

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang masalah kesehatan hipertensi pada Tn.S dimana meliputi kesenjangan antara teori dan kasus yang ada dengan cara membandingkan dan mengemukakan alasannya. Disamping itu penulis melakukan pembahasan pada bab IV ini tentang masalah-masalah yang muncul pada kasus Asuhan Keperawatan lansia dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas rumbai pesisir dimulai pada tanggal 10 maret 2020.

Dalam membahas asuhan keperawatan ini, penulis menggunakan lima tahap dalam proses keperawatan yaitu : Pengkajian, Diagnosa keperawatan, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi. Dengan uraian sebagai berikut :

4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal pelaksanaan asuhan keperawatan lansia yang terdiri dari beberapa tahap meliputi komponen pengkajian yaitu data umum, riwayat keluarga, riwayat Kesehatan, pemeriksaan fisik, data penunjang, pengkajian psikologis, pengkajian sosial, pengkajian budaya, pengkajian spiritual, dan pengkajian status fungsional, kognitif, dan afektif. Dalam pengumpulan data untuk melengkapi hasil pengkajian,penulis menggunakan metode wawancara dan pemeriksaan fisik secara langsung dengan Tn. S sesuai dengan teoritis yang disebutkan sebelumnya.

Menurut Mujahidullah (2014) tanda dan gejala hipertensi secara teori yaitu sakit kepala, vertigo, perubahan penglihatan, sesak nafas, nyeri dada, pendarahan hidung, mual muntah, kesemutan pada kaki dan tangan, kejang atau koma. Namun

yang ditemukan pada kasus Tn.S saat pengkajian yang dilakukan pada tanggal 10 maret 2020 pukul 09.00 Wib didapatkan data subyektif dan obyektif dari klien. Data subyektif yaitu klien mengatakan nyeri dibagian kepala dan terasa berat di tengkuk atau leher bagian belakang, badan terasa lemas melakukan aktivitas, pandangan terlihat kabur dan berkunang-kunang saat berdiri dan berjalan, tidur hanya 4 jam dan sering terbangun. Dan data obyektif yaitu klien tampak meringis, Klien tampak lemah saat berjalan, Klien tampak sempoyongan saat berjalan dan selalu berpegangan, tampak menguap disiang hari, skala nyeri 5, TD : 170/120 mmHg N: 81x/menit RR : 23X/menit S : 36,5⁰ C Data-data tersebut sesuai dengan teori yang ada pada bab sebelumnya.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Dalam kasus Asuhan Keperawatan lansia dengan masalah hipertensi penulis menegakkan 3 diagnosa yang diambil, dan ada 1 diagnosa yang tidak penulis tegakkan.

Berdasarkan data pengkajian yang diperoleh penulis menegakkan diagnosa pertama yaitu gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral. Penulis menegakkan diagnosa ini karena klien mengalami sakit kepala disertai rasa berat di tengkuk, kepala berdenyut dan nyeri, pusing muncul tiba-tiba. Diagnosa kedua adalah Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen. Penulis menegakkan diagnosa ini karena klien mengalami badannya terasa lemas jika melakukan aktivitas, pandangan terlihat kabur dan berkunang-kunang saat berdiri dan berjalan, rasa sakit di tengkuk. Diagnosa ketiga adalah

gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya nyeri kepala. Penulis menegakkan diagnosa ini karena klien tampak lemas, lesu dan tampak menguap di siang hari.

Pada kasus klien dengan masalah hipertensi penulis tidak memunculkan diagnosa sesuai dengan tinjauan pustaka dikarenakan data yang diperoleh tidak menunjukkan adanya tanda-tanda yang mendukung diagnosa untuk dimunculkan. Diagnosa yang tidak muncul pada kasus adalah : Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, hipertrofi/rigiditas ventrikuler, iskemia miokard. Diagnosa ini tidak ditegakkan karena tidak terdapat tanda-tanda pada klien dengan penurunan curah jantung.

4.3 Intervensi Keperawatan

Menurut UU perawat No, 38 Tahun 2014 perencanaan merupakan semua rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan yang diberikan kepada klien.

Diagnosa pertama yaitu gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral. Perencanaan yang dilakukan untuk diagnosa pertama adalah kaji nyeri (lokasi, skala, faktor), kontrol lingkungan yang mempengaruhi nyeri seperti kebisingan, pencahayaan dan suhu ruangan, mengajarkan kompres hangat dan relaksasi nafas dalam, Observasi tanda-tanda vital. Berdasarkan perencanaan itu, penulis juga melakukan perencanaan yang sama dengan tinjauan pustaka tersebut.

