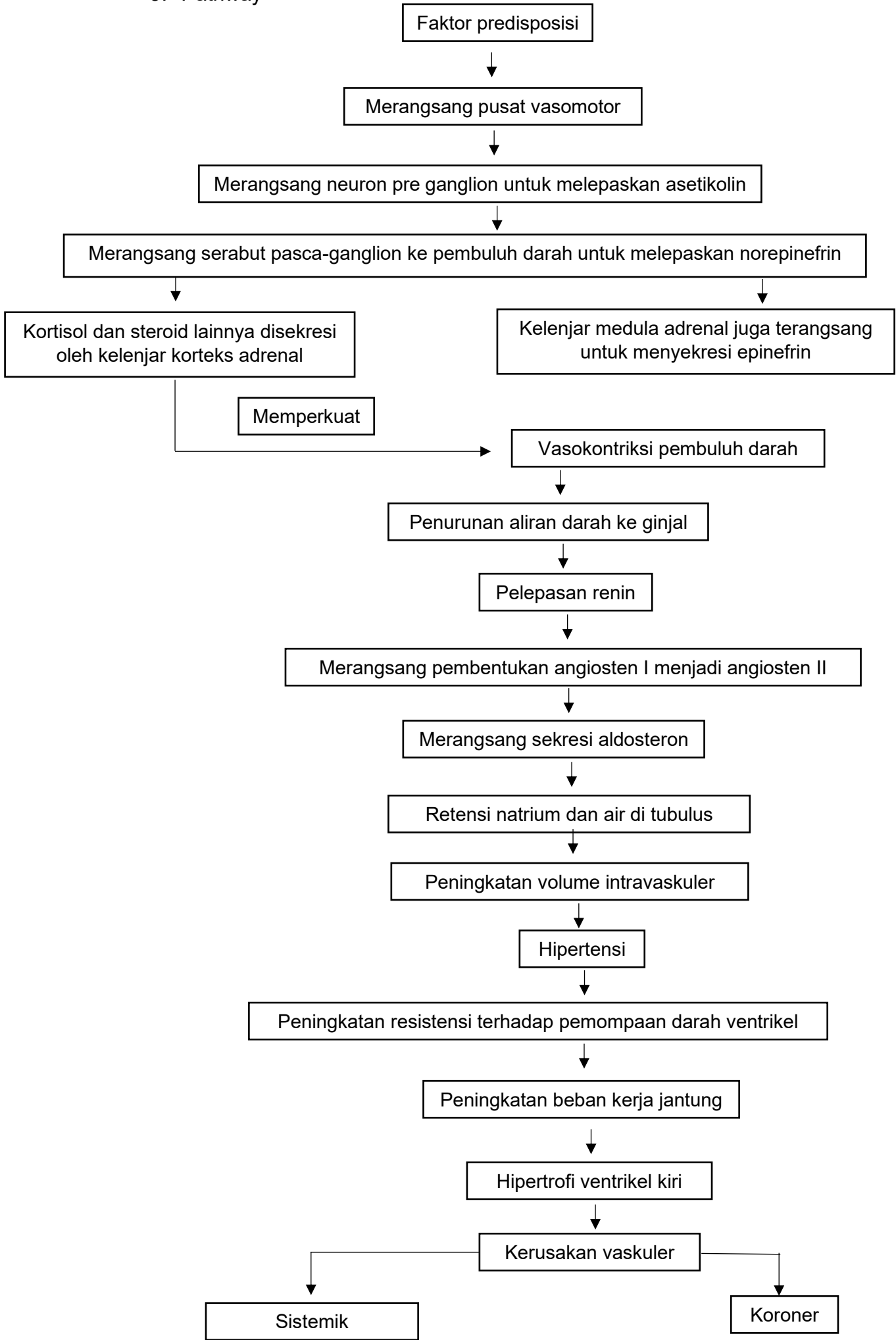
Menurut Aspiani (2015), komplikasi yang terjadi pada pasien dengan hipertensi sebagai berikut :

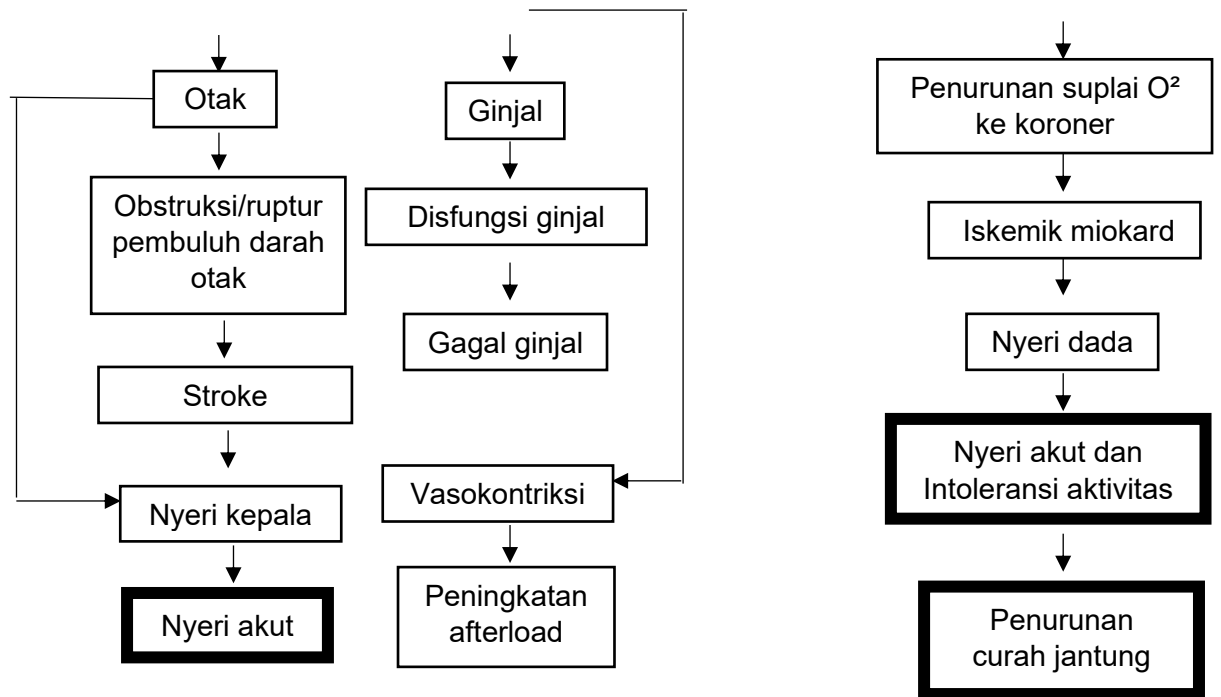
- a. Stroke dapat terjadi akibat hemoragi akibat tekanan darah tinggi otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronis apabila arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan penebalan, sehingga aliran darah ke area otak yang diperdarahi berkurang. Arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma.
- b. Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang arterosklerotik tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke

miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melewati pembuluh darah. Pada hipertensi kronis dan hipertrofi ventrikel, kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat dipenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga, hipertrofi ventrikel dapat menyebabkan perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi disritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan risiko pembentukan bekuan.

- c. Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler glomerulus ginjal. Dengan rusaknya glomerulus, aliran darah ke nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urine sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema, yang sering dijumpai pada hipertensi kronis.
- d. Ensefalopati (kerusakan otak) dapat terjadi, terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat dan berbahaya). Tekanan yang sangat tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke ruang interstisial di seluruh susunan saraf pusat. Neuron diselengkapnya kolaps dan terjadi koma serta kematian.
- e. Kejang dapat terjadi pada wanita preeklampsia. Bayi yang lahir mungkin memiliki berat lahir kecil akibat perfusi plasenta yang tidak adekuat, kemudian dapat mengalaminya hipoksia dan asidosis jika ibu mengalami kejang selama atau sebelum proses persalinan.

9. Pathway





10. Proses Keperawatan

a. Pengkajian

Menurut Aspiani (2015), pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan hipertensi sebagai berikut :

1) Aktivitas/istirahat

- a) Gejala : Kelemahan, letih, napas pendek, gaya hidup monoton.
- b) Tanda: Frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea.

2) Sirkulasi

a) Gejala :

- (1) Riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner/ katup dan penyakit serebrovaskuler
- (2) Episode palpitasi

b) Tanda :

- (1) Peningkatan tekanan darah

(2) Nadi denyutan jelas dari karotis, jugularis, radialis, takikardia

(3) Murmur stenosis valvular

(4) Distensi vena jugularis

(5) Kulit pucat, sianosis, suhu dingin (vasokonstriksi perifer

(6) Pengisian kapiler mungkin lambat / tertunda

3) Integritas ego

a) Gejala : Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, faktor stres multipel (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan).

b) Tanda : Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan perhatian, tangisan meledak, otot muka tegang, menghela napas, peningkatan pola bicara.

4) Eliminasi

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

5) Makanan/cairan

a) Gejala :

(1) Makanan yang disukai yang mencakup makanan tinggi garam, lemak serta kolesterol

(2) Mual, muntah dan perubahan berat badan saat ini (meningkat/turun)

(3) Riwayat penggunaan diuretik

b) Tanda :

(1) Berat badan normal atau obesitas

(2) Adanya edema

(3) Glikosuria

6) Neurosensori

a) Gejala :

- (1) Keluhan pening/pusing, berdenyut, sakit kepala, suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam)
- (2) Gangguan penglihatan (diplopia, penglihatan kabur, epistaxis)

b) Tanda:

- (1) Status mental, perubahan keterjagaan, orientasi, pola/ini bicara, efek, proses piker
- (2) Penurunan kekuatan genggam tangan

7) Nyeri ketidaknyaman

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

8) Pernapasan

a) Gejala :

- (1) Dispnea yang berkaitan dari aktivitas/kerja, takipnea, ortopnea, pembentukan sputum dyspnea
- (2) Batuk dengan/tanpa
- (3) Riwayat merokok

b) Tanda

- (1) Distres pernapasan/penggunaan otot aksesori pernapasan
- (2) Bunyi napas tambahan (crackles/mengi)
- (3) Sianosis

9) Keamanan

Gejala: Gangguan koordinasi/cara berjalan, hipotensi postural.

10) Pembelajaran/penyuluhan

a) Gejala :

(1) Faktor risiko keluarga hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung, diabetes melitus.

(2) Faktor lain, seperti orang Afrika-Amerika, Asia Tenggara, penggunaan pil KB atau hormon lain, penggunaan alkohol/obat

11) Rencana pemulangan

Bantuan dengan pemantau dari tekanan darah/perubahan dalam terapi obat.

b. Diagnosa Keperawatan

Menurut Aspiani (2015), diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan adalah :

- 1) Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, hipertrofi ventrikel atau rigiditas ventrikuler, iskemia miokard.
- 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan dan kebutuhan oksigen.
- 3) Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular serebral.
- 4) Nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi (mis. uremia, ketoasidosis diabetik), gangguan pada esofagus, distensi lambung, iritasi lambung, gangguan pankreas, peregangan kapsul limpa, tumor terlokalisasi (mis. neuroma akustik, tumor otak primer atau sekunder, metastasis tulang di dasar tengkorak),

peningkatan tekanan intrabdominal (mis. keganasan intraabdomen), peningkatan tekanan intrakranial, peningkatan tekanan intraorbital (mis. glaukoma), mabuk perjalanan, kehamilan, aroma tidak sedap, rasa makanan/ minuman yang tidak enak, stimulus penglihatan tidak menyenangkan, faktor psikologis (mis. kecemasan, ketakutan, stres), efek agen farmakologis, efek toksin.

