

**LAPORAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. F.M DENGAN**  
**HIPERTENSI DI INSTALASI GAWAT DARURAT**  
**RUMAH SAKIT GUNUNG MARIA**  
**TOMOHON**

**Disusun dalam Rangka Menyelesaikan**  
**Tahap Profesi Ners**



**Oleh**

**(HERNY CICILIA MANGUNDAP, S.Kep)**

**(NIM 22062107)**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS KATOLIK DE LA SALLE MANADO**  
**2023**

## HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Herny Cicilia Mangundap, S.Kep

Num : 22062107

Program Studi : Profesi Ners

Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ners ini adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan sepanjang pengetahuan serta keyakinan saya, saya tidak mencantumkan tanpa pengakuan bahan-bahan yang telah dipublikasikan sebelumnya atau ditulis oleh orang lain atau sebagian bahan yang pernah diajukan untuk gelar Ners atau ijazah pada universitas Katolik De La Salle Manado atau perguruan tinggi lainnya.

Apabila pada masa yang akan datang diketahui bahwa pernyataan ini tidak benar adanya, saya bersedia menerima sanksi yang diberikan dengan segala konsekuensinya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Manado, 1 Juli 2023



Herny Cicilia Mangundap, S.Kep

## HALAMAN PERSETUJUAN

### **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. F.M dengan Hipertensi di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon**

Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners

Telah disetujui untuk diuji dihadapan tim penguji KIAN

Program Studi Profesi Ners

Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado

### **TIM PENGUJI**

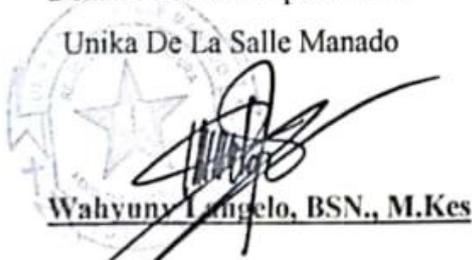
Dosen Penguji :



(Johanis Kerangan S.Kep., Ns., M.Kep)

### **MENGETAHUI**

Dekan Fakultas Keperawatan  
Unika De La Salle Manado

  
Wahyuni Langelo, BSN., M.Kes

Ketua Program Studi Profesi Ners

  
Johanis Kerangan S.Kep., Ns., M.Kep

Ditetapkan di : Manado

Tanggal : 1 Juli 2023

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh :

Nama : Herny Cicilia Mangundap, S.Kep

NIM : 22062107

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. F.M dengan Hipertensi di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon

Telah berhasil dipertahankan dihadapan tim penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada program studi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado.

### MENYETUJUI

Manado, 1 Juli 2023

Pembimbing KIAN



Johanis Kerangan S.Kep., Ns., M.Kep

### MENGETAHUI

Dekan Fakultas Keperawatan  
Unika De La Salle Manado



Wahyu Lango, BSN., M.Kes

Ketua Program Studi Profesi Ners



Johanis Kerangan S.Kep., Ns., M.Kep

## KATA PENGANTAR

Segala Puji dan Syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat kasih, kebaikan dan penyertaanNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. F.M dengan Hipertensi di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon”.

Penulis menyadari akan keterbatasan dalam proses penyusunan karya ilmiah, namun berkat usaha dan kerja keras, ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik. Tidak lepas juga dari doa, bimbingan, bantuan, serta motivasi dari berbagai pihak, yang selalu diberikan kepada penulis sehingga ilmiah ini dapat selesai. Oleh karena itu dengan penuh kerendahan hati penulis ingin mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Johanis Ohoitumur, MSC selaku Rektor Universitas Katolik De La Salle Manado.
2. Wahyuni Langelo, BSN., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado yang telah memberikan arahan selama di Fakultas Keperawatan Unika De La Salle Manado.
3. Natalia Rakinaung, S.Kep, Ns, MNS, selaku Wakil Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado yang telah memberikan arahan selama di Fakultas Keperawatan Unika De La Salle Manado.
4. Johanis Kerangan, S.Kep, Ns, M.Kep, selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Universitas Katolik De La Salle Manado dan juga sebagai Dosen Pembimbing Akademik serta Dosen Penguji yang selalu memberikan arahan dan nasehat serta semangat dalam penyusunan ilmiah ini.
5. Helly Budiawan, S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan yang dengan setia memberikan bimbingan dan arahan selama penyusunan karya ilmiah.
6. Seluruh Dosen dan Staf Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado yang telah mendidik dan memberikan ilmu pengetahuan selama di Fakultas Keperawatan Unika De La Salle Manado.
7. Perawat-perawat yang ada di RS Gunung Maria Tomohon yang sudah membimbing dan membantu saya selama melakukan praktek di Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon.

8. Keluarga saya Suami Donny Lengkong dan Anak Mario Lengkong, Orangtua serta semua keluarga, sahabat yang selalu memberikan Doa dan dukungan selama proses penyusunan karya ilmiah ini.
9. Rekan-rekan sekelompok Profesi Ners yang selalu bersama berjuang dan memberikan Doa serta dukungan selama proses penyusunan karya ilmiah ini.
10. Ucapan terima kasih disampaikan kepada semua pihak, yang tidak dapat disebutkan satu per satu atas dukungan, bantuan dan doa selama proses pembuatan karya ilmiah ini, biarlah Tuhan yang dapat membalas semuanya.

Dalam Penyusunan karya ilmiah ini masih terdapat banyak kekurangan. Maka diharapkan kritikan dan saran yang dapat menyempurnakan isi dari karya ilmiah ini.

Manado, 1 Juli 2023



Hery Cicilia Mangundap, S.Kep

## ABSTRAK

### **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. F.M dengan Hipertensi di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon**

**Mangundap, Hernyy<sup>1</sup>, Kerangan, Johanis<sup>2</sup>.**  
Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado  
Email : [hernymangundap51623@gmail.com](mailto:hernymangundap51623@gmail.com)

*Hipertensi menurut World Health Organization (WHO) adalah suatu kondisi dimana pembuluh darah memiliki tekanan darah tinggi (tekanan darah sistolik 140 mmHg atau tekanan darah diastolic 90 mmHg) yang menetap. Hipertensi merupakan salah satu penyakit yang banyak di keluhkan oleh masyarakat dari berbagai kalangan remaja. Pada orang yang berusia diatas 50 tahun, tekanan darah sistolik lebih besar dari 140 mmHg dan lebih beresiko terjadinya penyakit kardiovaskuler bila dibandingkan dengan tekanan darah diastolik, namun pada tahun 2008 terdapat sekitar 40% orang dewasa diseluruh dunia berusia 25 tahun ke atas di diagnosa mengalami hipertensi. Prevelensi Penyakit Tidak Menular mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan Riskesdes 2018, antara lain kanker, stroke, penyakit ginjal kronis, diabetes mellitus, dan hipertensi. Prevelensi hipertensi naik dari 25,8% menjadi 34,1%. Kenaikan prevalensi penyakit tidak menular ini berhubungan dengan pola hidup, antara lain merokok, konsumsi minuman beralkohol, aktivitas fisik, serta konsumsi buah dan sayur. Karya ilmiah ini menggunakan metode wawancara serta observasi pada Tn. S.P dan keluarga di ruangan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon. Menggunakan metode penulisan deskriptif dengan pendekatan asuhan keperawatan tahap pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan intervensi, implementasi serta evaluasi. Sehingga di dapatkan hasil memiliki tiga masalah keperawatan yaitu nyeri, resiko intoleransi aktivitas, dan defisit pengetahuan. Kesimpulan penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori, penelitian sebelumnya dengan asuhan keperawatan yang telah dilakukan oleh penulis.*

*Kata kunci : Hipertensi*

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITAS</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b>	ii
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b>	iii
<b>KATA PENGANTAR</b>	iiv
<b>ABSTRAK</b>	vi
<b>DAFTAR ISI</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	1
1.1.    LATAR BELAKANG	1
1.2.    RUMUSAN MASALAH	2
1.3.    TUJUAN	2
1.3.1 Tujuan Umum	2
1.3.2 Tujuan Khusus	2
1.4.    MANFAAT	2
1.4.1 TEORITIS	2
1.4.2 PRAKTIS	3
<b>BAB II</b>	4
<b>TINJAUAN PUSTAKA</b>	4
2.1 LANDASAN TEORI	4
2.1.1 Definisi	4
2.1.2 Klasifikasi	4
2.1.3 Etiologi	6
2.1.4 Anatomi dan Fisiologi	7
2.1.4.1 Anatomi	7
2.1.4.2 Fisiologi	7
2.1.5 Patofisiologi dan Patoflow	12

