

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R DENGAN  
HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
BANGKINANG KOTA KABUPATEN KAMPAR**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ARPUL SITORUS**  
**NIM P031714401R003**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RIAU  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PEKANBARU  
2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R DENGAN  
HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
BANGKINANG KOTA KABUPATEN KAMPAR**

Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan  
Program Afirmasi Pendidikan Diploma III Keperawatan di Jurusan  
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**APUL SITORUS**  
**NIM P031714401R003**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RIAU  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PEKANBARU  
2018**

## **PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Apul Sitorus

NIM : P031714401R003

Program Studi : DIII Keperawatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Laporan Tugas Akhir ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui

Pembimbing I

Pekanbaru, Juli 2018

Yang Membuat Pernyataan

**Ns. WIWIEK DELVIRA, S.Kep,M.Kep**  
NIP. 19741008 199703 2 001

**APUL SITORUS**  
P031714401R003

# DAFTAR ISI

	Halaman
<b>LEMBAR JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>viii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	3
C. Tujuan Penelitian .....	4
D. Manfaat Penelitian .....	4
<b>BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN</b>	
A. Tinjauan Teoritis .....	6
1. Hipertensi .....	6
B. Asuhan Keperawatan .....	15
1. Pengkajian.....	15
2. Diagnosa Keperawatan .....	18
3. Intervensi.....	19
4. Implementasi.....	29
5. Evaluasi.....	29
<b>BAB III TINJAUAN KASUS</b>	
A. Pengkajian.....	30
B. Analisa Data .....	37

C. Diagnosa .....	38
D. Intervensi.....	38
E. Implementasi dan Evaluasi.....	43
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b>	
A. Pengkajian .....	45
B. Diagnosa .....	46
C. Intervensi .....	47
D. Implementasi.....	47
E. Evaluasi .....	48
<b>BAB V PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan .....	49
B. Saran .....	50

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

**FORMAT PENGAJIAN**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL NORMAL**



**OLEH**  
**APUL SITORUS**

**POLTEKES KEMENKES RIAU**  
**JURUSAN KEPERAWATAN**  
**TAHUN AJARAN 2017/2018**

## KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukuran penulis kehadiran Tuhan Yang Maha esa yang telah melimpahkan berkat dan kurnia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. R dengan Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang Kota”. Laporan Tugas Akhir ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Studi pada DIII Keperawatan Poltelkkes Kemeskes Riau Tahun 2018.

Selama proses penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, penulis mendapat banyak kesulitan, tetapi berkat bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak maka Laporan tugas Akhir ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Oleh karena itu, pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Hj. Rusherina S.Pd, S,Kep, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau.
2. Ns. Wiwiek Delvira S.kep, M.kep selaku ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau sekaligus sebagai Pembimbing I dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
3. Ns. Ardenny, S.Kep, M.kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau sekaligus sebagai Penguji II dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
4. Hj. Masnun, SST, S.kep, M.Kep sebagai Pembimbing II dalam penyusun Laporan Tugas Akhir ini.
5. Ns. Nia Kusniyati, M, SKep, MKep sebagai Penguji I dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

6. Seluruh Dosen Poltekkes Kemenkes Riau Jurusan Keperawatan yang telah memberikan berbagai ilmu selama masa perkuliahan untuk bekal penulis.
7. Rekan-rekan seperjuangan Mahasiswa/I Keperawatan Program Afiriasi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Riau yang selalu memberikan semangat dan dukungan untuk penulis.

Penulis menyadari dalam penyusunan Laporan Akhir Tugas Akhir ini tidak terlepas dari kesalahan dan kekurangan . untuk itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun demi kesempurnaan Laporan Tugas Akhir ini serta perbaikan dimasa akan datang.

Atas segala banantuan dan pengorbanan yang telah diberikan kepada penulis, akhir kata semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi kita semua terutama bagi perkembangan ilmu pengetahuan dan bidang keperawatan, penulis doakan semoga amal dan bantuan saudara mendapat berkaah yang berlimpah dari Tuhan Yang Maha Esa.

Pekanbaru, Juli 2018

Penulis



## **ABSTRAK**

Apul sitorus Asuhan keperawatan pada ny. R dengan hipertensi Di wilayah kerja puskesmas bangkinang kota. Karya tulis karya studi kasus, program D III Keperawaratan Riau, jurusan keperawatan, Poltekkes kemenkes riau

Pembimbing (I) **Ns.Wiwiek Delvira,S.Kep,M.Kep** (II) **Hj.Masnun, SST, S.Kep,M. Biomed**

Tujuan penulisan laporan tugas akhir ini adalah untuk mengetahui bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien dengan hipertensi. Asuhan keperawatan pada klien Ny. R dengan hipertensi dilakukan diwilayah kerja Puskesmas Bangkinang Kota.

Penulis telah melakukan pengkajian terlebih dahulu kepada Ny. R, dari hasil pengkajian didapat bahwa klien meruapakan seorang lanjut usia dan tinggal sendiri dirumahnya, klien juga menderita hipertensi sejak 5 tahun yang lalu. Setelah dilakukan pengkajian selanjutnya penulis menganalisa data sehingga ditegakkan dua diagnosa keperawatan antara lain ansietas b/d krisis situasional dan kurangnya pengetahuan b/d kurangnya informasi terhadap penyakit.

Intervensi keperawatan telah diberikan kepada klien sesuai dengan indikasi. Setelah diberikan tindakan keperawatan selama tiga kali kunjungan ke rumah klien didapatkan hasil bahwa rasa kecemasan klien berkurang, klien telah dapat menerima kondisinya saat ini, klien juga telah mengatur pola makan dan olahraga ringan.

**Kata kunci : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Hipertensi, Lanjut Usia**

**Daftar Pustaka : 15 (2000 – 2014)**

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Seiring perkembangan zaman, departemen kesehatan telah melaksanakan beberapa program untuk menunjukkan berbagai dampak positif dibidang kesehatan. Hal ini dapat dilihat dari tingginya angka umur harapan hidup. Setiap individu pasti berkeinginan untuk dapat terus hidup sehat dan kuat sampai tua, untuk mencapainya salah satu cara yang dapat dilakukan adalah perilaku hidup sehat. Adanya perubahan pola hidup sehat membawa konsekuensi terhadap perkembangan penyakit *degeneratif*, salah satunya adalah Hipertensi (Haryono, 2013).

Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang banyak diderita di seluruh dunia. Hipertensi diperkirakan menjadi penyebab kematian sekitar 7,1 juta orang di seluruh dunia (sekitar 13% dari total kematian). Negara-negara berkembang seperti Indonesia, terdapat beban ganda dari prevalensi penyakit hipertensi dan penyakit kardiovaskular lain bersama-sama dengan penyakit infeksi dan malnutrisi (Sani, 2012).

Penyakit hipertensi dapat menyerang siapa saja, Sebanyak 90% penyebab kasus hipertensi belum diketahui secara pasti. Namun penyakit hipertensi dapat disebabkan oleh faktor usia, genetik, jenis kelamin, pola makan yang tidak sehat, kebiasaan merokok dan aktifitas fisik dengan gejala tengkuk terasa berat, kepala pusing dan peningkatan tekanan darah. Apabila penyakit hipertensi tidak ditangani maka akan menimbulkan komplikasi yang

berbahaya seperti diabetes melitus, stroke, penyakit jantung koroner, dan gagal ginjal (Gunawan, 2011)

Menurut data WHO pada tahun 2012 diseluruh dunia, sekitar 972 juta orang atau 26,4% penghuni bumi mengidap hipertensi dengan perbandingan 26,6% pria dan 26,1% wanita. Angka ini kemungkinan akan meningkat menjadi 29,2% di tahun 2025. Dari 972 juta pengidap hipertensi, 333 juta berada di negara maju dan 639 sisanya berada di negara sedang berkembang, termasuk Indonesia.

Jumlah penderita hipertensi di Indonesia mencapai 21-45%, dan sebanyak 54% penderita hipertensi berakhir pada stroke. Penyakit hipertensi merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah stroke dan tuberkulosis, Secara keseluruhan prevalensi hipertensi di Indonesia tahun 2013 sebesar 26,5%. Sebanyak 10 provinsi mempunyai prevalensi Hipertensi pada penduduk umur >18 tahun diatas prevalensi nasional yaitu Bangka Belitung, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Sulawesi Tengah, dan Sulawesi Barat dan Riau (Hamdan, 2016).

Sedangkan jumlah penderita hipertensi di Kabupaten Kampar tahun 2017 menunjukkan bahwa penderita hipertensi diseluruh wilayah Kabupaten Kampar sebesar 5.993 jiwa, dari 31 Puskesmas yang ada di Kabupaten Kampar Puskesmas Bangkinang Kota menempati urutan ketiga dalam menangani kasus hipertensi yaitu sebanyak 905 jiwa (11%) dan penderita hipertensi ini paling banyak dialami oleh lanjut usia atau lansia.

Peran perawat komunitas, membantu keluarga untuk menyelesaikan masalah kesehatan dengan cara meningkatkan kesanggupan keluarga melakukan fungsi dan tugas perawatan kesehatan keluarga. Adapun peran perawat dalam membantu keluarga yang anggota keluarganya menderita penyakit hipertensi antara lain memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar dapat melakukan asuhan keperawatan secara mandiri, sebagai koordinator untuk mengatur program kegiatan atau dari berbagai disiplin ilmu, sebagai pengawas kesehatan, sebagai konsultan dalam mengatasi masalah, sebagai fasilitator asuhan perawatan dasar pada keluarga yang menderita penyakit hipertensi (Muhlisin, 2012).

Berdasarkan latar belakang masalah dan fenomena yang terjadi diatas, maka penulis termotivasi untuk mengambil judul laporan akhir tentang **“Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan Hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Bangkinang Kota Tahun 2018”**.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian masalah pada latar belakang diatas, maka rumusan masalah pada laporan akhir ini adalah **“Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan Hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Bangkinang Kota Tahun 2018”**.