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien hipertensi yaitu:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (hipertensi).

Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Gejala & Tanda Mayor:

Subjektif: Mengeluh nyeri

Objektif:

- a) Tampak meringis
- b) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
- c) Gelisah
- d) Frekuensi nadi meningkat

e) Sulit tidur

Gejala & Tanda Minor:

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif

- a) Tekanan darah meningkat
- b) Pola napas berubah
- c) Nafsu makan berubah
- d) Proses berfikir terganggu
- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaforesis

Kondisi Klinis Terkait

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom koroner akut
- e) Glaukoma

2) Nausea berhubungan dengan iritasi lambung.

Definisi: Perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah

Penyebab

- a) Gangguan biokimiawi (mis. uremia, ketoasidosis diabetik)
- b) Gangguan pada esofagus
- c) Distensi lambung
- d) Iritasi lambung
- e) Gangguan pankreas
- f) Peregangan kapsul limpa
- g) Tumor terlokalisasi (mis. neuroma akustik, tumor otak primer atau sekunder, metastasis tulang di dasar tengkorak)
- h) Peningkatan tekanan intrabdominal (mis. keganasan intraabdomen)
- i) Peningkatan tekanan intrakranial
- j) Peningkatan tekanan intraorbital (mis. glaukoma)
- k) Mabuk perjalanan
- l) Kehamilan
- m) Aroma tidak sedap
- n) Rasa makanan/ minuman yang tidak enak
- o) Stimulus penglihatan tidak menyenangkan
- p) Faktor psikologis (mis. kecemasan, ketakutan, stres)
- q) Efek agen farmakologis
- r) Efek toksin

Gejala & Tanda Mayor:

Subjektif

- a) Mengeluh mual
- b) Merasa ingin muntah
- c) Tidak berminat makan

Objektif

(tidak tersedia)

Gejala & Tanda Minor:

Subjektif

- a) Merasa asam di mulut
- b) Sesasi panas/ dingin
- c) Sering menelan

Objektif

- a) Saliva meningkat

- b) Pucat

- c) Diaphoresis

- d) Takikardia

- e) Pupil dilatasi

Kondisi Klinis Terkait

- a) Meningitis

- b) Labirinitis

- c) Uremia

- d) Ketoasidosis diabetik

- e) Ulkus peptikum

- f) Penyakit esofagus

- g) Tumor intraabdomen

- h) Penyakit Meniere

- i) Neuroma akustik

- j) Tumor otak

- k) Kanker

- l) Glaukoma

BAB III

METODE PENULISAN

A. Desain Penulisan

Jenis atau desain penulisan laporan karya tulis ilmiah ini deskriptif dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Penelitian deskriptif adalah penelitian untuk menggambarkan suatu hasil penelitian (Ramdhan, 2021). Pada laporan karya tulis ilmiah ini, penulis akan mendeskripsikan diganosa keperawatan pada pasien hipertensi.

B. Subyek Penulisan

Populasi pada penulisan karya tulis ilmiah ini adalah pasien hipertensi yang dirawat di RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Surakarta. Karena waktu yang sangat terbatas, maka sampel pada laporan ini hanya 1 (satu). Kasus diambil secara acak (simple random sampling).

C. Fokus Penulisan

Fokus utama sebagai bahasan laporan karya tulis ilmiah ini adalah diagnosa keperawatan pada pasien hipertensi.

D. Definisi Operasional

1. Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok.
2. Hipertensi adalah diagnosa medis pada waktu pasien dirawat dirumah sakit ini.

E. Instrumen Pengumpulan Data

Data alat atau instrumen pengumpulan data yang digunakan oleh penulis pada laporan karya ilmiah ini adalah:

1. Format pengkajian yang diterbitkan oleh STIKES Panti Kosala
2. Format dokumentasi asuhan keperawatan yang dikeluarkan oleh STIKES Panti Kosala

F. Metode Pengumpulan Data

Data diambil secara aktual saat ini dan studi retrospeksi berdasarkan data atau dokumen yang ada pada rekam medis pasien. Prosedur pengumpulan data penulis lakukan adalah sebagai berikut:

1. Menjelaskan tujuan dan prosedur mengambil data untuk pasien
2. Melakukan pengkajian pada pasien sesuai dengan responden yang diperoleh dengan metode anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi, dan studi dokumentasi
3. . Menulis laporan sesuai format yang telah disiapkan
4. Melakukan analisis deskriptif atau studi kasus sesuai data dan asuhan keperawatan yang dilakukan.

G. Analisa Data

Sesuai jenis dan desain penulisan karya tulis ilmiah yang berupa studi deskriptif, maka data yang telah penulis peroleh disajikan dalam bentuk gambaran atau deskripsi tendensi atau fenomena masalah yang didukung dengan data atau fakta-fakta secara jelas dan objektif.

H. Tempat dan Waktu

Pengambilan data pada laporan karya tulis ilmiah ini dilaksanakan di ruang Kawung lantai 3 di RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Surakarta selama 2 shift jaga pada tanggal 4-5 Februari 2025.