2.1.6 Tanda dan Gejala	14
2.1.7 Komplikasi	14
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang	15
2.1.9 Penatalaksanaan	16
2.2 ASKEP TEORI	17
2.2.1 Pengkajian	17
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	20
2.3 Penelitian Terkait	25
<b>BAB III</b>	30
<b>GAMBARAN KASUS</b>	30
3.1 PENGKAJIAN	30
3.2 DIAGNOSA	31
3.3 INTERVENSI	32
3.4 IMPLEMENTASI	33
3.5 EVALUASI	34
<b>BAB IV</b>	35
<b>PEMBAHASAN</b>	35
4.1 ANALISIS DAN DISKUSI HASIL	35
4.1.1 Pengkajian	35
4.1.2 Diagnosa	36
4.1.3 Intervensi	37
4.1.4 Implementasi	37
4.1.5 Evaluasi	38
4.2 KETERBATASAN PELAKSANAAN	39
<b>BAB V</b>	40
<b>PENUTUP</b>	40
5.1 KESIMPULAN	40

5.2 SARAN	40
5.2.1 Saran untuk Keperawatan	40
5.2.2 Saran untuk Rumah Sakit	41
5.2.3 Saran untuk Penelitian Selanjutnya	41
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	<b>42</b>

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. LATAR BELAKANG**

Hipertensi merupakan kondisi yang paling umum dijumpai dalam perawatan primer. Hipertensi menurut World Health Organization (WHO) adalah suatu kondisi dimana pembuluh darah memiliki tekanan darah tinggi (tekanan darah sistolik 140 mmHg atau tekanan darah diastolic 90 mmHg) yang menetap. Tekanan darah adalah kekuatan darah untuk melawan tekanan dinding arteri ketika darah tersebut dipompa oleh jantung ke seluruh tubuh. Semakin tinggi tekanan darah maka semakin keras jantung bekerja (WHO, 2018). Hipertensi merupakan keadaan ketika tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolic lebih dari 80 mmHg. Hipertensi sering menyebabkan perubahan pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan semakin tingginya tekanan darah (Muttaqin, 2017)

Pada orang yang berusia diatas 50 tahun, tekanan darah sistolik lebih besar dari 140 mmHg dan lebih beresiko terjadinya penyakit kardiovaskuler bila dibandingkan dengan tekanan darah diastolik, namun pada tahun 2008 terdapat sekitar 40% orang dewasa diseluruh dunia berusia 25 tahun ke atas didiagnosa mengalami hipertensi. Angka kejadian hipertensi begitu meningkat, dari sekitar 600 juta jiwa pada tahun 1930 menjadi 1 milyar jiwa pada tahun 2008 (WHO, 2015). Badan penelitian kesehatan dunia WHO tahun 2014 menunjukkan, diseluruh dunia 982 juta orang atau 26,4% penghuni bumi mengidap hipertensi dengan perbandingan 26,6% pria dan 26,1% wanita.

Prevelensi Penyakit Tidak Menular mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan Riskesdes 2018, antara lain kanker, stroke, penyakit ginjal kronis, diabetes mellitus, dan hipertensi. Prevelensi hipertensi naik dari 25,8% menjadi 34,1%. Kenaikan prevalensi penyakit tidak menular ini berhubungan dengan pola hidup, antara lain merokok, konsumsi minuman beralkohol, aktivitas fisik, serta konsumsi buah dan sayur (Riset Kesehatan Dasar, 2018).

Melalui catatan Badan Kesehatan Dunia/World Health Organization (WHO) tahun 2011, terdapat 1 miliar orang di dunia menderita hipertensi, dan dua pertiga diantaranya berada di negara berkembang. Kenaikan kasus hipertensi diperkirakan menjadi 1,15 miliar kasus di tahun 2025. Prediksi ini didasarkan pada angka penderita hipertensi saat ini dan penambahan penduduk saat ini. Sulawesi Utara berada di urutan ke-9 yaitu 27,1%. Hasil ini di dukung melalui data Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara bahwa selama tahun 2013 terdapat 32.072 kunjungan hipertensi di setiap Puskesmas se-Provinsi Sulawesi Utara..

Dari data-data yang di dapatkan di atas maka penulis tertarik untuk memahami dan lebih mendalami kasus Hipertensi sebagai tindak lanjutan KIAN (karya ilmiah akhir ners), sehingga dapat menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Hipertensi di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon.

## **1.2. RUMUSAN MASALAH**

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Hipertensi di Instalasi Gawat Darurat RS Gunung Maria Tomohon?

## **1.3. TUJUAN**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Pasien dengan Hipertensi di Instalasi Gawat Darurat RS Gunung Maria Tomohon?

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Menganalisis gambaran kasus pada pasien dengan Hipertensi di Instalasi Gawat Darurat RS Gunung Maria Tomohon?
- b. Menganalisis asuhan keperawatan pada pasien dengan Hipertensi di Instalasi Gawat Darurat RS Gunung Maria Tomohon?
- c. Menganalisis praktek pengelolaan terhadap kasus yang ditentukan

## **1.4. MANFAAT**

### **1.4.1 TEORITIS**

Hasil dari Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan mampu memperluas ilmu di bidang keperawatan dalam mencari dan mengelolah asuhan keperawatan

medical pada pasien dengan riwayat penyakit Hipertensi. Hasil ini juga dapat menjadi referensi untuk penelitian atau karya ilmiah selanjutnya.

#### **1.4.2 PRAKTIS**

##### **A. Bagi Peneliti**

Hasil dari kasus ini diharapkan peneliti dapat mengaplikasikan pengetahuan yang didapat dari pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien hipertensi serta dapat meningkatkan wawasan dan keterampilan khususnya bagaimana merawat pasien hipertensi.

##### **B. Bagi Tempat Penelitian**

Hasil dari kasus ini diharapkan dapat memberikan manfaat khususnya menambah referensi perpustakaan sebagai acuan yang akan datang.

##### **C. Bagi Pasien**

Dapat menambah ilmu pengetahuan pasien dan dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari

##### **D. Bagi Institusi Pendidikan**

hasil studi ini diharapkan bermanfaat bagi pembaca dan dapat diaplikasikan oleh mahasiswa perawat dalam intervensi keperawatan

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 LANDASAN TEORI

##### 2.1.1 Definisi

Hipertensi adalah suatu keadaan ketika seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (*morbiditas*) dan angka kematian (*mortalitas*) (Guèze & Napitupulu, 2016).

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolic dengan konsisten di atas 140/90 mmHg. Diagnosis hipertensi tidak berdasarkan pada peningkatan tekanan darah yang hanya sekali. Tekanan darah harus diukur dalam posisi duduk dan berbaring (Suprayitno & Huzaimah, 2020).

Hipertensi merupakan keadaan ketika tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolic lebih dari 80 mmHg. Hipertensi sering menyebabkan perubahan pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan semakin tingginya tekanan darah (Muttaqin, 2016).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah pembuluh darah arteri secara terus menerus lebih dari suatu periode. Hal ini terjadi bila arteriode-arteriode konstriksi. Konstriksi arteriode membuat darah sulit mengalir dan meningkatkan tekanan dinding arteri (Udjaianti W, 2016).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa hipertensi adalah peningkatan tekanan darah dalam pembuluh darah arteri secara terus menerus lebih dari satu periode. Hal ini terjadi bila arteriode-arteriode konstriksi. Konstriksi arteriode membuat darah sulit mengalir dan meningkatkan tekanan melawan dinding arteri. Peningkatan tekanan darah sistolik 140 mmHg dan diastolic 90 mmHg.

##### 2.1.2 Klasifikasi

Hipertensi dapat dibagi menjadi 3 yaitu hipertensi sistolik, hipertensi diastolic, dan hipertensi campuran. Hipertensi sistolik (*isolated systolic*

*hypertension*) merupakan peningkatan tekanan sistolik tanpa diikuti peningkatan tekanan diastolic dan umumnya ditemukan pada usia lanjut. Tekanan sistolik berkaitan tekanan dengan tingginya pada arteri apabila jantung berkontraksi (denyut jantung). Tekanan sistolik merupakan tekanan maksimum dalam arteri tercermin pada hasil pembacaan tekanan darah sebagai tekanan atas yang nilainya lebih besar (Garnadi, Y. 2016).

Hipertensi diastolic (*diastolic hypertension*) merupakan peningkatan tekanan diastolic tanpa diikuti peningkatan tekanan sistolik, biasanya ditemukan pada anak-anak dan dewasa muda. Hipertensi diastolic terjadi apabila pembuluh darah kecil menyempit secara tidak normal, sehingga memperbesar tahanan terhadap aliran darah yang melaluinya dan meningkatkan tekanan diastolic. Tekanan darah diastolic berkaitan dengan tekanan arteri bila jantung berada dalam keadaan relaksasi diantara dua denyutan. Hipertensi campuran merupakan peningkatan pada sistolik dan diastolic.

Berdasarkan penyebabnya hipertensi terbagi menjadi dua, yaitu hipertensi esensial (primer) dan hipertensi sekunder. Hipertensi esensial (primer) merupakan hipertensi yang disebabkan oleh gaya hidup yang tidak baik seperti makan yang tidak terkontrol sehingga menyebabkan berat badan berlebih atau bahkan terjadi obesitas dimana hal tersebut dapat mencetus terjadinya hipertensi. Hipertensi sekunder merupakan tekanan darah tinggi yang akibat dari seseorang yang mengalami penyakit gagal jantung, gagal ginjal, dan kerusakan sistem hormon dalam tubuh (Pudiastuti, 2018). Kehamilan, tumor, serta penyempitan arteri renalis atau penyakit perenkim ginjal juga dapat mengakibatkan terjadinya hipertensi sekunder (Sucipto, 2017).