### **C. Tujuan penelitian**

#### 1. Tujuan umum

Mampu menerapkan asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan Hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Bangkinang Kota Tahun 2018.

#### 2. Tujuan khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Bangkinang Kota Tahun 2018.
- b. Mampu melakukan diagnosa keperawatan pada klien yang mengalami hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Bangkinang Kota Tahun 2018.
- c. Mampu melakukan intervensi keperawatan pada klien yang mengalami hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Bangkinang Kota Tahun 2018.
- d. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada klien yang mengalami hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Bangkinang Kota Tahun 2018.
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Bangkinang Kota Tahun 2018.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Aspek Teoritis

Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan informasi dan pengetahuan kepada masyarakat tentang hipertensi dan dapat diajukan bahan acuan untuk menyusun hipotesis baru dalam rancangan penelitian berikutnya

## 2. Aspek Praktis

### a. Bagi Peneliti

Dapat meningkatkan keluasan wawasan, pengetahuan, serta kemampuan pemahaman penulis dan dapat memberikan ketrampilan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien hipertensi dan memperoleh pengalaman dalam melaksanakan aplikasi riset keperawatan di tatanan pelayanan keperawatan.

### b. Bagi Klien

Masyarakat dapat mengetahui asuhan keperawatan yang akan diberikan pada penyakit hipertensi sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan.

### c. Bagi Institusi

Sebagai salah satu sumber informasi bagi pelaksanaan penelitian bidang keperawatan tentang asuhan keperawatan pada klien hipertensi di masa yang akan datang dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan teknologi keperawatan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teoritis**

##### **1. Hipertensi**

###### **a. Pengertian**

Hipertensi merupakan suatu keadaan tekanan darah yang abnormal di dalam arteri yang menyebabkan meningkatkan risiko terhadap stroke, aneurisma, gagal jantung, serangan jantung dan kerusakan ginjal (Martha, 2012) .

Hipertensi dapat diartikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik di atas 90 mmHg. Pada populasi manula, hipertensi diartikan sebagai tekanan sistolik  $\geq$  160 mmHg dan tekanan diastolik  $\geq$  90 mmHg (Smeltzer, 2008).

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara abnormal dan terus menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan satu atau beberapa faktor resiko yang tidak berjalan sebagaimana mestinya dalam mempertahankan tekanan darah secara normal (Tagor, 2010)

###### **b. Etiologi**

Etiologi dari hipertensi terbagi dalam dua kelompok yaitu factor yang tidak dapat diubah dan faktor yang dapat diubah.

1) Faktor yang tidak dapat diubah

a) Genetik

Adanya faktor genetik pada keluarga tertentu akan menyebabkan keluarga itu mempunyai resiko menderita hipertensi. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar sodium intraseluler dan rendahnya rasio antara potassium terhadap sodium, individu dengan orangtua yang menderita hipertensi daripada orang yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi.

b) Jenis Kelamin

Prevalensi terjadinya hipertensi pada pria dan wanita sama, akan tetapi wanita pra menopause prevalensinya lebih terlindungi daripada pria pada usia yang sama. Wanita yang belum menopause dilindungi oleh hormon estrogen yang berperan dalam meningkatkan *High Density Lipoprotein (HDL)*. Kadar kolesterol HDL yang tinggi merupakan faktor pelindung dalam mencegah terjadinya proses aterosklerosis yang dapat menyebabkan hipertensi.

Namun Saat ini, prevalensi hipertensi mencapai 80% pada lansia wanita yang berusia 65 tahun keatas (Junior dalam Braz, 2011). Selain itu dalam penelitian Astari pada tahun 2012 ditemukan penderita hipertensi adalah wanita sebesar 62,50% dan laki-laki sebesar 37,50%.



c) Usia

Insiden hipertensi meningkat seiring pertambahan usia. Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat, dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensi aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer (Anggaraini, dkk, 2009).

2) Faktor yang dapat diubah

a) Obesitas

Merupakan ciri khas penderita hipertensi, walaupun belum diketahui secara pasti hubungan antara hipertensi dengan kegemukan, namun terbukti bahwa daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah penderita obesitas dengan hipertensi lebih tinggi daripada dengan berat badan normal. Memang tidak semua penderita hipertensi berbadan gemuk, orang kurus pun tidak tertutup kemungkinan terserang hipertensi. Kenyataannya orang gemuk menjadi peluang terkena hipertensi lebih besar.

b) Asupan Garam

Seseorang yang terlalu berlebihan mengkonsumsi garam (NaCl) yang berlebih dapat menahan air (retensi) sehingga meningkatkan jumlah volume darah, akibatnya jantung harus bekerja keras dan tekanan darah menjadi naik.

c) Makanan dan Gaya hidup

Tekanan darah tinggi erat kaitannya dengan gaya hidup dan makanan. Sebagian faktor gaya hidup yang menyebabkan hipertensi, antara lain konsumsi kopi berlebihan, minum alkohol, kurang olahraga, stres, dan merokok. Faktor makanan mencakup: kegemukan, konsumsi rendah garam, konsumsi garam yang berlebihan, tingginya asupan lemak (Sunanto, 2009).

Seseorang yang tidak aktif secara fisik memiliki resiko 30-50% lebih besar untuk mengalami hipertensi. Selain meningkatkan perasaan sehat dan kemampuan untuk mengatasi stres, keuntungan latihan aerobik yang teratur adalah meningkatnya kadar HDL-C, menurunnya kadar LDL, menurunnya tekanan darah, berkurangnya obesitas, berkurangnya frekuensi denyut jantung saat istirahat, dan konsumsi oksigen miokardium ( $MVO_2$ ), dan menurunnya resistensi insulin (Anggaraini, 2009).

## c. Klasifikasi

Tabel 1

*Kriteria Penyakit Hipertensi Menurut Joint National Committe*

No	Kriteria	Tekanan Darah	
		Sistolik	Diastolik
1	Normal	<130	<85
2	Perbatasan ( <i>High Normal</i> )	130-139	85-89
3	Hipertensi		
	Derajat 1 : Ringan ( <i>mild</i> )	140-159	90-99
	Derajat 2 : Sedang ( <i>moderate</i> )	160-179	100-109
	Derajat 3 : Berat ( <i>severel</i> )	180-209	110-119
	Derajat 4 : Sangat Berat ( <i>very severe</i> )	$\geq 210$	$\geq 120$

*Sumber: Aspiani, 2014*

## d. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula dari saraf simpatis, yang berkelanjutan ke bawah 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 ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis, pada titik ini neuron preganglion melepaskan asetikolin 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 rangsangan vasokonstriktor.

Saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenalin

juga terangsang mengakibatkan tambahan aktivasi vasokonstriksi. Medula adrenal mensekresi epinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal menyebabkan pelepasan renin (Kartika, 2014).

Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat yang pada gilirannya 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 keadaan hipertensi.

Hipertensi pada lansia terjadi karena adanya perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer yang bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya aorta dan arteri besar kurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung, mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer (Smeltzer, 2008).

e. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis tekanan darah tinggi yaitu sakit kepala, tengkuk terasa berat, perdarahan di hidung, pusing yang terkadang juga terjadi pada seseorang dengan tekanan darah normal. Jika hipertensi berat atau menahun dan tidak terobati, dapat timbul gejala-gejala seperti sakit kepala, kelelahan, mual, muntah, sesak nafas, gelisah, pandangan kabur (karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung dan ginjal) (Ruhyannuddin, 2007).

f. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang sebaiknya dilakukan untuk memantapkan diagnosa.

- 1) EKG (elektro kardiograf atau rekam jantung).
- 2) Pemeriksaan darah kimia (kreatinin, BUN).
- 3) Radiografi dada (Pudiastuti, 2013).

g. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Farmakologi

- a) *Diuretik* : *Chlorthalidon, Hydromox, Lasix, Aldactone, Dyrenium Diuretic* bekerja melalui berbagai mekanisme untuk mengurangi curah jantung dengan mendorong ginjal meningkatkan ekskresi garam dan airnya.
- b) Penyekat saluran kalsium menurunkan kontraksi otot pada jantung atau arteri. Sebagian penyekat saluran kalsium bersifat lebih spesifik untuk saluran lambat kalsium otot jantung; sebagian yang lain lebih spesifik untuk saluran kalsium otot

polos vascular. Dengan demikian, berbagai penyekat kalsium memiliki kemampuan yang berbeda-beda dalam menurunkan kecepatan denyut jantung, volume sekuncup, dan TPR.

- c) Penghambat enzim menghambat angiotensin 2 atau inhibitor ACE berfungsi untuk menurunkan angiotensin 2 dengan menghambat enzim yang diperlukan untuk mengubah angiotensin 1 menjadi angiotensin 2. Kondisi ini menurunkan darah secara langsung dengan menurunkan TPR, dan secara tidak langsung dengan menurunkan sekresi aldosterone, yang akhirnya meningkatkan pengeluaran natrium pada urin kemudian menurunkan volume plasma dan curah jantung.
- d) Antagonis (penyekat) reseptor beta (*β-blocker*), terutama penyekat selektif, bekerja pada reseptor beta di jantung untuk menurunkan kecepatan denyut dan curah jantung.
- e) Antagonis reseptor alfa (*β-blocker*) menghambat reseptor alfa di otot polos vascular yang secara normal berespon terhadap rangsangan saraf simpatis dengan vasokonstriksi. Hal ini akan menurunkan TPR.
- f) Vasodilator arterior langsung dapat digunakan untuk menurunkan TPR. Misalnya: *Natrium, Nitroprusida, Nikardipin, Hidralazin, Nitrogliserin*, dan lain-lain (Brunner & Suddarth, 2001 dalam Hafiz 2011).