Pada diagnosa kedua yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen. Perencanaan yang

dilakukan untuk diagnosa kedua adalah bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan, bantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai, bantu pasien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang, bantu klien untuk mengembangkan motivasi diri.

Diagnosa ketiga yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya nyeri kepala, perencanaan yang dilakukan pada diagnosa ketiga adalah batasi aktivitas klien sebelum tidur, ajarkan klien teknik relaksasi nafas dalam, dan observasi tanda tanda vital.

Dari ketiga perencanaan keperawatan untuk 3 diagnosa yang ditegakkan, penulis melakukan perencanaan yang tidak jauh berbeda dengan teori. Menurut Erma (2016) cara untuk menurunkan tekanan darah penderita hipertensi salah satunya dengan pengobatan herbal menggunakan jus pepaya mengkal karena kandungan kalium didalam buah pepaya dapat meningkatkan kerja jantung.

4.4 Implementasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2013) adapun sebagai berikut : Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap Implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada *nursing order* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor -faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien.

Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan. pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi koping perencanaan asuhan

keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik, jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan. Selama tahap implementasi, perawat melakukan pengumpulan data dan memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan klien. Semua tindakan keperawatan dicatat kedalam format yang telah ditetapkan oleh institusi.

Pada tahap implementasi dilakukan selama 3 hari yaitu dari tanggal 10 maret sampai dengan 12 maret 2020. Implementasi merupakan suatu perwujudan dari perencanaan yang sudah disusun pada tahap perencanaan sebelumnya (NANDA, 2012). Berdasarkan hal tersebut, penulis mengelola klien dalam implementasi dengan masing-masing diagnosa.

1. Gangguan rasa nyaman : nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral. Selama 3 hari penulis melakukan implementasi dengan tujuan agar klien mampu mengungkapkan tidak adanya sakit kepala, tampak nyaman, tanda-tanda vital dalam batas normal. Untuk diagnosa pertama ini, penulis membina hubungan saling percaya dengan cara memperkenalkan diri, mengkaji tingkat nyeri, menciptakan lingkungan yang tenang seperti dengan mengecilkan volume tv, kamar yang panas dengan cara membuka pintu atau jendela, memberi kompres hangat pada daerah tengkuk, melakukan teknik relaksasi nafas dalam, memeriksa tanda-tanda vital.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen. Selama 3 hari penulis melakukan implementasi dengan tujuan klien dapat berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan. Untuk diagnosa kedua ini, penulis membantu klien untuk

melakukan aktivitas yang mampu dilakukan seperti jalan-jalan disekitar rumah, membantu klien untuk mengembangkan motivasi diri, memberi dukungan kepada klien, memotivasi klien untuk melakukan aktivitas yang ada di lingkungan tempat tinggal seperti gotong royong, membantu klien untuk melakukan aktivitas yang disukainya.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya nyeri kepala. Selama 3 hari penulis melakukan implementasi dengan tujuan klien mampu menciptakan pola tidur yang adekuat 6-8 jam, dan TTV dalam batas normal. Untuk diagnosa ketiga ini penulis menganjurkan klien untuk tidur lebih awal, menganjurkan klien untuk banyak beristirahat, menganjurkan klien mematikan lampu sebelum tidur, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, dan memeriksa tanda-tanda vital.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasi. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini dapat dilakukan dengan melihat respon klien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan sehingga perawat dapat mengambil keputusan (Nursalam, 2013).Evaluasi dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, kemudian dilakukan penelitian untuk melihat keberhasilannya. Jika tindakan yang dilakukan belum berhasil, maka perlu dicari cara atau metode lainnya. Penulis melakukan evaluasi keperawatan pada kasus ini antara lain :

- a. Nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral. Pada diagnosa ini penulis sudah melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan

tinjauan pustaka yang ada dan dilakukan semaksimal mungkin dengan tujuan masalah nyeri dapat teratasi. Pada proses keperawatan sebelumnya yaitu implementasi keperawatan sudah dijabarkan bagaimana penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien.

Evaluasi keperawatan yang diperoleh penulis dari asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari.

Pada hari selasa, 10 maret 2020 jam 10.00 WIB yaitu klien mengatakan sakit kepala disertai rasa berat di tengkuk, klien mengatakan kepala berdenyut-denyut dan nyeri, klien mengatakan pusing muncul tiba-tiba. Klien tampak memegang kepala, wajah klien tampak meringis kesakitan, skal nyeri 5, memeriksa tanda-tanda vital : TD : 170/120 mmHg, N : 81x/i, RR : 23x/i, S : 36,5⁰ C.