I. Ruang Lingkup

Karena begitu luasnya asuhan keperawatan yang ditemukan pasien hipertensi, maka pada laporan karya tulis ilmiah ini, penulis hanya membatasi pada masalah keperawatan pada pasien hipertensi dengan jumlah responden 1 pasien ditinjau berdasarkan proses keperawatan dari pasien masuk rumah sakit sampai dengan saat dilakukan pengelolaan oleh penulis.

BAB IV

RESUME KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Resume Kasus

Pengkajian ini menggunakan metode autoanamnesa, alloanamnesa, dan studi literature rekam medis pasien yang dilakukan pada tanggal 4 Februari 2025.

1. Identitas

a. Identitas pasien

- 1) Nama : Ny. K
- 2) Usia : 71th
- 3) Jenis kelamin : Perempuan
- 4) Alamat : Karanganyar
- 5) Agama : Islam
- 6) Pekerjaan : Tidak Bekerja
- 7) Status perkawinan : Menikah

b. Identitas medis

- 1) Ruang/kamar : Kawung/ 11.1
- 2) Tanggal, jam MRS : 3 Februari 2025, jam 10.05
- 3) No. register : 002xxxxx
- 4) Diagnose medis : Geriatri Low Intake, Hipertensi
Grade II
- 5) DPJP : dr. Restu., Sp. PD

2. Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat oral maupun suntikan/injeksi dan pasien tidak memiliki dokumen tentang alergi.

3. Riwayat Kesehatan

1) Kesadaran : composmentis

2) Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri kepala

3) Riwayat penyakit sekarang

Pasien datang ke poliklinik penyakit dalam untuk kontrol. Saat diiperiksa oleh dokter penyakit dalam, pasien mengeluh lemas sejak tadi pagi, kemudian oleh dokter diarahkan ke IGD untuk pemeriksaan lebih lanjut. Pasien ke IGD dengan keluhan lemas sejak tadi pagi, masih mau makan 3 sendok, mual, nyeri otot, nyeri kepala, BAB terakhir 3 hari yang lalu. Di IGD dilakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD 154/96mmHg, HR 87x/mnt, RR 24x/mnt, S 36.7°C, sudah dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil hemoglobin 14, leukosit 7.89, eritrosit 5.07, trombosit 192 L, hematokrit 43. Di IGD pasien mendapatkan program terapi infus RL loading 250 cc, injeksi ondansetron 4mg/2ml, injeksi omeprazole 40mg/12jam. Setelah dilakukan pemeriksaan, pasien dianjurkan mondok. Pasien dirawat di bangsal kawung kamar 11.1 dengan dokter penanggungjawab dr. R Sp. PD. Saat dikaji di bangsal, pasien mengatakan lemas sejak kemarin pagi, mual, nyeri ulu hati, ada riwayat asam lambung, ingin muntah tapi tidak bisa, mulut terasa kadang asam kadang pahit, pusing, nyeri kepala, nyeri seperti ditekan, skala 6, nyeri hilang timbul, penglihatan kabur, batuk tapi tidak bisa mengeluarkan dahak, kaki kiri kadang kesemutan, memiliki riwayat hipertensi, rutin minum obat antihipertensi yaitu obat

amplodipin pada malam hari dan dilakukan pemeriksaan TTV hasilnya TD 152/91mmHg, HR 78x/mnt, 536.6°C, SpO2 97%.

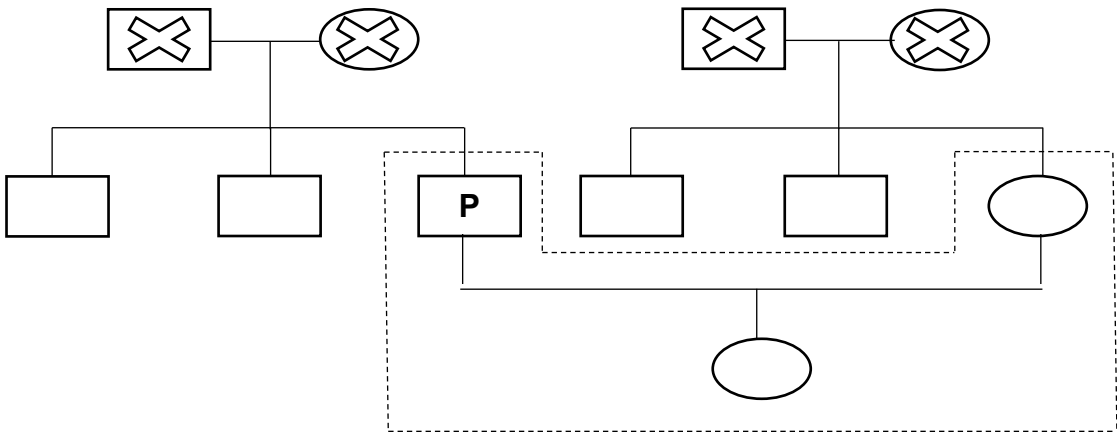
4) Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dari puluhan tahun yang lalu, keturunan dari ibu.

5) Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan ada anggota keluarga yang memiliki penyakit hipertensi yaitu ibunya.