## 2. Penatalaksanaan Farmakologi

### a) Pengaturan Diet

Beberapa diet yang dianjurkan :

- 1) Rendah garam, diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Dengan pengurangan konsumsi garam dapat mengurangi stimulasi *system renin-angiotensin* sehingga sangat berpotensi sebagai anti hipertensi. Jumlah intake *sodium* yang dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam per hari.
- 2) Diet garam potasium, dapat menurunkan tekanan darah tapi mekanismenya belum jelas. Pemberian Potasium secara intravena dapat menyebabkan *vasodilatasi*, yang dipercaya dimediasi oleh *nitric oxide* pada dinding vascular.
- 3) Diet kaya buah dan sayur.
- 4) Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya jantung koroner.

### b) Penurunan Berat Badan

Penurunan berat badan mengurangi tekanan darah, kemungkinan dengan mengurangi beban kerja jantung dan volume sekuncup juga berkurang.

### c) Olahraga

Olahraga teratur seperti berjalan, lari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki keadaan jantung. 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.

d) **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.

e) **Mengonsumsi tanaman herbal**

Penyakit hipertensi dapat diturunkan melalui tanaman herbal seperti daun salam, seledri, mengkudu dan bawang putih.

## **B. Asuhan Keperawatan Hipertensi**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah langkah pertama dari proses keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat dapat klien guna mengetahui berbagai permasalahan yang ada. Adapun pengkajian pada klien hipertensi menurut Doengoes, et al (2001) adalah :

a. **Aktivitas istirahat**

Gejala : Kelelahan umum, kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton

Tanda : Frekuensi jantung meningkat

Perubahan irama jantung

Takipnea



b. Sirkulasi

Gejala : Riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung coroner/katup dan penyakit serebrovaskuler.

Episode palpitasi, perspirasi.

Tanda : Kenaikan TD (pengukuran serial dari kenaikan tekanan darah diperlukan untuk menegakkan diagnosis). Hipotensi postural (mungkin berhubungan dengan regimen obat).

Frekuensi/irama: Takikardia, berbagai disritmia.

c. Integritas ego

Gejala : Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi, euphoria atau marah kronik (dapat mengindikasikan kerusakan serebral). Faktor-faktor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan).

Tanda : Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontiniu perhatian, tangisan yang meledak. Gerak tagan empati, otot muka tegang (khususnya sekitar mata), gerakan fisik cepat, pernapasan menghela, peningkatan pola bicara.

d. Eliminasi

Gejala : Gangguan ginjal sakit ini atau yang lalu (seperti infeksi/obstruksi atau riwayat penyakit ginjal masa yang lalu).

e. Makanan/Cairan

Gejala : Makanan yang disukai yang dapat mencakup makanan tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolestrol, kandungan

tinggi kalori. Mual, muntah, perubahan berat badan akhir-akhir ini (meningkatkan/menurun) Riwayat pengguna diuretik.

Tanda : Berat badan normal atau obesitas, adanya edema (mungkin umum atau tertentu), kongesti vena, DVJ, glikosuria (hampir 10% hipertensi adalah diabetik).

f. Neurosensori

Gejala : Keluhan pening/pusing, berdenyut, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam), episode kebas dan/atau kelemahan pada satu sisi tubuh, gangguan penglihatan (diplopia, penglihatan kabur), episode epistaksis.

Tanda : Status mental: perubahan keterjagaan, orientasi, pola isi bicara, afek, proses fikir atau memori (ingatan).

Respon motorik: Penurunan kekuatan genggam tangan dan/atau reflek tendon dalam.

g. Nyeri/Ketidak nyamanan

Gejala : Angina (penyakit arteri coroner.keterlibatan jantung), nyeri hilang timbul pada tungkai/klaudikasi (indikasi arteriosclerosis pada arteri ekstremitas bawah), sakit kepala oksipital berat seperti yang pernah terjadi sebelumnya, nyeri abdomen/massa (feokromositoma).

h. Pernapasan

Gejala : Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja, takipnea, ortopnea, dyspnea nocturnal paroksimal, batuk dengan/tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok.

Tanda : Distres respirasi/penggunaan otot aksesori pernapasan, bunyi nafas tambahan (krakles/mengi), sianosis.

i. Keamanan

Gejala : Gangguan koordinas / cara berjalan

Tanda : Episode parastesia unilateral transien, hipotensi postural.

j. Pembelajaran/Penyuluhan

Gejala : Faktor resiko keluarga : hipertensi, aterosporosis, penyakit jantung, diabetes mellitus, penyakit serebrovaskuler/ginjal. Faktor-faktor resiko etnik, penggunaan pil KB atau hormon lain, penggunaan obat/alkohol.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Doengoes, et al (2001), diagnosa keperawatan yang mungkin ditemukan pada klien dengan hipertensi adalah :

a. Gangguan Curah jantung, penurunan, resiko tinggi terhadap b/d peningkatan afterload, vasokontriksi, iskemia miokardia, hipertrofi d/d tidak dapat diterapkan adanya tanda-tanda dan gejala yang menetapkan diagnosis aktual.

b. Nyeri (akut), sakit kepala b/d peningkatan tekanan vaskuler selebral b/d melaporkan tentang nyeri berdenyut yang terletak pada region

suboksipital. Terjadi pada saat bangun dan hilang secara spontan setelah beberapa waktu.

- c. Intoleran aktivitas b/d kelemahan umum d/d laporan verbal tentang kelebihan atau kelemahan.
- d. Nutrisi, perubahan lebih dari kebutuhan tubuh b/d masukan berlebihan dengan kebutuhan merabolik d/d berat badan 10%-20% lebih dari ideal untuk tinggi dan bentuk tubuh.
- e. Koping, individual, infeksi b/d krisis situasional/maturasional, perubahan hidup beragam d/d menyatakan ketidak mampuan untuk mengatasi atau meminta bantuan.
- f. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar) mengenai kondisi, rencana pengobatan b/d kurang pengetahuan/daya ingat, misinterpretasi informasi, keterbatasan kognitif, menyangkal diagnose.

### 3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan pada klien dengan hipertensi menurut dongoes et al (2000) adalah :

#### a. Diagnosa keperawatan I

Gangguan Curah jantung, penurunan, resiko tinggi terhadap b/d peningkatan afterload, vasokontruksi, iskemia miorkadia, hipertrofi b/d tidak dapat diterapkan adanya tanda-tanda dan gejala yang menetapkan diagnosis aktual.

Intervensi :

1) Pantau TD

Rasional : Perbandingan dari tekanan memberikan gambaran yang lebih lengkap tentang keterlibatan/bidang masalah vascular.

2) Catat keberadaan, kualitas denyutan sentral dan perifer.

Rasional : Denyutan karotis, jugularis, radialis dan femoralis mungkin teramati/terpalpasi. Denyut pada tungkai mungkin menurun, mencerminkan efek dari vasokonstriksi (peningkatan SVR) dan kongesti vena.

3) Aukultasi tonus jantung dan bunyi nafas.

Rasional : S<sub>4</sub> umum terdengar pada pasien hipertensi berat karena adanya hipertrofi atrium (peningkatan volume/tekanan atrium). Perkembangan S<sub>3</sub> menunjukkan hipertrofi ventrikel dan kerusakan fungsi.

4) Berikan lingkungan yang tenang, nyaman, kurang aktivitas/keributan lingkungan.

Rasional : Adanya pucat, dingin, kulit lembab dan masa pengisian kapiler lambat mungkin berkaitan dengan vasokonstriksi atau mencerminkan dekompensasi/penurunan curah jantung.

5) Catat edema umum/tertentu

Rasional : Dapat mengindikasikan gagal jantung, kerusakan ginjal atau vaskular.

6) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi

Rasional : Membantu untuk menurunkan rangsang simpatis, meningkatkan relaksasi.

7) Anjurkan tehnik relaksasi, panduan imajinasi, aktivitas pengalihan

Rasional : Dapat menurunkan rangsangan yang menimbulkan stress, membuat efek tenang, sehingga akan menurunkan TD.

b. Diagnosa Keperawatan II

Nyeri (akut), sakit kepala b/d peningkatan tekanan vaskuler selebral d/d melaporkan tentang nyeri berdenyut yang terletak pada regium suboksipital. Terjadi pada saat bangun dan hilang secara spontan setelah beberapa waktu.

Intervensi :

1) Mempertahankan tirah baring selama fase akut

Rasional : Meminimalkan stimulasi/meningkatkan relaksasi.

2) Berikan tindakan nonfarmakologi untuk menghilangkan sakit kepala mis, kompres dingin pada dahi. Pijat punggung dan leher, tenang, redupkan lampu kamar, teknik relaksasi (panduan imajinasi, distraksi) dan aktivitas waktu senggang.

Rasional : Tindakan yang menurunkan tekanan vaskuler serebral dan yang memperlambat/memblok respons simpatis efektif dalam menghilangkan sakit kepala dan komplikasinya.

- 3) Hilangkan/minimalkan aktivitas vasokonstriksi yang dapat meningkatkan sakit kepala, mis, mengejan saat BAB, batuk panjang, membungkuk.

Rasional : Aktivitas yang meningkatkan vasokonstriksi menyebabkan sakit kepala pada adanya peningkatan tekanan vascular serebral.

- 4) Bantu pasien dalam ambulasi sesuai kebutuhan

Rasional : Pusing dan penglihatan kabur sering berhubungan dengan sakit kepala. Pasien juga dapat mengalami episode hipotensi postural.

- 5) Berikan cairan, makanan lunak, perawatan mulut yang teratur bila terjadi perdarahan hidung atau kompres hidung telah dilakukan untuk menghentikan perdarahan.

Rasional : Meningkatkan kenyamanan umum. Kompres hidung dapat mengganggu menelan atau membutuhkan napas dengan mulut, menimbulkan stagnasi sekresi oral dan mengeringkan membrane mukosa.

c. Diagnosa keperawatan III

Intoleran aktivitas b/d kelemahan umum b/d laporan verbal tentang kelebihan atau kelemahan.

Intervensi :

- 1) Kaji respon pasien terhadap aktivitas

Rasional : Menyebutkan parameter membantu dalam mengkaji respon fisiologi terhadap stress aktivitas dan bisa ada

merupakan indikator dari kelebihan kerja yang berkaitan dengan tingkat aktivitas.