Kategori	Tekanan darah		
	Sistolik		Diastolik
Optimal	<120	Dan	<80
Normal	120-129		80-84
Normal tinggi	130-139		85-89
Hipertensi derajat 1	140-159		90-99

Hipertensi derajat 2	160-179		100-109
Hipertensi derajat 3	180		110
Hipertensi sistolik	140		90

### 2.1.3 Etiologi

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

- 1) Genetik: respon neurologi terhadap stress atau kelainan ekskresi atau transport Na.
- 2) Obesitas : terkait dengan tingkat insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
- 3) Stress karena lingkungan.
- 4) Hilangnya elastisitas jaringan dan aterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah.

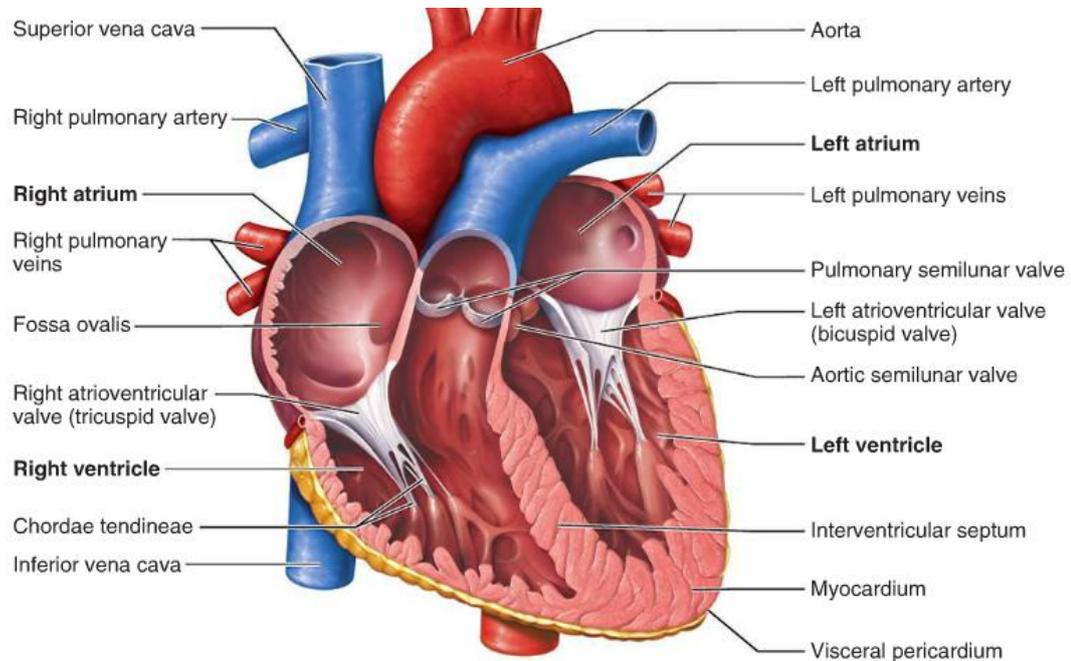
Pada orang lanjut usia, hipertensi disebabkan terjadinya perubahan pada elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah, kehilangan elastisitas pembuluh darah, dan meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer. Setelah usia 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sehingga menyebabkan menurunnya kontraksi dan volume. Elastisitas pembuluh darah menghilang karena terjadi kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi (Ramli & Karani, 2018).

Sekitar 90% hipertensi dengan penyebab yang belum diketahui pasti disebut dengan hipertensi primer atau esensial, sedangkan 7% disebabkan oleh kelainan ginjal atau hipertensi renalis, dan 3% disebabkan oleh kelainan hormonal atau hipertensi hormonal dan penyebab lain (Daniati & Erawati, 2018). Sebagai faktor predisposisi dari hipertensi esensial adalah penuaan. Riwayat keluarga, asupan

lemak jenuh atau natrium yang tinggi, obesitas, ras, gaya hidup yang menuntut sering duduk dan tidak bergerak, stress, merokok (Kowalak JP, 2017).

## 2.1.4 Anatomi dan Fisiologi

### 2.1.4.1 Anatomi



### 2.1.4.2 Fisiologi

#### 1) Letak jantung

Jantung terletak di dalam rongga mediastinum dari rongga dada diantara kedua paru :

- Bagian depan jantung dilindungi oleh sternum dan tulang-tulang iga setinggi kosta 3 dan kosta 4.
- Bagian dinding atas setinggi torakal ke-6 dan servikal ke-2 berhubungan dengan aorta, pulmonalis dan bronkus dextra dan sinistra.
- Bagian dinding belakang, mediastinum posterior esophagus, aorta desenden, vena ozigos dan vertebra torakalis.
- Bagian bawah berhubungan dengan diafragma

Dua pertiga jantung berada disebela kiri sternum. Apex jantung, berada disela iga keempat dan kelima pada garis tengah klavikula. Pada orang dewasa rata-rata panjangnya kira-kira 12 cm dan lebarnya 9 cm dengan berat 300-400 gram.

2) Dinding jantung terdiri dari 3 lapisan :

a) Lapisan terluar epicardium atau pericardium.

Lapisan ini terdiri dari 2 lapisan yaitu : pericardium parietalis yang melekat pada tulang dada dan selaput paru dan pericardium viseralis yaitu lapisan permukaan dari jantung itu sendiri yang disebut juga epicardium. Diantara kedua lapisan tersebut terdapat cairan pericardium sebagai pelumas yang berfungsi mengurangi gesekan akibat gerakan jantung saat memompa.

b) Lapisan tengah merupakan lapisan berotot, disebut miokardium.

c) Lapisan dalam disebut endocardium.

3) Ruang Jantung

Jantung terdiri dari 4 ruang yaitu dua ruang yang berdinding tipis disebut atrium (serambi) dan dua ruang yang berdinding tebal disebut ventrikel (bilik).

a) Atrium (serambi)

(1) Atrium kanan

Berfungsi sebagai penampung darah yang rendah oksigen dari seluruh tubuh. Darah tersebut mengalir melalui vena cava superior dan inferior serta sinus koronarius yang berasal dari jantung sendiri. Dari atrium kanan kemudian darah dipompakan ke ventrikel kanan.

(2) Atrium kiri

Menerima darah yang mengandung oksigen dari kedua paru melalui 4 buah vena pulmonalis. Kemudian darah dialirkan ke ventrikel kiri, antara kedua atrium dipisahkan oleh sekat yang disebut septum interatrium.

b) Ventrikel (bilik)

(1) Ventrikel kanan menerima darah dari atrium kanan yang kemudian dipompakan ke paru melalui arteri pulmonalis.

(2) Ventrikel kiri menerima darah dari atrium kiri kemudian memompakannya keseluruh tubuh melalui aorta. Kedua ventrikel dipisahkan oleh sekat septum ventrikel.

#### 4) Katup Jantung

##### a) Katup atrioventrikuler

Merupakan katup yang terletak diantara atrium dan ventrikel. Katup antara atrium kanan dan ventrikel kanan mempunyai 3 buah daun katup yang disebut trikuspidalis. Sedangkan katup yang terletak diantara atrium kiri dan ventrikel kiri mempunyai 2 daun katup yang disebut bikuspidalis atau katup mitral. Katup atrioventrikuler memungkinkan darah mengalir dari masing-masing atrium ke ventrikel pada waktu diastolic ventrikel serta mencegah aliran balik ke atrium pada saat sistolik ventrikel.

##### b) Katup semilunar

Katup pulmonal terletak antara arteri pulmonalis dan ventrikel kanan, katup aorta terletak antara ventrikel kiri dan aorta.

#### 5) Pembuluh Darah Jantung

Pembuluh darah yang ada disekitar jantung dan membantu dalam proses sirkulasi darah:

##### a) Aorta

Merupakan pembuluh darah yang membawa darah dari ventrikel kiri keseluruh tubuh.

##### b) Arteri pulmonalis

Merupakan pembuluh yang membawa darah dari ventrikel kanan masuk ke paru-paru.

##### c) Vena pulmonalis

Merupakan pembuluh darah yang membawa darah dari paru-paru masuk ke atrium kiri.

##### d) Vena cava superior dan vena cava inferior

Vena cava superior merupakan pembuluh darah balik yang menerima darah dari bagian atas leher dan kepala yang miskin O<sub>2</sub>. Darah yang dibawa oleh pembuluh darah ini juga mengandung banyak CO<sub>2</sub>. Vena cava inferior merupakan pembuluh darah balik yang membawa darah miskin O<sub>2</sub> ke tubuh bagian bawah.