Genogram



Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Meninggal
- P** : Pasien
- : Tinggal serumah

4. Pemeriksaan fisik

- a. Kesadaran umum : Composmentis
- b. Keadaan umum : meringis menahan kesakitan, lemas
- c. TTV

- 1) Tekanan darah : 152/91mmHg
- 2) HR : 78x/menit
- 3) Suhu : 36,6°C
- 4) Respirasi : 20x/menit
- 5) Spo2 : 97 %

d. Pemeriksaan kepala

- 1) Rambut : berwarna hitam sebagian ada yang putih, tidak ada lesi, tidak ada benjolan
- 2) Wajah : wajah sedikit keriput, tidak ada lesi
- 3) Mata : Pupil isokor, sklera putih, konjungtiva tidak anemis dan simetris, 2mm/2mm
- 4) Telinga : Bersih, tidak ada gangguan telinga
- 5) Hidung : Simetris, tidak ada sekret, dan lesi
- 6) Mulut : Mukosa bibir pucat, bibir kering, tidak ada stomatitis
- 7) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

e. Pemeriksaan dada

- 1) Inspeksi : Tidak ada lesi, benjolan, dada simetris
- 2) Palpasi : Getaran dinding dada kanan kiri sama dan tidak ada nyeri tekan
- 3) Perkusi : Sonor
- 4) Auskultasi : Vesikuler

f. Pemeriksaan abdomen

- 1) Inspeksi : Tidak ada luka/lesi
- 2) Auskultasi : Bising usus 15x/menit
- 3) Perkusi : Tympani
- 4) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada abdomen

g. Pemeriksaan genetalia dan anus

Tidak ada benjolan, tidak ada lesi

h. Pemeriksaan extremitas

- 1) Atas : Tidak ada lesi, pergerakan aktif, jumlah jari lengkap, kekuatan otot 5, terpasang infus tangan kiri
- 2) Bawah : kaki kiri kadang terasa kesemutab, tidak ada lesi, pergerakan aktif, jumlah jari lengkap, kekuatan otot 5

5. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium pada hari senin 3 Februari 2025, jam 14.51

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujuaka
			13.40-17.30
Hemoglobin	14	g/dL	
Leukosit	7.89	$10^3/\mu\text{L}$	5.07-
Eritrosit	5.07	Juta/mm ³	11.10
Trombosit.	192 L	Ribu/mm ³	4.74-
Hematokrit	43	%	6.52
Basofil	0	%	185-400
Eosinofil	1	%	40-51
Limfosit	21	%	0-1
Monosit	6	%	1-5
Neutrofil batang	2	%	20-44
Neutrofil segmen	70	%	3-9
MCH	28.5	%	2-6
MCV	84.6	fL	42-71
Rasio N/L	3.33 L		24-31
Natrium	144	Mmol	73.91
Kalium	4.32	Mmol	<3.13
MCHC	33.6	Mmol/L	135-147
Klorida	108 H	Mmol	3.5-5.0
SGOT (AST)	17	U/L	31-36
SGPT (ALT)	11	U/L	95-105
Ureum	23	Mg/dL	<40
Kreatinin	0.9	Mg/dL	<40
			13-43
			0.5-1.1

6. Assesment nyeri

- P : Pasien mengatakan pusing bertambah metika untuk mikir berat/saat pikiran stress, pusing berkurang ketika untuk tidur
- Q : seperti ditekan
- R : Pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala
- S : Pasien mengatakan skala nyeri 6
- T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul

7. Program terapi

- a. Infus RL 20 tpm : Mempertahankan hidrasi pada pasien rawat inap yang tidak dapat menahan cairan
- b. Injeksi paracetamol 1gr/8jam : untuk meredakan nyeri dan menurunkan demam
- c. Injeksi dexamethasone 5mg/24jam : untuk meredakan peradangan
- d. Injeksi omeprazole 40mg/12jam: untuk menekan gejala akibat profuksi asam lambunh yang berlebih
- e. Injeksi metoclopramide 5mg/ml/24jam: untuk mengosongkan saluran pencernaan sehingga rasa mual dan muntah dapat dicegah
- f. Obat oral sucralfat syrup 3x1cth: untuk mencegah gangguan radang lambunh dan peningkatan asam lambung

8. Data fokus

Hari dan tanggal	Data subyektif dan obyektif	TTD
Selasa, 4-2-2025	Data subyektif 1. Pasien mengatakan mual, tidak bisa muntah, nyeri ulu hati, ada riwayat asam lambung, mulut kadang terasa	Kharisma

Hari dan tanggal	Data subyektif dan obyektif	TTD
	asam kadang pahit, makan 3 sendok 2. Pasien mengatakan pusing, nyeri kepala P : Pasien mengatakan pusing bertambah ketika untuk mikir berat/saat pikiran stress, pusing berkurang ketika untuk tidur Q : seperti ditekan R : Pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala S : Pasien mengatakan skala nyeri 6 T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul 3. Pasien mengatakan penglihatan kabur, batuk tapi tidak bisa mengeluarkan dahak Data obyektif a) Pasien tampak lemas b) tampak meringis c) Mukosa pucat d) TD 152/91mmHg e) HR: 78x/menit f) RR: 20x/menit g) SpO2: 97% h) S: 36.6°C i) Sulit tidur j) Bibir kering	

9. Analisa data

No Dx	Data	Problem	Etiologi	TTD
1	Data subyektif : Pasien mengatakan pusing, nyeri kepala P : Pasien mengatakan pusing bertambah metika untuk mikir berat/saat pikiran stress, pusing berkurang ketika untuk tidur Q : seperti ditekan R : Pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala S : Pasien mengatakan skala nyeri 6 T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul Data obyektif : Tampak mringis 1. Tampak lemas 2. TD 152/91mmHg 3. HR: 78x/menit 4. Sulit tidur	Nyeri akut	Agen pencedera fisiologis (hipertensi)	Kharisma
2	Data subyektif : Pasien mengatakan mual, tidak bisa muntah, ada riwayat asam lambung, mulut kadang terasa asam kadang pahit, makan 3 sendok, nyeri ulu hati Data obyektif : pasien tampak lemas, mukosa pucat, bibir kering	Nausea	Iritasi lambung	Kharisma