- 2) Instruksikan pasien tentang teknik penghematan energi, mis menggunakan kursi saat mandi, duduk saat menyisir rambut atau menyikat gigi, melakukan aktivitas dengan perlahan.

Rasional : Teknik menghemat energy mengurangi penggunaan energy, juga membantu keseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

- 3) Berikan dorongan untuk melakukan aktivitas/perawatan diri bertahap jika dapat ditoleransi. Berikan bantuan sesuai kebutuhan.

Rasional : Kemajuan aktivitas bertahap mencegah peningkatan kerja jantung tiba-tiba. Memberikan bantuan hanya sebatas kebutuahn akan mendorong kemandirian dalam melakukan aktivitas.

#### d. Diagnosa IV

Nutrisi perubahan lebih dari kebutuhan tubuh b/d masukan berlebihan dengan kebutuhan merabolik d/d berat badan 10%-20% lebih dari ideal untuk tinggi dan bentuk tubuh.

Intervensi :

- 1) Kaji pemahaman pasien tentang hubungan langsung antara hipertensi dan kegemukan.

Rasional : Kegemukan adalah risiko tambahan pada tekanan darah tinggi karena disproporsi antara kapasitas aorta dan



peningkatan curah jantung yang berkaitan dengan peningkatan massa tubuh.

- 2) Bicarakan pentingnya menurunkan masukan kalori dan batasi masukan lemak, garam dan gula sesuai indikasi.

Rasional : Kesalahan kebiasaan makan menunjang terjadinya aterosklerosis dan kegemukan yang merupakan predisposisi untuk hipertensi dan komplikasinya mis, stroke, penyakit ginjal, gagal jantung. Kelebihan masukan garam memperbanyak volume cairan intravaskuler dan dapat merusak ginjal yang lebih memperburuk hipertensi.

- 3) Tetapkan keinginan pasien menurunkan berat badan.

Rasional : Motivasi untuk penurunan berat badan adalah internal, individu harus berkeinginan untuk menurunkan berat badan, bila tidak maka program sama sekali tidak berhasil.

- 4) Kaji ulang masukan kalori harian dan pilihan diet.

Rasional : Mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dalam program diet terakhir. Membantu dalam menentukan kebutuhan individu untuk penyesuaian/penyuluhan.

- 5) Tetapkan rencana penurunan berat badan yang realistis dengan pasien, mis penurunan berat badan 0,5 Kg per minggu.

Rasional : Penurunan masukan kalori seseorang sebanyak 500 kalori perhari secara teori dapat menurunkan berat

badan 0,5 kg/minggu. Penurunan berat badan yang lambat mengindikasikan kehilangan lemak melalui kerja otot dan umumnya dengan cara mengubah kebiasaan makan.

- 6) Dorong pasien untuk mempertahankan masukan makanan harian termasuk kapan dan dimana makan dilakukan dan lingkungan dan perasaan sekitar saat makanan dimakan.

Rasional : Memberikan data dasar tentang keadekuatan nutrisi yang dimakan dan kondisi emosi saat makan. Membantu untuk memfokuskan perhatian pada faktor mana pasien telah/dapat engontrol perubahan.

- 7) Instruksikan dan bantu memilih makanan yang tepat, hindari makanan dengan kejenuhan lemak tinggi (mentega, keju, telur, es krim, daging) dan kolesterol (daging berlemak, kuning telur, produk kalengan, jeroan).

Rasional : Menghindari makanan tinggi lemak jenuh dan kolesterol penting dalam mencegah perkembangan aterosclerosis.

e. Diagnosa V

Koping, individual, infeksi b/d krisis situasional/maturasional, perubahan hidup beragam b/d menyatakan ketidak mampuan untuk mengatasi atau meminta bantuan.

Intervensi :

- 1) Kaji keefektifan strategi koping dengan mengobservasi perilaku, mis kemampuan menyatakan perasaan dan perhatian, keinginan berpartisipasi dalam rencana pengobatan.

Rasional : Mekanisme adaptif peru untuk mengubah pola hidup seseorang, mengatasi hipertensi kronik dan mengintegrasikan terapi yang diharuskan kedalam kehidupan sehari-hari.

- 2) Catat laporan gangguan tidur, peningkatan kelelahan, kerusakan konsentrasi, peka rangsang, penurunan toleransi sakit kepala, ketidakmampuan untuk mengatasi/menyelesaikan masalah.

Rasional : Manifestasi mekanisme koping maladaptive mungkin merupakan indikator marah yang ditekan dan diketahui telah menjadi penentu utama TD diastolik.

- 3) Bantu pasien untuk mengidentifikasi stressor spesifik dan kemungkinan strategi untuk mengatasinya.

Rasional : Pengenalan terhadap stressor adalah langkah pertama dalam mengubah respon seseorang terhadap stressor.

- 4) Libatkan pasien dalam perencanaan perawatan dan beri dorongan partisipasi maksimum dalam rencana pengobatan.

Rasional : Keterlibatan memberikan pasien perasaan kontrol diri yang berkelanjutan, memperbaiki ketrampilan koping, dan dapat meningkatkan kerja sama dalam regimen terapeutik.

- 5) Dorong pasien untuk mengevaluasi prioritas/tujuan hidup. Tanyakan pertanyaan seperti “Apakah yang anda lakukan merupakan apa yang anda inginkan?”

Rasional : Fokus perhatian pasien pada realistik situasi yang ada relative terhadap pandangan pasien tentang apa yang diinginkan. Etika kerja keras, kebutuhan untuk “control” dan focus keluar dapat mengarah pada kurang perhatian pada kebutuhan-kebutuhan personal.

- 6) Bantu pasien untuk mengidentifikasi dan mulai merencanakan perubahan hidup yang perlu. Bantu untuk menyesuaikan, ketimbang membatalkan tujuan diri/keluarga.

Rasional : Perubahan yang perlu harus diprioritaskan secara realistik untuk menghindari rasa tidak menentu dan tidak berdaya.

#### f. Diagnosa VI

Kurang Pengetahuan (kebutuhan belajar), mengenai kondisi, rencana pengobatan b/d kurang pengetahuan/daya ingat, misinterpretasi informasi, keterbatasan kognitif, menyangkal diagnosa.

Intervensi:

- 1) Kaji kesiapan dan hambatan dalam belajar. Termasuk orang terdekat.

Rasional : Kesalahan konsep dan menyangkal diagnosa karena perasaan sejahtera yang sudah lama dinikmati mempengaruhi minat pasien/orang erdekata untuk

mempelajari penyakit, kemajuan dan prognosis. Bila pasien tidak menerima realitas bahwa membutuhkan pengobatan kontinu, maka perubahan perilaku tidak akan dipertahankan.

- 2) Tetapkan dan nyatakan batas TD normal. Jelaskan tentang hipertensi dan efeknya pada jantung, pembuluh darah, ginjal dan otak.

Rasional : Memberikan dasar untuk pemahaman tentang peningkatan TD dan mengklarifikasi istilah medis yang sering digunakan. Pemahaman bahwa TD tinggi dapat terjadi tanpa gejala ini untuk memungkinkan pasien melanjutkan pengobatan meskipun ketika merasa sehat.

- 3) Hindari mengatakan TD 'normal' dan gunakan istilah "terkontrol dengan baik" saat menggambarkan TD pasien dalam batas yang diinginkan.

Rasional : Karena pengobatan untuk hipertensi adalah sepanjang kehidupan, maka dengan penyampaian ide "terkontrol" akan membantu pasien untuk memahami kebutuhan untuk melanjutkan pengobatan/medikasi.

- 4) Bantu pasien dalam negidentifikasi faktor-faktor risiko kardiovaskuler yang dapat diubah mis, obesitas, diet tinggi lemak jenuh dan kolesterol, pola hidup monoton, merokok dan minum alkohol (lebih dari 60 cc/hari dengan teratur) pola hidup penuh stress.

Rasional : Faktor-faktor risiko ini telah menunjukkan hubungan dalam menunjang hipertensi dan penyakit kardiovaskuler serta ginjal.

- 5) Atasi masalah dengan pasien untuk mengidentifikasi cara dimana perubahan gaya hidup yang tepat dapat dibuat untuk mengurangi faktor-faktor diatas.

Rasional : Faktor-faktor risiko dapat meningkatkan proses penyakit atau memperburuk gejala. Dengan mengubah pola prilaku yang “biasa/memberikan rasa aman” dapat sangat menyusahakan. Dukungan, petunjuk dan empati dapat meningkatkan keberhasilan pasien dalam menyelesaikan tugas ini.

#### 4. Implementasi

Implementasi adalah pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah proses keperawatan yang memungkinkan perawat untuk menentukan apakah intervensi keperawatan telah berhasil meningkatkan kondisi klien (Potter, 2009).

**BAB III**  
**TINJAUAN KASUS**

**A. Pengkajian**

1. Biodata Klien

Nama Klien : Ny. R.S  
Umur : 67 Tahun  
Status Pernikahan : Menikah  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Kristen  
Suku Bangsa : Indonesia  
Bahasa yang dipakai : Indonesia  
Pendidikan Terakhir : SMP  
Pekerjaan : IRT  
Alamat Rumah : Bangkinang  
Tanggal Pengkajian : 12 Mei 2018  
Nomor Register : 01/03/321/2017  
Diagnosa Medis : Hipertensi

2. Biodata Penanggung Jawab

Nama : Hendro Suzuki  
Umur : 35 Tahun  
Pendidikan : S1

Pekerjaan : Swasta

Hubungan dengan Klien : Anak

### 3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Hasil wawancara yang telah dilakukan, klien mengeluh saat ini sering merasa cemas karena penyakitnya dan juga merasa sedih karena saat ini hanya tinggal sendiri di rumah, suami klien telah meninggal dunia, anak-anak klien juga telah menikah dan telah memiliki rumahnya masing-masing. Klien juga mengeluh sering merasa pusing dan kurang nafsu makan.