#### 6) Sirkulasi Darah

a) Peredaran Darah Besar (sirkulasi sistemik)

Darah meninggalkan ventrikel kiri melalui aorta, yaitu arteri terbesar dalam tubuh. Aorta ini bercabang menjadi arteri lebih kecil yang menghantarkan darah keseluruh tubuh. Arteri-arteri ini bercabang dan beranting lebih kecil hingga sampai pada arteriola dan menjadi kapiler. Dinding kapiler sangat tipis sehingga dapat berlangsung pertukaran zat antara plasma dan jaringan interstisial. Kemudian kapiler-kapiler ini bergabung dan berbentuk pembuluh lebih besar disebut venula, yang kemudian juga bersatu menjadi vena, untuk menghantarkan darah kembali ke jantung. Semua vena bersatu dan bersatu lagi hingga terbentuk dua batang vena yaitu vena cava superior dan vena cava inferior yang akhirnya kembali ke atrium kanan.

b) Peredaran Darah Kecil (sirkulasi pulmonal)

Darah dari vena masuk ke dalam ventrikel kanan yang berkontraksi dan memompanya ke dalam arteri pulmonalis. Arteri ini bercabang dua untuk menghantarkan darah ke paru-paru kanan dan kiri. Di dalam paru-paru setiap arteri membelah menjadi arteriola dan akhirnya menjadi kapiler pulmonal yang mengitari alveoli di dalam jaringan paru-paru untuk memungut oksigen dan melepaskan karbondioksida. Kemudian kapiler pulmonal bergabung menjadi vena, darah dikembalikan ke jantung oleh empat vena pulmonalis dan darah di pompa masuk ke dalam aorta.

c) Sirkulasi coroner

Darah dari aorta melalui arteri koronaria kanan dan kiri masuk ke jantung melalui pembuluh coroner dan kembali melalui pembuluh balik yang kemudian menyatu serta bermuara langsung ke dalam bilik kanan. Otot jantung mendapatkan oksigen, nutrisi, serta zat-zat lain agar dapat menggerakkan jantung sesuai dengan fungsinya.

7) Siklus Jantung

Siklus jantung merupakan kejadian yang terjadi dalam jantung selama peredaran darah. Gerakan jantung berasal dari nodus sinus atrial kemudian kedua atrium berkontraksi bergerak melalui berkas his kemudian

ventrikel berkontraksi ventrikel kiri harus lebih lama dan lebih kuat. Daya dorong ventrikel harus lebih kuat karena harus mendorong darah keseluruhan tubuh, untuk mempertahankan tekanan darah arteri sistemik. Meskipun ventrikel kanan juga memompa darah yang sama, tetapi tugasnya hanya mengalirkan darah disekitar paru-paru ketika tekanannya lebih rendah.

#### 8) Sistem Konduksi pada Jantung

Hambatan impuls-impuls memungkinkan pengaturan irama jantung, sistem ini merupakan modifikasi dari otot jantung yang disertai tenaga ritmik spontan dan serabut saraf tertentu.

##### a) Sinoatrialnode (SA NODE)

Suatu tumpukan jaringan neuromuskuler yang kecil, berada di dalam dinding atrium kanan di ujung kristoterminalis. Nodus ini merupakan pendahulu dari kontraksi jantung, dari sini impuls diteruskan ke atrioventrikulermode.

##### b) Atrioventrikulermode (AV NODE)

Susunannya sama seperti sinoatrialnode. Berada dalam septum atrium dekat kanan muara sinus kokronarius. Selanjutnya impuls-impuls diteruskan ke atrioventrikuler bundle melalui berkas wenkebach.

##### c) Atrioventrikuler bundle

Mulai dari AV bundle berjalan kearah depan pada pinggir posterior dan pinggir bawah pars membransea septum interventrikuler. Pada bagian cincin yang terdapat atrium dan ventrikel disebut annulus vibrosus, rangsangan terhenti sekitar 1/10 detik selanjutnya menjadi apeks kordis.

#### 9) Curah Jantung

Pada keadaan normal (fisiologis) jumlah darah yang dipompakan ventrikel kiri dan kanan sama besarnya. Jumlah darah yang dipompakan ventrikel dalam satu menit disebut curah jantung dan jumlah darah yang dipompakan dalam satu kali sistol disebut volume sekuncup dengan demikian curah jantung = isi sekuncup x frekuensi denyut jantung per menit. Umumnya pada tiga sistol ventrikel tidak terjadi penggosongan total ventrikel,hanya sebagian dari isi ventrikel yang dikeluarkan. Besar

curah jantung seseorang tidak selalu sama, tergantung kebutuhan jaringan perifer akan oksigen dan nutrisi. Keadaan istirahat besar curah jantung 5 liter/menit dapat turun naik pada berbagai keadaan, meningkat pada waktu kerja berat, stress, peningkatan suhu lingkungan dan keadaan hamil, sedangkan curah jantung menurun pada waktu tidur.

### **2.1.5 Patofisiologi dan Patoflow**

Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor pada medulla otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut kebawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla 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 asetikolin, yang akan merangsang serabut pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Berbagai faktor, seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Klien dengan hipertensi sangat sensitif dengan norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut dapat terjadi.

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

Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin yang dilepaskan merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, vasokonstriktor kuat, yang pada akhirnya merangsang sekresi aldosterone oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan hipertensi (Brunner & Saddath, 2018).



### **2.1.6 Tanda dan Gejala**

Biasanya tanpa ada gejala atau tanda-tanda yang spesifik. Pada kasus hipertensi, yang dialami klien antara lain:

a. Sakit kepala

Meningkatnya tekanan darah dapat menyebabkan pembengkakan dan gangguan fungsi otak sehingga menyebabkan sakit kepala.

b. Mual dan muntah

Terjadi karena orang yang mengalami darah tinggi nafsu makannya berkurang dan membuat penderita mengalami mual dan muntah.

c. Perubahan penglihatan

Biasanya karena mengalami pusing akibat tekanan darah yang naik secara tiba-tiba dan mengakibatkan penglihatan menjadi kabur.

d. Sesak napas

Terjadi karena adanya peningkatan tekanan darah pada pembuluh darah arteri paru-paru

e. Kejang atau koma

Tekanan darah tinggi yang memasuki stadium kronis atau takut oleh krena terjadinya pembengkakan otak.

f. Nyeri dada

Peningkatan tekanan darah di dalam arteri yang membawa darah ke paru-paru.

### **2.1.7 Komplikasi**

Akibat atau komplikasi dari penyakit hipertensi yaitu:

a. Penyakit pembuluh darah otak seperti : stroke, perdarahan otak, *transient ischemic attack* (TIA).

b. Penyakit jantung seperti : gagal jantung, angina pectoris, infark miocard acut (IMA).

c. Penyakit ginjal seperti gagal ginjal

- d. Penyakit mata seperti : perdarahan retina, penebalan retina dan oedema pupil.

### **2.1.8 Pemeriksaan Penunjang**

- a. Hemoglobin/hematocrit

Untuk mengkaji hubungan sel-sel terhadap volume cairan dan dapat mengindikasikan faktor-faktor resiko seperti hiperkoagulabilitas dan anemia.

- b. Blood Urea Nitrogen (BUN)

Memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal.

- c. Kalium serum

Hypokalemia dapat mengindikasikan adanya aldosterone utama (penyebab) atau menjadi efek samping terapi diuretik.

- d. Kalsium serum

Peningkatan kadar kalsium serum dapat meningkatkan hipertensi.

- e. Kolesterol dan trigliserida serum

Peningkatan kadar dalam mengindikasikan adanya pembentukan plak ateromatosa (efek kardiovaskuler).

- f. Pemeriksaan tyroid

Hipertyroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi.

- g. Kadar aldosterone

Tes ini digunakan untuk mengkaji aldosteronisme primer (penyebab).

- h. Urinalisa

Darah, protein, glukosa mengisyaratkan disfungsi ginjal atau adanya diabetes.

- i. Asam urat

Hiperurisemia telah menjadi implikasi sebagai faktor resiko terjadinya hipertensi.

- j. Steroid urine

Kenaikan steroid dalam urine dapat mengindikasikan hyperadrenalisme, feokromositoma atau disfungsi piuititari, sindrom cushing. Kadar pada renin juga dapat meningkat.

- k. Foto dada

Menunjukkan obstruksi klasifikasi pada area katup, serta pembesaran jantung.

l. CT Scan

Untuk mengkaji tumor serebral, ensfalopati.

m. Elektrokardiogram (EKG)

Dapat menunjukkan pembesaran jantung, pola regangan dan gangguan konduksi, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.