10.Perencanaan

No Dx	Tujuan dan Kriteria (SLKI)	Tindakan (SIKI)	TTD
1	SLKI : Tingkat nyeri (L.08066) Tujuan : setelah dilakukan perawatan selama 2x24 jam pasien mampu mencapai tingkat nyeri yang menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri (5) menurun 2. Mringis (5) menurun 3. Gelisah (5) menurun 4. Kesulitan tidur (5) menurun 5. Mual (5) menurun	SIKI : Manajemen nyeri (I. 08238) Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal (pasien meringis) 4. Indentifikasi faktor yang memperberat (pikiran setress/berat) dan memperingan nyeri (tidur) 5. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi nafas dalam/distraksi) 2. Kontrol lingkungan yang	Kharisma

No Dx	Tujuan dan Kriteria (SLKI)	Tindakan (SIKI)	TTD
		memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan oenyebab periode dan pemicu nyeri 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik (paracetamol 1gr/8 jam)	
2	SLKI : Tingkat nausea (L.08065) Tujuan : setelah dilakukan perawatan selama 2x24 jam pasien mampu mencapai tingkat nausea yang menurun dengan kriteria : 1. Perasaan ingin muntah (5) menurun 2. Perasaan asam dimulut (5) menurun 3. Pucat (5) membaik 4. Nafsu makan (5) membaik	SIKI : Manajemen mual (I. 03117) Observasi 1. Identifikasi pengalaman mual 2.	Kharisma

11. Implementasi keperawatan

Hari Tanggal, jam	No Dx	Tindakan keperawatan dan respon pasien	TTD
Selasa, 4 Februari 2025 09.00	1.2	Data subyektif Pasien mengatakan mual, tidak bisa muntah, nyeri ulu hati, ada riwayat asam lambung, mulut kadang terasa asam kadang pahit, makan 3 sendok Pasien mengatakan pusing, nyeri kepala P : Pasien mengatakan pusing bertambah metika untuk mikir berat/saat pikiran stress, pusing berkurang ketika untuk tidur Q : seperti ditekan R : Pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala S : Pasien mengatakan skala nyeri 6 T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul Pasien mengatakan penglihatan kabur, batuk tapi tidak bisa mengeluarkan dahak Data obyektif Pasien tampak lemas tampak meringis Mukosa pucat TD 152/91mmHg HR: 78x/menit RR: 20x/menit SpO2: 97% S: 36.6°C Sulit tidur Bibir kering	Kharisma
09.20	1,2	Melakukan TTV DS: pasien mengatakan pusing	Kharisma

Hari Tanggal, jam	No Dx	Tindakan keperawatan dan respon pasien	TTD
		DO: Pasien tampak lemas, TD 152/91mmHg, HR: 78x/menit, RR: 20x/menit, SpO2: 97%, S: 36.6°C	

12. Evaluasi

Hari Tanggal, jam	No Dx	Evaluasi (SOAP)		TTD
Rabu, 5 Februari 2025	1	S	Pasien mengatakan nyeri berkurang tidak seperti kemarin, nyeri terasa cunut-cunut, skala nyeri 3, hilang timbul dan nyeri pada kepala	Kharisma
		O	Pasien tampak tidak menahan kesakitan, TD : 150/93 mmHg, N : 90x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,2 'C, SPO2 : 100 %, Indikator SLKI a. Keluhan nyeri (5) menurun b. Mringis (5) menurun c. Sikap protektif (5) menurun d. Gelisah (5) menurun e. Frekuensi nadi (5) membaik	
		A	Pasien sudah mampu mencapai tingkat nyeri yang menurun sampai perawatan pada tanggal 5 Februari 2025	
		P	Lanjutkan intervensi : - Identifikasi durasi, skala, karakteristik, frekuensi nyeri, fakto memperberat nyeri	

Hari Tanggal, jam	No Dx	Evaluasi (SOAP)		TTD
			- Anjurkan monitor nyeri secara mandiri dengan teknik relaksasi - Kolaborasi pemberian analgetik	
Jumat, 7 Februari 2025 10.30	2	S	Pasien mengatakan sudah tidak mual	Kharisma
		O	pasien tampak mau makan, makan habis ½ porsi, sudah tidak mual	
		A	Pasien sudah mampu mencapai tingkat nausea yang menurun sampai perawatan pada tanggal 6 Februari 2025	
		P	Lanjutkan intervensi keperawatan	

B. Pembahasan

Pada bagian ini, penulis akan membahas diagnosa keperawatan pada Ny. K dengan hipertensi di ruang Kawung RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Surakarta.

1. Diagnosa keperawatan yang ditemukan saat pengelolaan kasus.

- a. Nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

1) Definisi

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan

berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan pasien mengatakan pusing, nyeri kepala, pasien mengatakan pusing bertambah ketika untuk mikir berat/saat pikiran stress, pusing berkurang ketika untuk, seperti ditekan, pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala, pasien mengatakan skala nyeri 6, pasien mengatakan nyeri hilang timbul. Pasien tampak mringis, tampak lemas, TD 152/91mmHg, HR: 78x/menit, sulit tidur. Berdasarkan data yang ditemukan pada pasien, terdapat kesesuaian antara definisi dengan penegakan diagnosa keperawatan.

2) Data atau batasan karakteristik/data mayor minor

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), tanda dan gejala yang terkait pada diagnosa keperawatan nyeri akut yaitu:

a) Tanda dan gejala mayor

- (1) Subjektif: mengeluh nyeri
- (2) Objektif: tampak meringis, bersikap protektif (misal, waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur,

b) Tanda dan gejala minor

- (1) Subjektif: -
- (2) Objektif: Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diforesis.