Pada hari rabu, 11 maret 2020 jam 11.00 di dapatkan hasil : klien mengatakan nyeri sudah mulai hilang, klien tampak jarang memegang kepala dan tengkuknya, skala nyeri 2, memeriksa tanda-tanda vital : TD : 150/80 mmHg, N: 87x/i, RR : 21x/i, S : 36,8⁰ C.

Pada hari kamis, 12 maret 2020 jam 13.00 WIB di dapatkan hasil : klien mengatakan nyeri pada bagian tengkuk dan pusing sudah hilang. Klien tampak rileks, skala nyeri 2, klien tampak dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam, memeriksa tanda-tanda vital : TD : 140/80 mmHg, N : 91x/i, RR : 21x/i, S : 36,4⁰ C.

Dalam hal ini sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan oleh penulis tidak adanya sakit kepala, berat di tengkuk sudah hilang, tampak rileks dan tanda-tanda vital dalam batas normal.

- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen. Pada diagnosa ini penulis sudah melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan tinjauan pustaka yang ada dan dilakukan semaksimal mungkin dengan tujuan masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi. Pada proses keperawatan sebelumnya yaitu implementasi keperawatan sudah dijabarkan bagaimana penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien.

Evaluasi keperawatan yang diperoleh penulis dari asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari.

Pada hari Selasa, 10 maret 2020 jam 14.00 WIB, klien mengatakan badannya terasa lemas melakukan aktivitas, klien mengatakan tidak bisa melakukan yang berlebihan, klien mengatakan rasa berat di tengkuk, klien tampak lemah saat berjalan, terlihat sempoyongan berjalan dan selalu berpegangan, memeriksa tanda-tanda vital : TD : 170/120 mmHg, N : 81x/i, RR : 23x/i, S : 36,5⁰ C.

Pada hari Rabu, 11 maret 2020 jam 14.30 WIB di dapatkan hasil : klien mengatakan badannya masih lemas melakukan aktivitas, klien mengatakan sudah bisa beraktivitas sedikit-sedikit, klien mengatakan sudah mulai berkurang rasa sakit ditengkuk, klien masih sempoyongan berjalan dan selalu berpegangan, memeriksa tanda-tanda vital : TD : 150/80 mmHg, N: 87x/i, RR : 21x/i, S : 36,8⁰ C

Dalam hal ini sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan oleh penulis dimana klien mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri,

tanda-tanda vital dalam batas normal, mampu berpindah tanpa bantuan alat.

Pada hari kamis, 12 maret 2020 jam 13.00 WIB di dapatkan hasil : klien mengatakan sudah dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri seperti senam dan jalan-jalan sekitar rumah, klien tampak rileks, memeriksa tanda-tanda vital : TD : 140/80 mmHg, N : 91x/i, RR : 21x/i, S : 36,4⁰ C.

Dalam hal ini sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan oleh penulis tidak adanya sakit kepala, berat di tengkuk sudah hilang, tampak rileks dan tanda-tanda vital dalam batas normal, dan mampu berpindah tanpa bantuan alat.

- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya nyeri kepala. Pada diagnosa ini penulis sudah melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan tinjauan pustaka yang ada dan dilakukan semaksimal mungkin dengan tujuan masalah gangguan pola tidur dapat teratasi. Pada proses keperawatan sebelumnya yaitu implementasi keperawatan sudah dijabarkan bagaimana penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien. Evaluasi keperawatan yang diperoleh penulis dari asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari.

Pada hari selasa, 10 maret 2020 jam 14.00 WIB, klien mengatakan badan dan lesu sehingga sulit untuk tidur, klien mengatakan hanya tidur 4 jam dan sering terbangun, memeriksa tanda-tanda vital : TD : 170/120 mmHg, N : 81x/i, RR : 23x/i, S : 36,5⁰ C.

Pada hari rabu, 11 maret 2020 jam 14.30 WIB di dapatkan hasil : klien mengatakan bahwa sudah dapat tidur tapi masih mudah terbangun, memeriksa tanda-tanda vital : TD : 150/80 mmHg, N: 87x/i, RR : 21x/i, S : 36,8⁰ C.

Dalam hal ini sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan oleh penulis dimana klien bisa tidur 6-8 jam sehari tanda-tanda vital dalam batas normal.

Pada hari kamis, 12 maret 2020 jam 13.00 WIB di dapatkan hasil : klien mengatakan sudah bisa tidur, memeriksa tanda-tanda vital : TD : 140/80 mmHg, N : 91x/i, RR : 21x/i, S : 36,4⁰ C.

Dalam hal ini sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan oleh penulis tidak adanya sakit kepala, klien dapat tidur 6-8 jam, berat di tengkuk sudah hilang, tampak rileks dan tanda-tanda vital dalam batas normal.