### 2.1.9 Penatalaksanaan

a) Farmakologi

Terapi obat pada penderita hipertensi :

1. Hidroklorotiazid (HCT) 12,5-25 mg perhari dengan dosis tunggal pada pagi hari.
2. Reserpine 0,1-0,25 mg per hari sebagai dosis tunggal.
3. Propanolol mulai dari 10 mg 2x sehari yang dapat dinaikkan 20 mg 2x sehari (kontraindikasi untuk penderita asma).
4. Captopril 12,5,25 mg sebanyak 2-3x sehari (kontraindikasi pada kehamilan selama janin hidup dan penderita asma).
5. Nifedipine mulai dari 5 mg 2x sehari, bila dinaikkan 10 mg 2x sehari.

b) Nonfarmakologi

Langkah awal biasanya adalah dengan mengubah pola hidup penderita, yakni dengan cara :

1. Menurunkan berat badan sampai batas ideal.
2. Mengubah pola makan pada penderita diabetes, kegemukan atau kadar kolesterol darah tinggi.
3. Mengurangi pemakaian garam sampai kurang dari 2,3 gram natrium atau 6 gram natrium klorida setiap harinya (disertai dengan asupan kalsium, magnesium dan kalium yang cukup).
4. Mengurangi konsumsi alkohol.
5. Berhenti merokok.
6. Olahraga aerobik yang tidak terlalu berat.
7. Penyuluhan kesehatan

## 2.2 ASKEP TEORI

### 2.2.1 Pengkajian

a) Aktivitas / istirahat

Gejala :

- Kelemahan
- Letih
- Napas pendek
- Gaya hidup monoton

Tanda :

- Frekuensi jantung meningkat
- Perubahan irama jantung
- Takipnea

b) Sirkulasi

Gejala : riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung coroner/katup, penyakit serebrovaskuler

Tanda :

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

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

c) Integritas Ego

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

Tanda :

- Letupan suasana hati

- Gelisah
- Penyempitan kontinue perhatian
- Tangisan yang meledak
- Otot muka tegang (khususnya sekitar mata)
- Peningkatan pola bicara

d) Eliminasi

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

e) Makanan / Cairan

Gejala :

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

Tanda :

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

f) Neurosensori

Gejala :

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

Tanda :

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

g) Nyeri/ketidaknyamanan

Gejala :

- Nyeri hilang timbul pada tungkai
- Sakit kepala oksipital berat
- Nyeri abdomen

h) Pernapasan

Gejala :

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

Tanda :

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

i) Keamanan

Gejala : gangguan koordinasi, cara jalan.

Tanda : episode parestesia unilateral transien,

j) Pembelajaran / Penyuluhan

Gejala :

- Faktor resiko keluarga : hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung, DM, penyakit serebrovaskuler, ginjal.
- Faktor resiko etnik, penggunaan pil KB atau hormon lain.
- Penggunaan obat / alkohol.

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, iskemia miokard, hipertropi ventricular

**Tujuan :** tidak terjadi penurunan curah jantung setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam.

**Kriteria hasil :**

- Berpartisipasi dalam aktivitas yang menurunkan TD
- Mempertahankan TD dalam rentang yang dapat diterima
- Memperlihatkan irama dan frekuensi jantung stabil

**Intervensi :**

- a. Pantau TD, ukur pada kedua tangan, gunakan manset dan tehnik yang tepat
  - b. Catat keberadaan, kualitas denyutan sentral dan perifer
  - c. Auskultasi tonus jantung dan bunyi napas
  - d. Amati warna kulit, kelembaban, suhu dan masa pengisian kapiler
  - e. Catat edema umum
  - f. Berikan lingkungan tenang, nyaman, kurangi aktivitas, batasi jumlah pengunjung.
  - g. Pertahankan pembatasan aktivitas seperti istirahat ditempat tidur/kursi
  - h. Bantu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai kebutuhan
  - i. Lakukan tindakan yang nyaman spt pijatan punggung dan leher, meninggikan kepala tempat tidur.
  - j. Anjurkan tehnik relaksasi, panduan imajinasi, aktivitas pengalihan
  - k. Pantau respon terhadap obat untuk mengontrol tekanan darah
  - l. Berikan pembatasan cairan dan diit natrium sesuai indikasi
  - m. Kolaborasi untuk pemberian obat-obatan sesuai indikasi
2. Nyeri (sakit kepala) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral

**Tujuan :**

Nyeri atau sakit kepala hilang atau berkurang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam

**Kriteria hasil :**

- Pasien mengungkapkan tidak adanya sakit kepala
- Pasien tampak nyaman
- TTV dalam batas normal

**Intervensi :**

- a. Pertahankan tirah baring, lingkungan yang tenang, sedikit penerangan
  - b. Minimalkan gangguan lingkungan dan rangsangan
  - c. Bantu pasien dalam ambulasi sesuai kebutuhan
  - d. Hindari merokok atau menggunakan penggunaan nikotin
  - e. Beri tindakan nonfarmakologi untuk menghilangkan sakit kepala seperti kompres dingin pada dahi, pijat punggung dan leher, posisi nyaman, tehnik relaksasi, bimbingan imajinasi dan distraksi
  - f. Hilangkan / minimalkan vasokonstriksi yang dapat meningkatkan sakit kepala misalnya mengejan saat BAB, batuk panjang, membungkuk
  - g. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi : analgesik, antiansietas (lorazepam, ativan, diazepam, valium )
3. Resiko perubahan perfusi jaringan: serebral, ginjal, jantung berhubungan dengan adanya tahanan pembuluh darah

**Tujuan :**

Tidak terjadi perubahan perfusi jaringan : serebral, ginjal, jantung setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam

**Kriteria hasil :**

- Pasien mendemonstrasikan perfusi jaringan yang membaik seperti ditunjukkan dengan : TD dalam batas yang dapat diterima, tidak ada keluhan sakit kepala, pusing, nilai-nilai laboratorium dalam batas normal.
- Haluaran urin 30 ml/ menit
- Tanda-tanda vital stabil

**Intervensi :**

- a. Pertahankan tirah baring
  - b. Tinggikan kepala tempat tidur
  - c. Kaji tekanan darah saat masuk pada kedua lengan; tidur, duduk dengan pemantau tekanan arteri jika tersedia Ambulasi sesuai kemampuan; hindari kelelahan
  - d. Amati adanya hipotensi mendadak
  - e. Ukur masukan dan pengeluaran
  - f. Pertahankan cairan dan obat-obatan sesuai program
  - g. Pantau elektrolit, BUN, kreatinin sesuai program
4. Intoleransi aktifitas berhubungan penurunan cardiac output

**Tujuan :**

Tidak terjadi intoleransi aktifitas setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam.

**Kriteria hasil :**

- Meningkatkan energi untuk melakukan aktifitas sehari – hari
- Menunjukkan penurunan gejala – gejala intoleransi aktifitas

**Intervensi :**

- a. Berikan dorongan untuk aktifitas / perawatan diri bertahap jika dapat ditoleransi. Berikan bantuan sesuai kebutuhan
  - b. Instruksikan pasien tentang penghematan energy
  - c. Kaji respon pasien terhadap aktifitas
  - d. Monitor adanya diaforesis, pusing
  - e. Observasi TTV tiap 4 jam
  - f. Berikan jarak waktu pengobatan dan prosedur untuk memungkinkan waktu istirahat yang tidak terganggu, berikan waktu istirahat sepanjang siang atau sore
5. Gangguan pola tidur berhubungan adanya nyeri kepala

**Tujuan :**

Tidak terjadi gangguan pola tidur setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam

**Kriteria hasil :**

- Mampu menciptakan pola tidur yang adekuat 6 – 8 jam per hari

- Tampak dapat istirahat dengan cukup
- TTV dalam batas normal

**Intervensi :**

- a. Ciptakan suasana lingkungan yang tenang dan nyaman
  - b. Beri kesempatan klien untuk istirahat / tidur
  - c. Evaluasi tingkat stress
  - d. Monitor keluhan nyeri kepala
  - e. Lengkapi jadwal tidur secara teratur
  - f. Berikan makanan kecil sore hari dan / susu hangat
  - g. Lakukan masase punggung
  - h. Putarkan musik yang lembut
  - i. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi
  - j. Observasi TTV tiap 4 jam
  - k. Dengarkan dan beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya
  - l. Berikan support mental pada klien
  - m. Anjurkan pada keluarga untuk memberikan dukungan pada klien
6. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit

**Tujuan :**

Klien terpenuhi dalam informasi tentang hipertensi setelah dilakukan tindakan ekperawatan selama 1 x 24 jam

**Kriteria hasil:**

- Pasien mengungkapkan pengetahuan akan hipertensi
- Melaporkan pemakaian obat-obatan sesuai program

**Intervensi :**

- a. Jelaskan sifat penyakit dan tujuan dari pengobatan dan prosedur
- b. Jelaskan pentingnya lingkungan yang tenang, tidak penuh dengan stress
- c. Diskusikan tentang obat-obatan : nama, dosis, waktu pemberian, tujuan dan efek samping atau efek toksik

- d. Jelaskan perlunya menghindari pemakaian obat bebas tanpa pemeriksaan dokter
- e. Diskusikan gejala kambuhan atau kemajuan penyulit untuk dilaporkan dokter : sakit kepala, pusing, pingsan, mual dan muntah.
- f. Diskusikan pentingnya mempertahankan berat badan stabil
- g. Diskusikan pentingnya menghindari kelelahan dan mengangkat berat
- h. Diskusikan perlunya diet rendah kalori, rendah natrium sesuai program
- i. Jelaskan penetingnya mempertahankan pemasukan cairan yang tepat, jumlah yang diperbolehkan, pembatasan seperti kopi yang mengandung kafein, teh serta alcohol
- j. Jelaskan perlunya menghindari konstipasi dan penahanan
- k. Berikan support mental, konseling dan penyuluhan pada keluarga klien