### 4. Riwayat Kesehatan Dahulu

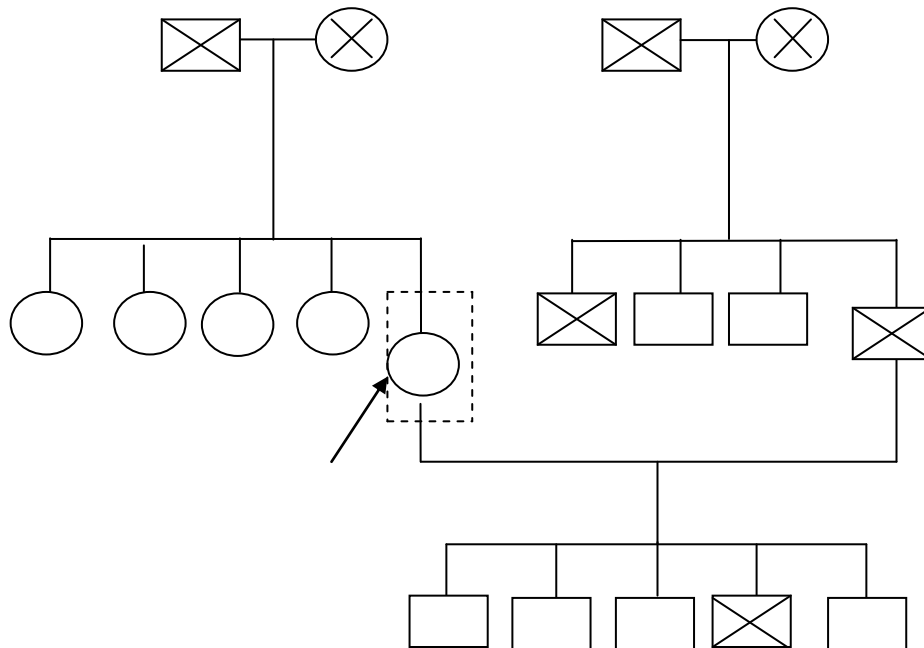
Klien menderita hipertensi sejak 5 tahun yang lalu, sejak mengalami hipertensi klien telah mengkonsumsi obat captopril sesuai dengan yang diresepkan oleh dokter. Klien tidak pernah operasi.

### 5. Riwayat Kesehatan Keluarga






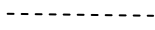
Anak klien yang keempat telah meninggal dunia karena riwayat penyakit gagal jantung saat berusia 26 tahun.



Genogram :



Ket :

-  : Laki-laki meninggal
-  : Perempuan Meninggal
-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Klien
-  : Serumah

#### 6. Kebiasaan Sehari-hari

Klien mengatakan bahwa setelah mengalami penyakit hipertensi saat ini klien telah berusaha mengatur pola makan dan mulai melakukan aktivitas fisik secara rutin seperti jalan kaki di pagi hari, namun klien juga mengeluh kurang nafsu makan dan susah tidur .

## 7. Data Psikologis, sosial dan spiritual

### a. Persepsi terhadap penyakit :

Klien menyadari bahwa penyakit yang dideritanya karena adanya faktor keturunan, klien juga merasa khawatir penyakitnya akan mengancam jiwanya. Klien merasa takut akan efek samping obat-obatan yang dikonsumsinya setiap hari.

### b. Suasana hati/perasaan:

Klien merasa sedih karena tinggal sendiri.

### c. Daya konsentrasi

Klien merasa konsentrasinya mulai berkurang.

### d. Memori

Klien merasa daya ingatnya mulai berkurang.

### e. Orientasi

Orientasi klien terhadap orang dan lingkungannya masih baik.

### f. Mekanisme koping

Efektif

### g. Konsep diri :

#### 1) Gambaran diri

Klien mengatakan menyukai postur tubuhnya

#### 2) Harga diri

Klien mengatakan semua keluarga sangat memperhatikan dirinya terutama anaknya, tetapi anaknya tidak tinggal serumah dengannya.

## 3) Ideal diri

Klien berharap bisa tetap menjadi seorang yang baik dan ingin cepat sembuh dari penyakitnya.

## 4) Identitas diri

Klien adalah seorang lansia.

## h. Data Spiritual

Klien menganut agama Kristen, Klien rajin beribadah setiap hari minggu, Klien juga sering mengikuti kegiatan ibadah.

## 8. Pemeriksaan Fisik

## a. Penampilan Umum

- 1) Tingkat Kesadaran : Kompos Mentis
- 2) Tinggi Badan : 148 cm
- 3) Berat badan : 52 kg
- 4) Ciri-ciri tubuh : kulit sawo matang

## b. Tanda-tanda vital

- 1) Tekanan darah : 145/90 mmHg
- 2) Denyut nadi : 72x/i
- 3) Suhu : 36,7<sup>0</sup>c
- 4) Pernafasan : 24x/i

c. Kepala dan wajah

Rambut tampak panjang, bersih, struktur halus, wajah simetris, wajah klien tampak sedikit pucat, ekspresi klien tampak sedih setiap kali klien mengungkapkan perasaannya.

d. Mata

Mata tampak simetris, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, tidak ada gangguan penglihatan, lapang pandang normal, pergerakan mata normal, tidak ada peradangan.

e. Hidung

Lubang hidung simetris, tidak ada polip, masa dan peradangan pada hidung, tidak ada perdarahan, fungsi penciuman normal dan tidak ada keluhan.

f. Telinga

Bentuk telinga normal, pendengaran baik, telinga tampak bersih, tidak memakai alat bantu pendengaran, tidak ada serumen, tidak ada peradangan dan tidak ada keluhan.

g. Mulut dan Kerongkongan

Bibir tampak kering, tidak ada perdarahan pada mulut dan bibir, lidah tidak kotor, gigi klien tampak bersih, suara normal, klien bisa mengunyah dengan baik, fungsi menelan baik, tidak ada peradangan.

h. Leher

Leher tampak normal, tidak ada pembesaran kelenjer tiroid, vena jugularis tidak menonjol dan pergerakan leher normal.

i. Dada

- 1) Struktur : normal
- 2) Payudara : simetris kiri dan kanan
- 3) Aksila : tidak ada pembengkakan
- 4) Pernafasan :
  - a) Nola nafas : teratur
  - b) Frekuensi nafas : 24x/i
  - c) Kualitas nafas : normal
  - d) Bunyi nafas : bronkovesikuler
  - e) Penggunaan otot : tidak ada penggunaan otot bantu

5) Kardiovaskuler

Palpasi jantung tampak, ikterus kordis teraba dan terdengar BJ 1 dan BJ II.

6) Abdomen

Abdomen tampak simetris, tidak ada benjolan dan pembengkakan pada abdomen, suara perkusi abdomen timpani, terdengar suara peristaltik usus 7 kali/ menit, tidak kembung dan tidak ada asites.

7) Ekstremitas

a) Tangan: Normal, tidak ada bengkak, tidak ada gangguan pada otot.

b) Kaki : Normal, tidak ada gangguan pada kaki

9. Pengobatan

Amlodipine : 2 x 10 mg

## B. Analisa Data

Tabel 2  
*Analisa Data*

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	Data Subjektif: - Klien mengatakan susah tidur - Klien mengatakan cemas dengan penyakitnya dan merasa sedih karena tinggal sendirian - Klien merasa khawatir penyakitnya akan mengancam jiwa	Krisis situasional dan/atau maturasional	Ansietas
	Data Objektif: - Wajah klien tampak sedikit pucat. - Ekspresi klien tampak sedih saat mengungkapkan perasaannya - Klien tinggal sendiri di rumahnya.		
2.	DS: - Klien mengatakan kurang tahu tentang efek samping obat-obatan yang dikonsumsinya. - Klien mengatakan ingin cepat sembuh - Klien mengatakan khawatir penyakitnya akan mengancam jiwa.	Kurangnya informasi terhadap penyakit	Kurangnya pengetahuan
	DO: -		

### C. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa data diatas, diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada Ny. R adalah:

1. Ansietas b/d krisis situasional dan/atau maturasional.
2. Kurangnya pengetahuan b/d kurangnya informasi terhadap penyakit.

### D. Intervensi Keperawatan

1. Ansietas b/d krisis situasional dan/atau maturasional.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x30 menit, ansietas dapat berkurang dengan kriteria klien memahami dan mendiskusikan rasa takut, klien juga tampak rileks dan melaporkan berkurangnya ansietas ke tingkat yang dapat diatasi.

Intervensi:

- a. Kaji tingkat ansietas dengan mengamati tingkah laku klien.

Rasional : Respon individu dapat bervariasi tergantung pada pola kultural yang dipelajari.

- b. Catat pembatasan focus perhatian (mis konsentrasi pasien terhadap suatu hal pada waktu tertentu).

Rasional : Penyempitan focus umumnya merefleksikan rasa takut/kepanikan yang luar biasa.

- c. Observasi isi dan pola pembicaraan: cepat/lambat, tekanan, kata-kata yang digunakan, repetisi, tertawa.

Rasional : Menyediakan petunjuk mengenai faktor-faktor seperti tingkat ansietas, kemampuan untuk memahami kerusakan otak ataupun kemungkinan perbedaan bahasa.

- d. Catat ekspresi perhatian/rasa marah mengenai pengobatan.

Rasional : Kecemasan mengenai diri dan apa yang dihasilkan dapat ditutupi dengan komentar/ledakan kemarahan yang ditunjukkan kepada ahli terapi/pemberi perawatan.

- e. Hindari harapan-harapan kosong, misalnya pernyataan seperti “semua akan berjalan lancar”. Lebih baik menyediakan informasi yang spesifik: misalnya “denyut jantung anda teratur, rasa sakit dapat dengan mudah dikontrol dan ini yang kita inginkan”

Rasional : Adalah tidak mungkin bagi perawat untuk mengetahui bagaimana situasi khusus dapat dipecahkan dan harapan-harapan palsu akan diinterpretasikan sebagai kurangnya pemahaman ataupun kejujuran, isolasikan pasien lebih lanjut. Pembagian observasi digunakan dalam mengkaji kondisi/prognosis yang memberikan kesempatan bagi pasien/orang terdekat untuk merasa terjamin.