Pada Ny. K didapatkan tanda gejala mayor dan minor yaitu pasien mengatakan pusing, nyeri kepala, pasien mengatakan pusing bertambah ketika untuk mikir berat/saat pikiran stress, pusing berkurang ketika untuk, seperti ditekan, pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala, pasien mengatakan skala nyeri 6, pasien mengatakan nyeri hilang timbul. Pasien tampak meringis, tampak lemas, TD 152/91mmHg, HR: 78x/menit, sulit tidur. Data yang ditemukan penulis saat pengkajian dengan pasien menunjukkan sudah 100% untuk tanda gejala mayor. Data pada saat pengkajian, penulis tidak menemukan data (minor) tersebut pada pasien akan tetapi data pokok (mayor) seperti tampak meringis, bersikap protektif terhadap nyeri, gelisah, frekuensi nadi meningkat ditemukan pada pasien. Sehingga, penulis dapat menegakkan diagnosa keperawatan tersebut.

3) Etiologi

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), etiologi pada diagnosa keperawatan nyeri akut yaitu: agen pencedera fisiologis (misal, inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (misal, terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (misal, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan). Etiologi dari kasus tersebut yaitu agen pencedera fisiologis (hipertensi). Sedangkan berdasarkan teori tersebut terdapat kesesuaian dengan keadaan pasien bahwa pasien hipertensi.

4) Keterkaitan penegakan diagnosa keperawatan dengan patofisiologi

Menurut Aspiani (2015), mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor pada medula diotak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut kebawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak kebawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron pre-ganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Klien dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin yang dilepaskan merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, vasokonstriktor kuat, yang pada akhirnya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan hipertensi. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan pasien mengatakan pusing, nyeri kepala, pasien mengatakan pusing bertambah ketika untuk mikir berat/saat pikiran stress, pusing berkurang ketika untuk,

seperti ditekan, pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala, pasien mengatakan skala nyeri 6, pasien mengatakan nyeri hilang timbul. Pasien tampak mringis, tampak lemas, TD 152/91mmHg, HR: 78x/menit, sulit tidur

b. Nausea yang berhubungan dengan iritasi lambung

1) Definisi

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), Perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan pasien mengatakan mual, tidak bisa muntah, ada riwayat asam lambung, mulut kadang terasa asam kadang pahit, makan 3 sendok, nyeri ulu hati. Pasien tampak lemas, mukosa pucat, bibir kering. Berdasarkan data yang ditemukan pada pasien, terdapat kesesuaian antara definisi dengan penegakan diagnosa keperawatan. Data tersebut merupakan data minor yang artinya data tersebut tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat menunjang diagnosa. Data pada saat pengkajian, penulis tidak menemukan data (minor) tersebut pada pasien akan tetapi data pokok (mayor) seperti mual, tidak bisa muntah, mulut kadang terasa asam kadang pahit, makan 3 sendok, nyeri ulu hati, pasien tampak lemas, mukosa pucat, bibir kering ditemukan pada pasien. Sehingga, penulis dapat menegakkan diagnosa keperawatan tersebut.

2) Data atau batasan karakteristik/data mayor minor

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), tanda dan gejala yang terkait pada diagnosa keperawatan nausea yaitu:

a) Gejala dan tanda mayor

(1) Subjektif: mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berminat makan

(2) Objektif: -

b) Gejala dan tanda minor

(1) Subjektif: merasa asam di mulut, sesasi panas/dingin, sering menelan, saliva meningkat.

(2) Objektif: pucat, diaphoresis, takikardia, pupil dilatasi.

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan pasien mengatakan mual, tidak bisa muntah, ada riwayat asam lambung, mulut kadang terasa asam kadang pahit, makan 3 sendok, nyeri ulu hati, pasien tampak lemas, mukosa pucat, bibir kering. Penulis menyimpulkan bahwa data untuk mendukung diagnosa nausea pada Ny. K dengan hipertensi semuanya sesuai dengan teori.

3) Etiologi

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2016), penyebab gangguan biokimiawi (mis. uremia, ketoasidosis diabetik), gangguan pada esofagus, distensi lambung, iritasi lambung, gangguan pankreas, peregangan kapsul limpa, tumor terlokalisasi (mis. neuroma akustik, tumor otak primer atau sekunder, metastasis tulang di dasar tengkorak), peningkatan tekanan intrabdominal (mis.

keganasan intraabdomen), peningkatan tekanan intrakranial, peningkatan tekanan intraorbital (mis. glaukoma), mabuk perjalanan, kehamilan, aroma tidak sedap, rasa makanan/ minuman yang tidak enak, stimulus penglihatan tidak menyenangkan, faktor psikologis (mis. kecemasan, ketakutan, stres), efek agen farmakologis, efek toksin. Etiologi dari kasus tersebut yaitu iritasi lambung. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan pasien mengatakan Data subyektif : Pasien mengatakan mual, tidak bisa muntah, ada riwayat asam lambung, mulut kadang terasa asam kadang pahit, makan 3 sendok, nyeri ulu hati, pasien tampak lemas, mukosa pucat, bibir kering. Penulis menyimpulkan bahwa data untuk mendukung diagnosa nausea pada Ny. K dengan hipertensi semuanya sesuai dengan teori.

4) Keterkaitan penegakan diagnosa keperawatan dengan patofisiologi

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2016), meningitis, abirinitis, uremia, ketoasidosis diabetik, ulkus peptikum, penyakit esofagus, tumor intraabdomen, penyakit, meniere, neuroma akustik, tumor otak, kanker, glaukoma. Menurut Aspiani (2015), mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut kebawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang

begerak kebawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron pre-ganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor, seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Klien dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut dapat terjadi. Pada saat bersamaan ketika sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal menyekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal menyekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin.