### 2.3 Penelitian Terkait

No.	Penulis	Tempat	Tahun	Tujuan	Desain/Metode	Populasi/Sampel	Hasil	Manfaat Penelitian
1	Emdat Surayitno, Naily Huzaimah	Karanganyar Barat	2020	Untuk meningkatkan pengetahuan lansia dalam mencegah komplikasi hipertensi	Metode dalam kegiatan ini yaitu penyuluhan, ceramah dan diskusi	Lansia penderita hipertensi sebanyak 15 orang	Sebagian besar 93% (14 lansia) meningkat pengetahuannya dengan kategori pengetahuan baik sedangkan 6,7% (1 orang) dengan kategori pengetahuan cukup dalam mencegah komplikasi hipertensi serta berkomitmen dalam	Diharapkan para lansia dapat meningkatkan tingkat kesadaran dalam penanganan Hipertensi ini karena jika tidak dilakukan penanganan salah satu komplikasinya yaitu <i>stroke</i>

							melaksanakan semua anjuran dari tim pengabdian untuk mencegah komplikasi stroke.	
2	Novi Susanti, Putra Apriadi Siregar, Reinpal Falefi	Desa Percut	2020	Untuk mengetahui determinan kejadian hipertensi masyarakat pesisir berdasarkan kondisi sosio demografi dan konsumsi makan	Metode deskriptif analitik dengan study cross sectional	90 orang masyarakat pesisir Desa Percut Kecamatan Percut Sei Tuan Kabupaten Deli Serdang Sumatera Utara	Terdapat hubungan yang signifikan antara pola konsumsi makanan, status pendidikan dan umur terhadap kejadian hipertensi di wilayah pesisir Desa	Diharapkan agar supaya petugas kesehatan untuk dapat meningkatkan upaya promosi kesehatan secara berkesinambungan khususnya kepada penderita hipertensi

							Percut Kecamatan Percut Sei Tuan Kabupaten Deli Serdang Sumatera Utara.	
3	Janu Purwono, Rita Sari, Ati Ratnasari, Apri Budianto	Puskesmas Gadingrejo	2020	Untuk mengetahui hubungan pola konsumsi garam dengan kejadian hipertensi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gadingrejo	Desain analitik dengan rancangan cross sectional	Lansia sebagai peserta di Puskesmas Gadingrejo sebanyak 51 orang	Terdapat hubungan antara pola konsumsi garam dengan kejadian hipertensi pada lansia di Wilayah Puskesmas Gadingrejo	Disarankan pada Puskesmas Gadingrejo untuk melakukan pendeteksian dini hipertensi serta melakukan penyuluhan kepada masyarakat tentang pentingnya membatasi konsumsi garam
4	Ake Royke	Desa Tombolango	2021	untuk mengetahui	Metode penelitian	Total populasi 155 lansia dengan	Hasil penelitian terdapat	Diharapkan dapat memberikan

	Calvin Langingi	kecamatan Lolak.		status gizi dengan derajat hipertensi pada lansia	deskriptif dengan pendekatan cross sectional	hipertensi dan didapat 32 sampel	hubungan status gizi dengan derajat hipertensi pada lansia	penyuluhan kepada lansia untuk pengendalian status gizi yang seimbang, bagi masyarakat melakukan pencegahan dan penanggulangan hipertensi dengan cara memperbaiki pola makan dan mengurangi kebiasaan- kebiasaan yang dapat meningkatkan terjadinya hipertensi
--	--------------------	---------------------	--	---	--	-------------------------------------	--	---

								hipertensi.
5	Moh. Rasyid Kuna	Puskesmas Modayag	2021	Untuk menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Modayag	Jenis penelitian observasional analitik dengan menggunakan desain studi cross sectional	seluruh pasien penderita penyakit hipertensi yang mengikuti terapi di Puskesmas Modayag sebanyak 1463. Jumlah sampel secara keseluruhan adalah 94 pasien	Hasil penelitian diperoleh dukungan keluarga berhubungan dengan kepatuhan terapi pada penderita hipertensi	Setiap keluarga harus memberikan dukungan kepada anggota keluarganya khususnya lansia yang akan melakukan proses terapi penyakit hipertensi agar tidak terjadi komplikasi penyakit jantung dan stroke.

## BAB III

### GAMBARAN KASUS

#### 3.1 PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan di IGD RS Gunung Maria Tomohon pada tanggal 10 Maret 2022 pada pukul 20.00 WITA, pasien datang bersama istrinya. Tampak pasien lemah dan mengatakan nyeri kepala. Pasien tergolong pada triase hijau dengan pengkajian *primary survey*, *airway* : tidak ada sumbatan pada jalan napas, *breathing* : pasien bernapas tanpa menggunakan alat bantu napas, frekuensi napas : 24x/menit, *circulation* : akral teraba hangat, tidak ada sianosis, tekanan darah 170/100, nadi teraba kuat dengan frekuensi nadi 90x/menit, suhu tubuh dalam batas normal 36,2°C, capillary refill time (CRT) < 2 detik, *disability* : tingkat kesadaran compos mentis dengan nilai GCS 15 (E4, M6, V5), keadaan umum tampak lemah, pupil isokor, kekuatan otot dalam batas normal, *exposure* : tidak terdapat trauma, jejas, ataupun luka di daerah sekitar tubuh, turgor kulit baik. Data yang di dapatkan, Tn. F.M berusia 52 tahun, beragama Katolik, status perkawinan menikah dan memiliki dua orang anak. Pendidikan terakhir klien yakni SMA dan bekerja sebagai buruh. Pasien tinggal di Kolongan lingk. 1 Kota Tomohon. Pasien masuk dengan diagnosa Hipertensi.

Pada pengkajian *secondary survey* didapatkan riwayat penyakit saat dikaji pasien mengatakan merasa lemah badan sejak 2 hari yang lalu, pusing dan nyeri kepala. Kemudian dilakukan pemeriksaan fisik dengan hasil, a) Kepala : simetris, tidak terdapat luka, tidak ditemukan adanya nyeri tekan, tidak ada perdarahan, dan tidak terdapat peradangan. b) Mata : pupil isokor, respon pupil baik, sklera ikterik, tidak terdapat perdarahan, tidak ada perdarahan, konjungtiva anemis. c) Telinga : simetris, tidak terdapat sedimen, tidak terdapat cairan, tidak ada luka/lesi, tidak terdapat nyeri tekan, dan tidak ditemuka tanda-tanda inflamasi. d) Hidung : septum normal, tidak terdapat cairan tidak ada kelainan bentuk. e) Mulut : simetris, tidak sianosis, membran mukosa lembab. f) Leher : tidak ditemukan adanya benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat pembengkakan kelenjar getah bening. g) Dada/Paru : simetris, tidak terdapat luka/jejas, suara napas vesikuler, tidak ada pembengkakan, tidak terdapat nyeri tekan. h) Abdomen :

dinding abdomen simetris, tidak terdapat nyeri tekan, timpani, tidak ditemukan bengkak laserasi/jejas. i) Ekstremitas : tidak ada kelainan bentuk, rentang gerak normal dalam melawan gravitasi, dan tidak terdapat kekakuan pada persendian.

Pada pengkajian KOMPAK, a) Keluhan : pasien mengatakan merasa lemah badan, pusing, sulit melakukan aktivitas, mudah lelah dan nyeri kepala. Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, dengan skala nyeri 3-4, nyeri dirasakan di kepala dan terlihat pasien tampak lemah. b) Obat : pasien mengatakan mengonsumsi obat Amlodipine 5mg pada pagi hari pukul 08.00 karena merasa bahwa tekanan darahnya meningkat. c) Makanan : pasien mengatakan sudah makan pada pukul 08.00 pada saat akan minum obat kronisnya. d) Penyakit: pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit Hipertensi sejak 2 tahun yang lalu dan sudah mengonsumsi obat kronis namun pasien hanya meminum obat pada saat ia merasakan nyeri kepala dan tidak rutin sesuai arahan dari dokter. e) Alergi : pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi maupun makanan. f) Kejadian : pasien mengatakan sebelum masuk RS ia merasa lemah badan sejak 2 hari yang lalu, kemudian merasa pusing hingga nyeri kepala dan minum obat namun pasien merasa tidak ada perubahan sehingga ia meminta keluarga untuk mengantarkan ke Rumah Sakit.

Kemudian pada pengkajian *Early Warning Score (EWS)* didapatkan hasil, respirasi : 24x/menit, SpO<sub>2</sub> 98%, Suhu badan 36,2°C, urine output : 100 cc, tekanan darah : 170/100 mmHg, frekuensi nadi : 90x/menit, tingkat kesadaran : compos mentis.