- f. Dorong/instruksikan metode bimbingan imajinasi/relaksasi mental: misalnya membayangkan tempat yang menyenangkan, penggunaan musik/tape, napas lambat-lambat dan meditasi.

Rasional : Meningkatkan pelepasan endorphen dan membantu dalam perkembangan control lokusinternal, mengurangi



ansietas. Mungkin meningkatkan kemampuan coping, membuat tubuh ikut membantu proses penyembuhan.

- g. Gunakan sentuhan, sentuhan terapeutik, masase dan terapi tambahan lainnya sesuai indikasi.

Rasional : Membantu memenuhi kebutuhan dasar manusia, penurunan rasa terisolasi dan membantu pasien untuk mengurangi perasaan kuatir. Catatan: sentuhan terapeutik adalah metode menggunakan tangan secara langsung ke arah kekuatan manusia untuk membantu ataupun untuk menyembuhkan.

- 2. Kurangnya pengetahuan b/d kurangnya informasi terhadap penyakit.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x30 menit, diharapkan klien mengetahui informasi tentang penyakitnya dengan kriteria klien memahami dan mampu mengungkapkan pengetahuan tentang penyakitnya serta proses pengobatannya.

Intervensi:

- a. Kaji kesiapan dan hambatan dalam belajar. Termasuk orang terdekat.

Rasional : Kesalahan konsep dan menyangkal diagnosa karena perasaan sejahtera yang sudah lama dinikmati mempengaruhi minat pasien/orang erdekata untuk mempelajari penyakit, kemajuan dan prognosis. Bila pasien tidak menerima realitas bahwa membutuhkan

pengobatan kontinu, maka perubahan perilaku tidak akan dipertahankan.

- b. Tetapkan dan nyatakan batas TD normal. Jelaskan tentang hipertensi dan efeknya pada jantung, pembuluh darah, ginjal dan otak.

Rasional : Memberikan dasar untuk pemahaman tentang peningkatan TD dan mengklarifikasi istilah medis yang sering digunakan. Pemahaman bahwa TD tinggi dapat terjadi tanpa gejala ini untuk memungkinkan pasien melanjutkan pengobatan meskipun ketika merasa sehat.

- c. Hindari mengatakan TD ‘normal’ dan gunakan istilah “terkontrol dengan baik” saat menggambarkan TD pasien dalam batas yang diinginkan.

Rasional : Karena pengobatan untuk hipertensi adalah sepanjang kehidupan, maka dengan penyampaian ide “terkontrol” akan membantu pasien untuk memahami kebutuhan untuk melanjutkan pengobatan/medikasi.

- d. Bantu pasien dalam negidentifikasi faktor-faktor risiko kardiovaskuler yang dapat diubah mis, obesitas, diet tinggi lemak jenuh dan kolesterol, pola hidup monoton, merokok dan minum alkohol (lebih dari 60 cc/hari dengan teratur) pola hidup penuh stress.

Rasional : Faktor-faktor risiko ini telah menunjukkan hubungan dalam menunjang hipertensi dan penyakit kardiovaskuler serta ginjal.

- e. Atasi masalah dengan pasien untuk mengidentifikasi cara dimana perubahan gaya hidup yang tepat dapat dibuat untuk mengurangi faktor-faktor diatas.

Rasional : Faktor-faktor risiko dapat meningkatkan proses penyakit atau memperburuk gejala. Dengan mengubah pola perilaku yang “biasa/memberikan rasa aman” dapat sangat menyusahkan. Dukungan, petunjuk dan empati dapat meningkatkan keberhasilan pasien dalam menyelesaikan tugas ini.

### 3. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis sesuai dengan perencanaan.

Tabel 3  
*Implementasi dan Evaluasi Keperawatan*

No	Tanggal	Implementasi	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1	13-5-2018	1. Mengkaji tingkat ansietas 2. Mengobservasi isi dan pola pembicaraan 3. Memberikan informasi yang spesifik pada klien 4. Mengajarkan klien tehnik relaksasi 5. Memberikan klien sentuhan terapeutik	S: Klien mengatakan masih merasa cemas dan susah tidur O: Ekspresi klien masih tampak bersedih ketika berbicara tentang kondisinya A: Masalah belum teatasi P: Intervensi dilanjutkan	

2	13-5-2018	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan tentang batas tekanan darah normal, tekanan darah tinggi dan efeknya.</li> <li>2. Menjelaskan sifat penyakit dan tujuan dari pengobatan dan prosedur.</li> <li>3. Menjelaskan pentingnya lingkungan yang tenang, tidak penuh dengan stress.</li> <li>4. Mendiskusikan tentang obat-obatan : nama obat, dosis obat, waktu pemberian obat, dan tujuan pemberian obat dan efek samping obat.</li> <li>5. Memberikan pendidikan kesehatan tentang cara mencegah dan mengatasi hipertensi.</li> <li>6. Menganjurkan klien untuk tidak mengonsumsi makanan dan minuman yang dapat meningkatkan tekanan darah.</li> </ol>	<p>S : klien mengatakan sudah tau apa itu hipertensi, dan penyebab terjadinya hipertensi tetapi klien masih merasa khawatir dengan penyakitnya.</p> <p>O : Keadaan umum klien baik, klien tampak mengerti, menyebutkan penyebab yang memperberat hipertensi, klien tampak mau mengikuti saran perawat</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: Intervensi masih dilanjutkan.</p>
3	15-5-2018	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji tingkat ansietas</li> <li>2. Mengobservasi isi</li> </ol>	<p>S: Klien mengatakan rasa cemasnya sudah berkurang dan susah tidur</p>

		<p>dan pola pembicaraan</p> <p>3. Memberikan informasi yang spesifik pada klien</p> <p>4. Mengajarkan klien tehnik relaksasi</p> <p>5. Memberikan klien sentuhan terapeutik</p>	<p>O: Ekspresi klien masih tampak bersedih ketika berbicara tentang kondisinya</p> <p>A: Masalah belum teatasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
4	15-5-2018	<p>1. Menjelaskan sifat penyakit dan tujuan dari pengobatan dan prosedur.</p> <p>2. Menjelaskan pentingnya lingkungan yang tenang, tidak penuh dengan stress.</p> <p>3. Menganjurkan klien untuk tidak mengonsumsi makanan dan minuman yang dapat meningkatkan tekanan darah.</p>	<p>S : klien mengatakan sudah tau apa itu hipertensi, dan penyebab terjadinya hipertensi tetapi klien masih merasa khawatir dengan penyakitnya.</p> <p>O : Keadaan umum klien baik, klien tampak mengerti, menyebutkan penyebab yang memperberat hipertensi, klien telah mengatur pola makan dan melakukan olahraga ringan.</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
5	17-5-2018	<p>1. Mengkaji tingkat ansietas</p> <p>2. Mengobservasi isi dan pola pembicaraan</p> <p>3. Memberikan informasi yang spesifik pada klien</p> <p>4. Mengajarkan klien tehnik relaksasi</p> <p>5. Memberikan klien sentuhan terapeutik</p>	<p>S: Klien mengatakan rasa cemasnya masih ada tetapi klien telah menerima kondisinya saat ini.</p> <p>O: Ekspresi klien masih tampak rileks ketika berbicara tentang kondisinya</p> <p>A: Masalah teatasi sebagian</p> <p>P: Intervensi tetap dilanjutkan</p>

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus pada klien dengan hipertensi di Puskesmas Bangkinang Kota. Pembahasan ini di buat dengan langkah proses keperawatan yang dimulai dengan pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

#### **A. Pengkajian**

Tahap ini merupakan langkah awal yang dilakukan dalam melakukan asuhan keperawatan kepada klien. Di dalam melakukan pengkajian penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti, hal ini disebabkan karena penulis mendapatkan dukungan dari klien dan keluarga dimana klien dan keluarga bersedia memberi keterangan serta kooperatif.

Dari hasil pengkajian yang didapatkan klien tidak mengalami sebagian besar tanda dan gejala hipertensi yang sesuai dengan teori hal ini disebabkan karena klien telah menderita hipertensi selama 5 tahun dan klien juga secara rutin telah mengkonsumsi obat-obatan untuk hipertensi. Pada kasus hasil pengkajian didapat bahwa saat ini klien mengalami ansietas karena klien elah memasuki usia lanjut usia sementara klien hanya tinggal sendiri dirumahnya. Hasil pengkajian telah penulis simpulkan dalam bentuk analisa data yang merupakan sumber bagi penulis untuk menegakkan diagnose keperawatan sebagai acuan memberikan asuhan keperawatan bagi klien.

## B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah respon individu pada masalah actual dan potensial, yang dimaksud masalah actual adalah masalah yang ditemukan pada saat dilakukan pengkajian, sedangkan masalah potensial adalah kemungkinan akan timbul kemudian. Diagnosa keperawatan secara teoritis yang mungkin muncul pada klien dengan hipertensi adalah :

- a. Risiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, iskemia miokard, hipertropi ventricular
- b. Nyeri (akut), sakit kepala b/d peningkatan tekanan vaskuler selebral
- c. Intoleransi aktivitas b/d kelemahan umum
- d. Kurangnya pengetahuan b/d kurangnya informasi tentang penyakit

Setelah dilakukan pengkajian kepada Ny. R dengan hipertensi didapatkan 2 diagnosa keperawatan yaitu :

- a. Ansietas b/d krisis situasional dan/atau maturasional.
- b. Kurangnya pengetahuan b/d kurangnya informasi tentang penyakit

Diagnosa yang muncul sesuai dengan masalah-masalah yang dikeluhkan klien selama pengkajian dilakukan. Setelah membandingkan antara diagnosa keperawatan pada tinjauan teoritis dengan diagnose yang penulis angkat pada Ny. R dengan hipertensi maka didapat kesenjangan yaitu ada dua diagnosa yang tidak muncul meliputi gangguan rasa nyaman nyeri b/d peningkatan tekanan darah dan gangguan pola nutrisi b/d perubahan jenis diet, hal ini

disebabkan karena tidak adanya keluhan klien yang sesuai dengan diagnosa tersebut pada saat pengkajian.