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

nausea (mual), melalui beberapa mekanisme patofisiologis yaitu: peningkatan tekanan darah: Hipertensi dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah, termasuk pembuluh darah di otak, ginjal, dan jantung; kerusakan ginjal: hipertensi dapat menyebabkan kerusakan ginjal, yang dapat memicu retensi cairan dan elektrolit, serta pelepasan hormon yang mempengaruhi tekanan darah; aktivasi sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAAS): Hipertensi dapat mengaktifkan RAAS, yang meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan, serta memicu pelepasan hormon yang mempengaruhi keseimbangan elektrolit; peningkatan stres oksidatif: hipertensi dapat meningkatkan stres oksidatif, yang dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah dan jaringan lainnya; kerusakan pada sistem saraf: Hipertensi dapat menyebabkan kerusakan pada sistem saraf, termasuk kerusakan pada saraf yang mengatur fungsi pencernaan, yang dapat memicu nausea. Nausea pada hipertensi dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk kerusakan ginjal: Kerusakan ginjal dapat memicu retensi toksin dalam darah, yang dapat menyebabkan nausea, peningkatan tekanan intrakranial: hipertensi dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial, yang dapat memicu nausea dan muntah serta efek samping obat: beberapa obat antihipertensi dapat menyebabkan nausea sebagai efek samping. Penting untuk memantau tekanan darah dan mengelola hipertensi dengan baik untuk mencegah komplikasi yang lebih

serius. Jika Anda mengalami gejala nausea yang persisten atau berat, penting untuk berkonsultasi dengan dokter untuk menentukan penyebab dan pengobatan yang tepat. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan pasien mengatakan Data subyektif : Pasien mengatakan mual, tidak bisa muntah, ada riwayat asam lambung, mulut kadang terasa asam kadang pahit, makan 3 sendok, nyeri ulu hati, pasien tampak lemas, mukosa pucat, bibir kering. Penulis menyimpulkan bahwa data untuk mendukung diagnosa nausea pada Ny. K dengan hipertensi semuanya sesuai dengan teori.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Adapun kesimpulan dari penulisan karya tulis ilmiah ini sebagai berikut:

1. Diagnosa keperawatan pada pasien hipertensi yaitu nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (hipertensi) dan nausea yang berhubungan dengan iritasi lambung.
2. Hasil pembahasan menunjukkan bahwa terdapat kesesuaian kondisi pasien dengan definisi diagnosa keperawatanyang muncul pada pasien adalah nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (hipertensi), serta nausea yang berhubungan dengan iritasi lambung. Diagnosa ini ditegakkan berdasarkan data subjektif dan objektif yang relevan dengan kondisi pasien.
3. Hasil pembahasan menunjukkan bahwa terdapat kesesuaian data pendukung denganbatasan karakteristik.
4. Hasil pembahasan terdapat kesesuaian pemelihan etiologi pada setiap diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut dengan etiologi agen pencedera fisiologis (hipertensi) dan nausea dengan etiologi iritasi lambung.
5. Hasil pembahasan terdapat keterkaitan penegakan diagnosa keperawatan dengan patofisiologi

B. Implikasi Keperawatan

Pada analisis kasus ini penulis mendapatkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien kelolaan adalah nyeri

akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan nausea berhubungan dengan iritasi lambung, dan ditemukan bahwa:

1. Untuk menegakkan diagnosa keperawatan disarankan kepada perawat untuk memperhatikan tanda gejala mayor dan minor apakah sudah relevan antara teori dan kondisi pasien, supaya tidak ada kesalahan dalam penegakan diagnosa sehingga pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan terapi yang tepat.
2. Disarankan kepada perawat untuk melakukan penegakan diagnose keperawatan secara tepat untuk dapat menentukan intervensi yang tepat sesuai dengan kebutuhan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Asikin, M., Nuralamsyah, M., & Susaldi. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Kardiovaskuler*. Penerbit Erlangga : Jakarta.
- Aspiani, R. Y. (2015). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular Aplikasi NIC & NOC*. Penerbit Buku Kedokteran EGC : Jakarta.
- Induniasih dan Hendarsih, S. (2019). *Metodologi keperawatan*. Pustaka Baru Press, Yogyakarta.
- Kurnia A. (2020). *Self Managemen Hipertensi*. Surabaya: Jakad Media Publishing.
- Kusnan, A., Rangki, L., & Alifariki, L. O. (2019). *Physical Assesment dan Dokumentasi keperawatan*. Penerbit CV Sagung Seto, Jakarta.
- Kusyani Asri et.al. 2024. *Standar Asuhan Keperawatan pada Pasien Hipertensi*. NEM
- Lindriani et.al. (2023). *Konsep Dasar Keperawatan*. Rizmedia Pustaka Indonesia
https://books.google.co.id/books?id=02i4EAAAQBAJ&pg=PA174&dq=pengertian+diagnosa+keperawatan&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&source=gb_mobile_search&sa=X&ved=2ahUKEwiYxM7I19qMAXX5zjgGHcvIIQo4ChDoAXoECAYQAw#wv=onepage&q=pengertian%20diagnosa%20keperawatan&f=false
- Manuntung A. (2019). *Terapi Perilaku Kognitif pada Pasien Hipertensi*. Malang: Wineka Media.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*. Edisi 1. Jakarta Selatan : DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta Selatan : DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta Selatan : DPP PPNI.
- Triyanto, E. (2014). *Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu*. Graha Ilmu : Yogyakarta.
- Widiyono et.al. 2022. *Aktivitas Fisik Untuk Mengatasi Hipertensi*. Kediri: Lembaga Chakra Brahmanda Lentera.