### **3.2 DIAGNOSA**

Berdasarkan hasil dari pengkajian dengan menggunakan *primary survey* dan *secondary survey* maka penulis mendapatkan tiga diagnosa keperawatan yang dialami oleh pasien berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, yaitu : 1) D.0077 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan data subjektif pasien mengatakan nyeri kepala, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 3-4 dan nyeri hilang timbul. Data objektif : keadaan umum sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 170/100, frekuensi nadi 90x/menit, suhu badan 36,2°C, respirasi 24x/menit. 2) D.0060 Resiko intoleransi

aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan struktur fisik, ditandai dengan data subjektif pasien mengatakan nyeri kepala, pasien mengatakan sulit melakukan aktivitas, pasien mengatakan mudah lelah. Data objektif : pasien tampak dibantu oleh istrinya, keadaan umum sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 170/100, frekuensi nadi 90x/menit, suhu badan 36,2°C, respirasi 24x/menit. 3) Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi ditandai dengan data subjektif pasien mengatakan normal atau tidak, pasien mengatakan obat kronisnya tidak diminum secara rutin, pasien menanyakan tentang penyakitnya. Data objektif : KU sedang, kesadaran compos mentis.

### **3.3 INTERVENSI**

Perencanaan tindakan keperawatan pada pasien Tn. F.M disesuaikan dengan hasil pengkajian yang di dapatkan sehingga penulis mendapatkan intervensi keperawatan sebagai berikut :

Diagnosa pertama, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan data subjektif pasien mengatakan nyeri kepala, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 3-4 dan nyeri hilang timbul. Data objektif : tampak meringis, keadaan umum sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 170/100, frekuensi nadi 90x/menit, suhu badan 36,2°C, respirasi 24x/menit, tampak lemah, Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x3 jam diharapkan : Keluhan nyeri menurun, Meringis Menurun, Tekanan Darah Membaik. Intervensi : Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 2) Identifikasi skala nyeri, 3) Identifikasi respon nyeri non verbal, Terapeutik 4) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, Edukasi 5) Jelaskan strategi meredakan nyeri, Kolaborasi 6) Kolaborasi pemberian analgetik, jika diperlukan.

Diagnosa kedua, resiko intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan struktur fisik, ditandai dengan data subjektif pasien mengatakan nyeri kepala, pasien mengatakan sulit melakukan aktivitas, pasien mengatakan mudah lelah. Data objektif :pasien tampak dibantu oleh istrinya, keadaan umum sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 170/100,

frekuensi nadi 90x/menit, suhu badan 36,2°C, respirasi 24x/menit. Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x3 jam, diharapkan toleransi aktivitas pasien meningkat dengan kriteria hasil : pasien mengatakan lemah berkurang, pasien mampu menjalankan aktivitas setiap hari, tekanan darah dalam batas normal. Intervensi : 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, 2) Monitor lokasi dan ketidakberdayaan selama melakukan aktivitas, 3) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus, 4) Anjurkan tirah baring, 5) Anjurkan aktivitas secara bertahap.

Diagnosa ketiga, Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi ditandai dengan pasien mengatakan normal atau tidak, pasien menanyakan tentang penyakitnya. Data subjektif : KU sedang, kesadaran compos mentis. Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x3 jam, diharapkan tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil : perilaku sesuai anjuran meningkat, persepsi yang keliru terhadap penyakit menurun. Intervensi : identifikasi kesiapan dan ketidakmampuan menerima informasi, kaji tingkat pengetahuan pasien, edukasi tentang penyakit yang di derita pasien.

### **3.4 IMPLEMENTASI**

Implementasi keperawatan yang dilakukan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) dilakukan secara profesional. Implementasi dicatat berdasarkan waktu pemberian tindakan dari mulai pasien masuk sampai pasien keluar. Berikut implementasi keperawatan yang dicatat sesuai dengan waktu, yaitu : pukul 20.00 WITA menerima pasien di Instalasi Gawat Darurat RS Gunung Maria Tomohon pasien diantar oleh keluarganya. Pada pukul 20.15 pasien dikaji dan mengatakan lemah badan, sulit melakukan aktivitas, nyeri kepala, dan pusing. Kemudian dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil : tekanan darah 170/100 mmHg, suhu badan 36,2°C, frekuensi nadi 24x/menit, respirasi 24x/menit, SpO2 98%.

Pukul 20.30 dilakukan rekam jantung (EKG) dan didapatkan hasil Sinus Rhythm. Pukul 20.40 memberikan posisi semifowler kepada pasien dan mengajarkan pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam dan pasien mampu melakukan sesuai arahan. Pada pukul 21.00 melakukan kolaborasi dengan dokter

untuk pemberian terapi pemasangan IVFD NaCl 0,9% 20 tpm. Kemudian pada pukul 21.14 memberikan edukasi kepada pasien tentang pentingnya mengkonsumsi obat kronis sesuai dengan arahan dokter. Kemudian pukul 21.20 kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat analgetik Ranitidine 2x1 mg melalui bolus dan Amlodipine 5 mg.

Selanjutnya, pada pukul 21.45 mengidentifikasi kembali nyeri yang dirasakan pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang menjadi 2/10. Kemudian pada pukul 22.00 dilakukan kembali pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil : tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 84x/menit, respirasi 21x/menit, suhu badan 36°C, SpO2 99%.

### **3.5 EVALUASI**

Evaluasi keperawatan pada kasus ini berdasarkan dengan asuhan keperawatan yang telah diberikan pasien menunjukkan perubahan yang signifikan atau membaik dimana nyeri akut menurun, pengetahuan pasien tentang penyakitnya bertambah, pasien toleransi terhadap aktivitas. Dimana pasien juga mengatakan nyeri yang dirasakan dari skala 3-4 bisa berkurang menjadi 2 dari 10, pasien juga mengatakan mampu melakukan teknik relaksasi yang diajarkan. Akan tetapi sesuai dengan instruksi dokter dan keputusan bersama keluarga dan perawat maka pasien Tn. F.M akan dirawat di ruangan Sta. Paula untuk mengontrol keadaan pasien.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini akan membahas hasil terkait asuhan keperawatan yang dilaksanakan serta membuat perbandingan antara hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan teori atau *evidence based* sebelumnya. Penulis juga akan menjelaskan tentang hambatan dan tantangan yang ditemukan ketika melaksanakan asuhan keperawatan.

#### **4.1 ANALISIS DAN DISKUSI HASIL**

##### **4.1.1 Pengkajian**

Pada pengkajian ini dilakukan pengkajian kegawatdaruratan, dimana mencakup primary survey dan secondary survey yang disertai dengan data-data subjektif yang didapatkan dari pasien dan keluarga pasien. Pada primary survey meliputi penilaian airway, breathing, circulation, disability, dan exposure serta secondary survey yang meliputi pemeriksaan head to toe pengkajian ini sejalan dengan rekomendasi dari (WHO & ICRC, 2018) bahwa pendekatan ABCDE dirancang dan direkomendasikan karena dinilai dapat mengidentifikasi masalah kesehatan yang mengancam jiwa sehingga mendapatkan penanganan yang tepat sesuai prioritas dan penilaian pemeriksaan head to toe membantu mengidentifikasi masalah kesehatan yang tidak teridentifikasi pada primary survey.

Menurut (Rasyid Kuna, 2021) hipertensi menjadi masalah utama karena hipertensi yang tidak segera ditangani akan menimbulkan beberapa komplikasi dan menjadi salah satu pintu masuk atau faktor risiko penyakit seperti jantung, gagal ginjal, diabetes, stroke. Sedangkan menurut (Djohan, 2014) ketidakpatuhan merupakan penyebab kegagalan terapi, hal ini berdampak pada memburuknya keadaan pasien karena akan terjadinya komplikasi dan kerusakan pada organ tubuh. Berdasarkan kasus pada Tn. F.M setelah dilakukan pengkajian didapatkan masalah yaitu ketidakpatuhan dalam mengonsumsi obat kronis. Dalam hal ini dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien agar keadaan yang dialami tidak semakin memburuk dan terhindar dari komplikasi akibat hipertensi. Keluarga dapat membantu pasien antara lain dalam mengatur pola makan yang sehat, mengajak olahraga bersama, dan menemani untuk rutin memeriksakan tekanan darah.

Berdasarkan data diatas kita dapat melihat perbandingan maupun persamaan antara teori dan asuhan keperawatan kasus bahwa pasien dengan hipertensi memiliki kekambuhan yang dialami seperti nyeri kepala, lemah badan. Menurut (Alfian et al., 2017) penderita hipertensi mayoritas mempunyai keluhan bergantung pada penderita itu sendiri dan gejala yang dirasakan pada saat itu tanpa peduli terhadap penanganan yang lebih intensif dan tepat. Kondisi ini dapat diakibatkan karena kurangnya pengetahuan masyarakat pada penyakit hipertensi serta penanganan yang baik dan tepat secara rutin. Berdasarkan kasus pada pasien kelolaan Tn. F.M ditemukan bahwa pasien kurang mengetahui cara penanganan penyakit yang dialami. Penyakit ini sering dikatakan sebagai the silent diseases. Akan tetapi menurut (Setyanda et al., 2015) faktor resiko hipertensi dibagi menjadi 2 golongan yaitu hipertensi yang tidak bisa diubah dan hipertensi yang dapat diubah. Hipertensi yang dapat diubah meliputi merokok, obesitas, gaya hidup yang monoton dan stres. Hipertensi yang tidak dapat dirubah meliputi usia, jenis kelamin, suku bangsa, faktor keturunan. Dengan demikian kita bisa melihat bahwa tidak selamanya pasien yang mengalami penyakit hipertensi memiliki penyebab yang sama seperti karena merokok, usia, gaya hidup tetapi adapula yang diakibatkan oleh faktor genetik dari orang tua. Maka penulis menyimpulkan bahwa pasien yang mengalami hipertensi memiliki penyebab yang berbeda-beda tidak semuanya sama.