#### C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan atau perencanaan adalah petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnose keperawatan yang dapat menentukan keberhasilan perawat dalam menentukan asuhan keperawatan. Berdasarkan keadaan klien tujuan yang penulis tetapkan pada masing-masing diagnose keperawatan adalah berdasarkan penyakit yang dialami klien dan dalam penetapan rencana tindakan atau intervensi penulis merujuk pada teori yang relevan dan sesuai dengan situasi kondisi perawat.

#### D. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan perwujudan dari intervensi keperawatan meliputi tindakan yang telah direncanakan. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan hipertensi secara teoritis mengacu pada teori sesuai dengan diagnose keperawatan yang diangkat. Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan ini penulis menemukan beberapa faktor penunjang diantaranya adalah respon klien yang baik, mudah menerima saran perawat, keluarga bersikap kooperatif dan terbuka serta tanggapan yang baik dari keluarga kepada penulis dalam memberikan informasi yang berhubungan dengan klien.



#### E. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan, pada tahap ini akan dilakukan evaluasi apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan sudah efektif atau belum untuk mengatasi masalah keperawatan klien atau dengan kata lain tujuan asuhan keperawatan tercapai atau tidak tercapai

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **F. Kesimpulan**

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. R dengan hipertensi dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang mencakup pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

- a. Pengkajian telah dilakukan pada Ny. R dengan hipertensi dengan hasil Ny. R telah menderita hipertensi selama 5 tahun, saat ini klien merasa cemas terhadap penyakitnya, susah tidur, merasa sedih karena tinggal sendiri di rumahnya, klien juga merasa khawatir dengan efek samping obat-obatan yang dikonsumsinya, klien merasa takut penyakitnya akan mengancam jiwa.
- b. Diagnosa keperawatan yang didapatkan pada Ny. R dengan hipertensi disesuaikan dengan teori dan kondisi klien pada saat itu berjumlah 2 diagnosa keperawatan yaitu ansietas b/d krisis situasional dan/atau maturasional dan kurangnya pengetahuan b/d kurangnya informasi tentang penyakit.
- c. Intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul sehingga masalah yang dialami klien dapat teratasi. Intervensi keperawatan diberikan selama tiga kali kunjungan kerumah klien.

- d. Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien dengan hipertensi dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat. Setelah tiga kali kunjungan ke rumah klien masalah kecemasan dapat teratasi dan masalah kurang pengetahuan terhadap penyakit juga dapat teratasi, namun penulis tetap akan melanjutkan kunjungan rumah dikarenakan kondisi klien yang telah memasuki usia lanjut dan tinggal sendiri dirumahnya.
- e. Hasil evaluasi SOAP yang dilakukan selama tiga kali kunjungan adalah rasa cemas klien dapat teratasi dan klien mampu menerima kondisinya saat ini.

## **G. Saran**

1. **Bagi Pasien dan Keluarga**

Sebagai bahan acuan bagi klien dan keluarga agar lebih mengetahui tentang hipertensi dan mengurangi faktor pencetus terhadap terjadinya hipertensi seperti mengurangi makanan yang banyak mengandung natrium, stress, minuman beralkohol dan lain-lain.
2. **Bagi Petugas Kesehatan**

Sebagai bahan pertimbangan oleh Puskesmas dalam menjalankan asuhan keperawatan dengan hipertensi.
3. **Bagi Institusi Pendidikan**

Dapat memperkaya ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya asuhan keperawatan hipertensi dan dapat dijadikan sebagai sumber pembelajaran

4. **Bagi Mahasiswa**

Menambah wawasan dan pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan dengan hipertensi di dunia keperawatan.

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R DENGAN  
HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
BANGKINANG KOTA KABUPATEN KAMPAR**

Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan  
Program Afirmasi Pendidikan Diploma III Keperawatan di Jurusan  
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**APUL SITORUS**  
**NIM P031714401R003**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RIAU  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PEKANBARU  
2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R DENGAN  
HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
BANGKINANG KOTA KABUPATEN KAMPAR**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ARPUL SITORUS**  
**NIM P031714401R003**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RIAU  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PEKANBARU  
2018**

# DAFTAR ISI

	Halaman
<b>LEMBAR JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>viii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	3
C. Tujuan Penelitian .....	4
D. Manfaat Penelitian .....	4
<b>BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN</b>	
A. Tinjauan Teoritis .....	6
1. Hipertensi .....	6
B. Asuhan Keperawatan .....	15
1. Pengkajian.....	15
2. Diagnosa Keperawatan .....	18
3. Intervensi.....	19
4. Implementasi.....	29
5. Evaluasi.....	29
<b>BAB III TINJAUAN KASUS</b>	
A. Pengkajian.....	30
B. Analisa Data .....	37

C. Diagnosa .....	38
D. Intervensi.....	38
E. Implementasi dan Evaluasi.....	43
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b>	
A. Pengkajian .....	45
B. Diagnosa .....	46
C. Intervensi .....	47
D. Implementasi.....	47
E. Evaluasi .....	48
<b>BAB V PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan .....	49
B. Saran .....	50

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**



## DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini. (2009). *Hubungan Beberapa Faktor Obesitas dan Hipertensi*. Semarang, Medika Indonesia : Rineka Cipta, Jakarta.
- Aspiani. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik*. Jakarta Timur : Cv. Trans Info Media.
- Doenges, Marilyn dkk. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan, Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta : EGC.
- Gunawan, Lany. (2013). *Hipertensi*. Yogyakarta : Kanisius
- Haryono. (2013). *Awas Musuh-musuh Anda setelah Usia 40 Tahun*. Yogyakarta : Goysen Publishing.
- Hamdan. (2016). *Faktor yang Berhubungan dengan Hipertensi Rawat jalan di RSUP Wahidin Sudirihusodo Makasar*. Artikel Penelitian Makasar : Universitas Hasanuddin.
- Hafiz. (2011). *Hubungan Pola Konsumsi Natrium dan Kalium serta Aktifitas Fisik dengan Kejadian Hipertensi pada Pasien Rawat Jalan di RSUP Wahidin Sudirohusodo Makasar*. Artikel Penelitian. Makasar : Universitas Hasanuddin.
- Martha. (2012). *Panduan Cerdas mengatasi Hipertensi*, Yogyakarta : Araska.
- Muhlisin. (2012). *Analisa Pengaruh Faktor Stress Terhadap Kekambuhan Penderita Hipertensi di Psukesmas Bendosari Sukoharjo*. Prosiding Seminar Ilmiah Nasional Kesehatan, ISSN.
- Puskesmas Bangkinang Kota. (217). *Penyakit Hipertensi di Bangkinang Kota*.
- Ruhyanud. (2017). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan System Kardiovaskuler*. Yogyakarta : Mitra.
- Padila. (2013). *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Sorowajan Baru.
- Pudiastuti. (2013). *Penyakit Pemicu Stroke*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Smaltzer. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC
- Tagor. (2010). *Buku Ajar Kardiologi*. Jakarta : Gaya Baru.

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 Kriteria Penyakit Hipertensi Menurut Joit National Committe .....	10
Tabel 2 Analisa Data.....	34
Tabel 3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan .....	39

**FORMAT PENGAJIAN**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL NORMAL**



**OLEH**  
**APUL SITORUS**

**POLTEKES KEMENKES RIAU**  
**JURUSAN KEPERAWATAN**  
**TAHUN AJARAN 2017/2018**

## KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukuran penulis kehadiran Tuhan Yang Maha esa yang telah melimpahkan berkat dan kurnia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. R dengan Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang Kota”. Laporan Tugas Akhir ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Studi pada DIII Keperawatan Poltelkkes Kemeskes Riau Tahun 2018.

Selama proses penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, penulis mendapat banyak kesulitan, tetapi berkat bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak maka Laporan tugas Akhir ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Oleh karena itu, pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Hj. Rusherina S.Pd, S,Kep, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau.
2. Ns. Wiwiek Delvira S.kep, M.kep selaku ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau sekaligus sebagai Pembimbing I dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
3. Ns. Ardenny, S.Kep, M.kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau sekaligus sebagai Penguji II dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
4. Hj. Masnun, SST, S.kep, M.Kep sebagai Pembimbing II dalam penyusun Laporan Tugas Akhir ini.
5. Ns. Nia Kusniyati, M, SKep, MKep sebagai Penguji I dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

6. Seluruh Dosen Poltekkes Kemenkes Riau Jurusan Keperawatan yang telah memberikan berbagai ilmu selama masa perkuliahan untuk bekal penulis.
7. Rekan-rekan seperjuangan Mahasiswa/I Keperawatan Program Afiriasi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Riau yang selalu memberikan semangat dan dukungan untuk penulis.

Penulis menyadari dalam penyusunan Laporan Akhir Tugas Akhir ini tidak terlepas dari kesalahan dan kekurangan . untuk itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun demi kesempurnaan Laporan Tugas Akhir ini serta perbaikan dimasa akan datang.

Atas segala banantuan dan pengorbanan yang telah diberikan kepada penulis, akhir kata semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi kita semua terutama bagi perkembangan ilmu pengetahuan dan bidang keperawatan, penulis doakan semoga amal dan bantuan saudara mendapat berkaah yang berlimpah dari Tuhan Yang Maha Esa.