#### **4.1.2 Diagnosa**

Diagnosa keperawatan pada kasus ini dirumuskan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Menurut teori (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) pada pasien dengan hipertensi ditemui diagnosa keperawatan nyeri akut, resiko intoleransi aktivitas, defisit pengetahuan, penurunan curah jantung, resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak. Diagnosa keperawatan yang dapat timbul menurut (Rasyid Kuna, 2021) nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung. Asuhan keperawatan menurut (Yonata & Pratama, 2016) gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intracranial, gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. Sedangkan

berdasarkan hasil analisa data sesuai dengan kondisi Tn. F.M maka penulis merumuskan tiga diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, resiko intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan struktur fisik, dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi.

Berdasarkan data diatas ada perbandingan yang menjadi kesenjangan dalam karya ilmiah ini. Pada teori ini terdapat lima diagnosa keperawatan yang dapat dirumuskan dan dilihat dari penelitian yang dilakukan sebelumnya ada dua diagnosa dirumuskan namun terdapat diagnosa keperawatan dari teori yang ada. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa walaupun terdapat teori sebagai acuan penentuan diagnosa namun dalam merumuskan diagnosa keperawatan yang paling utama ialah dengan memperhatikan dan mempertimbangkan kembali kondisi dari pasien yang bersangkutan.

#### **4.1.3 Intervensi**

Intervensi keperawatan pada kasus ini dilakukan selama 1x6 jam yan diharapkan setiap diagnosa dapat ditangani, perencanaan intervensi dilakukan secara tepat dan cepat di instalasi gawat darurat untuk mengindari kondisi pasien yang memburuk. Intervensi keperawatan disusun menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) dimana diagnosa nyeri diberi intervensi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, edukasi strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik. Diagnosa resiko intoleransi aktivitas diberi intervensi identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor lokasi dan ketidakberdayaan selama melakukan aktivitas, menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus, menganjurkan aktivitas secara bertahap. Diagnosa defisit pengetahuan diberi intervensi identifikasi kesiapan dan ketidakmampuan pasien dalam menerima informasi, mengkaji pengetahuan tentang hipertensi, dan memberikan edukasi tentang hipertensi.

#### **4.1.4 Implementasi**

Dalam melakukan implementasi dari intervensi keperawatan tidak didasari pada penyusunan perencanaan. Hal ini disebabkan karena pada kasus kegawatdaruratan

intervensi dilakukan secara langsung, cepat dan tepat yang bertujuan menyelamatkan pasien yang bersangkutan sehingga dalam kasus ini ada beberapa intervensi yang telah dilakukan sebelum disusunnya intervensi. Tentunya hal ini tidak berdasarkan teori dimana implementasi dilakukan setelah perencanaan (Berman et al., 2016) itulah yang menjadi salah satu kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan.

Pengimplementasian intervensi keperawatan pada kasus ini tidak semua tercatat pada perencanaan keperawatan. Hal ini disebabkan karena perubahan kondisi klinis pasien sehingga dapat dikatakan bahwa dalam implementasi di ruang gawat darurat tidak selalu mengikuti perencanaan yang disusun melainkan mengikuti perkembangan kondisi klinis pasien sehingga perawat dituntut untuk berpikir kritis karena harus memberikan intervensi tanpa disusun atau direncanakan sebelumnya ini sejalan dengan Tari, (2019) bahwa perawat IGD yang berpikir kritis dapat meningkatkan kualitas dari asuhan keperawatan yang diberikan dan sangat menolong pasien.

#### **4.1.5 Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan untuk menilai tercapai atau tidak tercapainya tujuan pemberian asuhan keperawatan. Berdasarkan asuhan keperawatan menurut (Rasyid Kuna, 2021) menunjukkan hasil bahwa asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien telah berhasil teratasi sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan. Menurut (Ardianti, 2021) asuhan keperawatan yang telah ia berikan kepada pasien yang bersangkutan telah teratasi pula sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan. Akan tetapi pada penelitian menurut ia perawatan tetap dilanjutkan di ruang perawatan mengingat kondisi pasien yang masih perlu pemantauan dari tenaga kesehatan. Berdasarkan hasil evaluasi pada Tn. F.M setelah dilakukan perawatan selama 4 jam, masalah keperawatan yang ditemukan dapat teratasi berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan akan tetapi sejalan dengan karya ilmiah sebelumnya bahwa pasien ini masih perlu pemantauan dari tenaga kesehatan.

#### **4.2 KETERBATASAN PELAKSANAAN**

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan adapun hambatan yang dialami penulis, dimana pada saat melakukan asuhan keperawatan waktu yang perawat miliki hanya sedikit dikarenakan pergantian jam dinas dan juga pada saat melakukan pengkajian perawat menunggu pasien tenang terlebih dahulu. Kemudian perawat juga memperhatikan kondisi pasien sehingga pengkajian dilakukan setelah pemberian beberapa tindakan.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 KESIMPULAN**

Pasien Tn. F.M masuk di Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) dengan diagnosa Hipertensi dan ditempatkan di triase hijau setelah dilakukan pengkajian *primary survey* dan *secondary survey*. Berdasarkan proses keperawatan setelah dilakukan pengkajian baik itu mengumpulkan data subjektif dan data objektif, melakukan observasi dan pemeriksaan fisik, selanjutnya pengumpulan data dan mengklasifikasikanya sesuai dengan masalah keperawatan yan didapatkan pada pasien, maka pasien Tn. F.M didapatkan diagnosa keperawatan Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, Resiko Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan struktur fisik, Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi. Pada perencanaan intervensi keperawatan pada kasus ini hampir semua intervensi tidak direncanakan sebelumnya karena mengingat kasus gawat darurat sehingga beberapa intervensi dilakukan sebelum penyusunan intervensi. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan selama 1x4 jam dan setelah 1x4 jam masalah keperawatan yang ditemukan teratasi sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan sebelumnya. Akan tetapi pada kasus ini pasien dilakukan pemantauan kembali sehingga pasien belum dipulangkan melainkan menjalankan rawat inap terlebih dahulu. Sehingga pengelolaan kasus terdapat kesenjangan antara teori dan praktek lapangan, hal ini dipengaruhi oleh kondisi klinis pasien yang bersangkutan yang berada di ruang Instalasi Gawat Darurat.

#### **5.2 SARAN**

##### **5.2.1 Saran untuk Keperawatan**

Diharapkan ada peningkatan dalam pelaksanaan penelitian di bidang keperawatan khususnya keperawatan gawat darurat penyakit Hipertensi sehingga perawat dapat meningkatkan mutu pelayanan dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien lebih spesifik dan bisa mengatasi masalah keperawatan.

### **5.2.2 Saran untuk Rumah Sakit**

Diharapkan pihak rumah sakit dapat meningkatkan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit hipertensi khususnya pelaksanaan tindakan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan yang ditemukan.

### **5.2.3 Saran untuk Penelitian Selanjutnya**

Diharapkan pada pelaksanaan penelitian selanjutnya dapat diteliti dengan cermat terkait pemberian asuhan keperawatan pada pasien hipertensi terutama penentuan tindakan keperawatan yang tepat untuk mengatasi masalah keperawatan sesuai dengan kondisi pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alfian, R., Susanto, Y., & Khadizah, S. (2017). Kualitas Hidup Pasien Hipertensi Dengan Penyakit Penyerta Di Poli Jantung RSUD Ratu Zalecha Martapura. *Jurnal Pharmascience*, 4(2).
- Ardianti, K. N. (2021). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Diit Rendah Garam Pada Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas .... 3(2), 43–48.
- Daniati, & Erawati. (2018). Hubungan Tekanan Darah dengan Kadar Kolesterol LDL pada Penderita Penyakit Jantung Koroner di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Perintis*, 5(2), 153–158.
- Djohan, T. B. A. (2004). Penyakit Jantung Koroner Dan Hypertensi. *e-USU Repository*, November, 1–7.
- Guèze, M., & Napitupulu, L. (2016). Trailing forest uses among the Punan Tubu of North Kalimantan, Indonesia. *Hunter-Gatherers in a Changing World*, 2(01), 41–58.
- Ramli, D., & Karani, Y. (2018). Anatomi dan Fisiologi Kompleks Mitral. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7, 103.
- Setyanda, Y. O. G., Sulastri, D., & Lestari, Y. (2015). Hubungan Merokok dengan Kejadian Hipertensi pada Laki-Laki Usia 35-65 Tahun di Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(2), 434–440.
- Suprayitno, E., & Huzaimah, N. (2020). Pendampingan Lansia Dalam Pencegahan Komplikasi Hipertensi. *SELAPARANG Jurnal Pengabdian Masyarakat Berkemajuan*, 4(1), 518.
- Yonata, A., & Pratama, A. S. P. (2016). Hipertensi sebagai Faktor Pencetus Terjadinya Stroke. *Jurnal Majority*, 5(3), 17–21.