Pekanbaru, Juli 2018

Penulis

## **ABSTRAK**

Apul sitorus Asuhan keperawatan pada ny. R dengan hipertensi Di wilayah kerja puskesmas bangkinang kota. Karya tulis karya studi kasus, program D III Keperawatan Riau, jurusan keperawatan, Poltekkes kemenkes riau

Pembimbing (I) **Ns.Wiwiek Delvira,S.Kep,M.Kep** (II) **Hj.Masnun, SST, S.Kep,M. Biomed**

Tujuan penulisan laporan tugas akhir ini adalah untuk mengetahui bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien dengan hipertensi. Asuhan keperawatan pada klien Ny. R dengan hipertensi dilakukan diwilayah kerja Puskesmas Bangkinang Kota.

Penulis telah melakukan pengkajian terlebih dahulu kepada Ny. R, dari hasil pengkajian didapat bahwa klien merupakan seorang lanjut usia dan tinggal sendiri dirumahnya, klien juga menderita hipertensi sejak 5 tahun yang lalu. Setelah dilakukan pengkajian selanjutnya penulis menganalisa data sehingga ditegakkan dua diagnosa keperawatan antara lain ansietas b/d krisis situasional dan kurangnya pengetahuan b/d kurangnya informasi terhadap penyakit.

Intervensi keperawatan telah diberikan kepada klien sesuai dengan indikasi. Setelah diberikan tindakan keperawatan selama tiga kali kunjungan ke rumah klien didapatkan hasil bahwa rasa kecemasan klien berkurang, klien telah dapat menerima kondisinya saat ini, klien juga telah mengatur pola makan dan olahraga ringan.

**Kata kunci : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Hipertensi, Lanjut Usia**

**Daftar Pustaka : 15 (2000 – 2014)**

## LAPORAN KASUS

### **Biodata Klien**

Nama Klien	: Ny. R.S
Umur	: 67 Tahun
Status Pernikahan	: Menikah
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen
Suku Bangsa	: Indonesia
Bahasa yang Dipakai	: Indonesia
Pendidikan Terakhir	: SMP
Pekerjaan	: IRT
Alamat Rumah	: Bangkinang
Tanggal Pengkajian	: 12 Mei 2018
Nomor Register	: 01/03/321/2017
Diagnosa Medis	Hipertensi
<b>Biodata Penanggung Jawab</b>	
Nama	: Hendro Suzuki
Umur	: 35 Tahun
Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: Swasta
Hubungan dengan Klien	: Anak

## PEMERIKSAAN FISIK

### ▣ Penampilan Umum

Tingkat Kesadaran : Kompos Mentis

Tinggi Badan : 148 cm

Berat badan : 52 kg

Cirri-ciri tubuh : kulit sawo matang

Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 145/90 mmHg

Denyut nadi : 72x/i

Suhu : 36,7<sup>0</sup>c

Pernafasan : 24x/i



# ANALISA DATA

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	DS: Klien mengatakan susah tidur DO: klien tampak pucat, mata cekung, tidur malam $\pm$ 2 jam klien susah tidur siang	Efek Hospitalisasi	Gangguan pola istirahat dan tidur
2.	DS: - Klien mengatakan kurang tahu tentang penyakit hipertensi. - Klien tidak tahu penyebab hipertensi - Klien mengatakan makan makanan yang sama dengan keluarganya, tanpa adanya perbedaan  DO: - Klien bertanya tentang penyakitnya.	Kurangnya informasi terhadap penyakit	Kurangnya pengetahuan

## DIAGNOSA KEPERAWATAN

- Gangguan polanistirahat dan tidur b/d efek hospitalisasi
- Kurangnya pengetahuan b/d kurangnya informasi terhadap penyakit

# INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	DATA	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN	PERENCANAAN	
				INTERVENSI	RASIONALISASI
1	<p>DS: Klien mengatakan susah tidur</p> <p>DO: klien tampak pucat, mata cekung, tidur malam <math>\pm</math> 2 jam klien susah tidur siang</p>	<p>Gangguan istirahat tidur b/d efek hospitalisasi ditandai dengan klien tampak pucat, mata cekung, tidur malam <math>\pm</math> 2 jam susah tidur siang</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam Istirahat tidur klien terpenuhi dengan kriteria :</p> <p>- Tidur lebih dari 6 jam</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beri klien ruangan yang nyaman</li> <li>Batasi jam berkunjung klien dirumah</li> <li>Hindari keributan yang dapat mengganggu tidur</li> <li>usahakan setiap hari tempat tidur rapi dan nyaman</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dengan memberikan klien ruangan yang nyaman diharapkan klien merasa nyaman</li> <li>Dengan membatasi jam berkunjung diharapkan klien dapat beristirahat</li> <li>Dengan membatasi jumlah pengunjung agar klien merasa tenang</li> <li>Dengan menghindari keributan diharapkan klien dapat beristirahat dengan nyaman</li> <li>Dengan merapikan tempat tidur klien setiap hari diharapkan dapat meningkatkan kenyamanan klien setiap hari</li> </ul>

4.		<p>Kurangnya pengetahuan b/d kurangnya informasi terhadap penyakit</p>	<p>Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 3x30 menit diharapkan klien mengetahui informasi tentang hipertensi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengungkapkan pengetahuan akan hipertensi.</li> <li>- Melaporkan pemakaian obat-obatan sesuai program.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tentang batas tekanan darah normal, tekanan darah tinggi dan efeknya.</li> <li>2. Jelaskan sifat penyakit dan tujuan dari pengobatan dan prosedur.</li> <li>3. Jelaskan pentingnya lingkungan yang tenang, tidak penuh dengan stress.</li> <li>4. Diskusikan tentang obat-obatan : nama obat, dosis obat, waktu pemberian obat, dan tujuan pemberian obat dan efek samping obat.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan dasar untuk pemahaman tentang peningkatan tekanan darah</li> <li>2. Supaya klien tahu dan memungkinkan klien untuk melanjutkan pengobatan.</li> <li>3. Supaya klien bisa mengontrol stress</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengurangi resiko keracunan dan overdosis obat dan supaya pengobatan lancar karena klien sudah paham mengenai obat- diberik.</li> </ol>
----	--	--	--	--	---

# IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

No	Tanggal	Implementasi	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	13-5-2018	<p>Memberi klien ruangan yang nyaman</p> <ul style="list-style-type: none"><li>· Membatasi jam berkunjung klien dirumah</li><li>· Menghindari keributan yang dapat mengganggu tidur</li><li>· Mengusahakan setiap hari tempat tidur rapid an nyaman</li></ul>	<p>S: Klien mengataka bisa tidur siang</p> <p>O: Klien tampak rileks</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	

## LANJUTAN. . . . .

	<b>13-5-2018</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Menjelaskan tentang batas tekanan darah normal, tekanan darah tinggi dan efeknya.</li><li>- Menjelaskan sifat penyakit dan tujuan dari pengobatan dan prosedur.</li><li>- Menjelaskan pentingnya lingkungan yang tenang, tidak penuh dengan stress.</li><li>- Mendiskusikan tentang obat-obatan : nama obat, dosis obat, waktu pemberian obat, dan tujuan pemberian obat dan efek samping obat.</li><li>- Memberikan pendidikan kesehatan tentang cara mencegah dan mengatasi hipertensi. Menganjurkan klien untuk tidak mengonsumsi makanan dan minuman yang dapat meningkatkan tekanan darah.</li></ul>	<p><b>S</b> : klien mengatakan sudah tau apa itu hipertensi, dan penyebab terjadinya hipertensi</p> <p><b>O</b> : Keadaan umum klien baik</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- klien tampak mengerti, menyebutkan penyebab yang memperberat hipertensi</li><li>- klien tampak mau mengikuti saran perawat</li></ul> <p><b>A</b>: Masalah teratasi</p> <p><b>P</b>: Intervensi dihentikan</p>
--	------------------	---	---

SEKIAN  
TERIMAKASIH

## **PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Apul Sitorus

NIM : P031714401R003

Program Studi : DIII Keperawatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Laporan Tugas Akhir ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui

Pembimbing I

Pekanbaru, Juli 2018

Yang Membuat Pernyataan

**Ns. WIWIEK DELVIRA, S.Kep,M.Kep**  
NIP. 19741008 199703 2 001

**APUL SITORUS**  
P031714401R003





## LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir oleh Apul Sitorus (NIM PO31714401R003) telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 20 Juli 2018

Dewan Penguji

Penguji Ketua



**Ns. Wiwiek Delvina, S.kep, M.Kep**

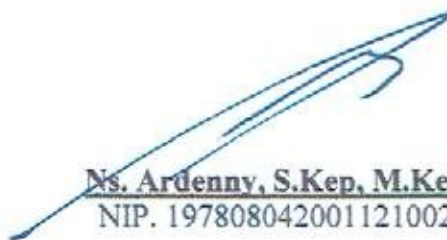
NIP. 19741008 199703 2 001

Penguji I

Penguji II



**Ns. Nia Khusnivati, S.Kep, M.Kep**



**Ns. Ardenny, S.Kep, M.Kep**

NIP. 197808042001121002

Direktur Poltekes Kemenkes Riau

Ketua Jurusan Keperawatan  
Poltekes Kemenkes Riau



**Hj. Ruserina, S.Pd, S.Kep, M.Kes**

NIP. 196504241988032002

**Ns. Wiwiek Delvira, S. Kep, M. Kep**

NIP. 197410081997032001

**LEMBARAN PERSETUJUAN**

Laporan Tugas Akhir Oleh Apul Sitorus (NIM P031714401R003) telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

Pekanbaru, 20 Juli 2018

Menyetujui,

Pembimbing I



(Ns. Wiwiek Delvira, S.Kep, M.Kep)  
NIP. 197410081997032001

Pembimbing II



(Hi. Masnun, SST, S.Kep, M.Biomed)  
NIP. 196412211985032003

## LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : APUL SITORUS  
 NIM : P.031714401 R003  
 Nama Pembimbing : NS. WIWTEK DELVIRA S.KEP. M.KEP

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN
	1-MARET 2018	Pengantar Jurnal		1.
	26-MARET 2018.	Konsultasi Bab I, II.		1.
	07-Juli 2018	Konsultasi Bab III, IV, V.		1.