

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Lokasi

Klien Tn.M tinggal di Jl. Awng long, Desa Panca Jaya , Sp4, Kecamatan Muara Kaman, klien tinggal dengan anak dan cucu nya, kondisi rumah bersih, bentuk rumah semi permanen.

a. Pengkajian

Biodata

Nama : Tn. M
Umur : 78 Thn
Alamat : Sp4 Muara Kaman
Status Perkawinan : Cerai mati
Agama : Islam
Pendidikan : Tidak Sekolah
Pekerjaan : Tidak bekerja
Suku : Jawa
Tgl Pengkajian : 14-03-2022

b. Riwayat Penyakit

1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan sering pusing dan sakit kepala, dan sakit di bagian tengkuk leher dan terasa nyeri.

2) Riwayat Penyakit Sekarang :

Pasien mengatakan sakit kepala dan merasa mual dan muntah, ± 3 hari yang lalu jatuh dari tangga rmh saat hendak turun karena klien merasakan berat di kepalanya, klien mengatakan mual tetapi muntah, badan klien terlihat lemas tekanan darah klien 190/80 mmHg.

3) Riwayat Penyakit Dahulu :

Klien mempunyai penyakit Hipertensi dari dulu hingga sekarang

4) Riwayat Penyakit Keluarga :

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit.

c. Hasil Pengkajian

1) Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Tabel 4.1 Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Jenis	Keterangan
Merokok	Sebelumnya klien adalah perokok aktif, selama 2 tahun terakhir klien sudah berhenti merokok.
Alkohol	Klien tidak minum alkohol
Obat-Obatan	Klien hanya mengkonsumsi obat pada saat tekanan tinggi.
Alergi	Klien tidak memiliki alergi
Harapan Klien	Klien tidak memiliki alergi obat dan makanan/minuman.
Pengetahuan tentang penyakit	Klien mengatakan tidak mengetahui tentang penyebab dari penyakitnya.

2) Pola nutrisi/metabolic

BB : 73 kg

TB : 160 cm

IMT = 28,5

3) Pola Eliminasi

Klien sering buang air kecil, dengan warna urine normal dan konsistensi 1-2x sehari.

4) Pola aktivitas dan latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/ minum	0				
Mandi	0				
Toileting	0				
Berpakaian	0				
Mobilitas di tempat tidur	0				
Berpindah	0				
Ambulasi / ROM	0				

Keterangan :

0 = Mandiri

1 = Alat bantu

2 = Dibantu orang lain

3 = Dibantu orang lain dan di bantu alat

4= Tergantung total

5) Pola perseptual

- a) Penglihatan : Kurang jelas, sehingga di bantu dengan kacamata
- b) Pendengaran : Klien mengalami gangguan pendengaran
- c) Pengecapan : Klien tidak mengalami fungsi perasa
- d) Penciuman : Klien tidak mengalami gangguan penciuman
- e) Sensasi : Tidak ada masalah

6) Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit : Klien mengatakan sebelum sakit jam tidurnya normal.

Selama klien sakit : Klien mengatakan tidak dapat tidur nyenyak, dan kesulitan tidur

7) Pola persepsi kognitif :

a) Keadaan Mental

Klien tampak tenang, namun kadang mengeluh ingin marah.

b) Berbicara

Klien berbicara dengan lancar dan jelas.

c) Kemampuan Memahami

Klien mengalami kesulitan dalam berbahasa indonesia (Bahasa keseharian yang di gunakan bahasa jawa).

d) Ansietas

Klien tidak mengalami cemas.

8) Pola persepsi konsep diri

- a) Body image : Klien merasa terganggu dalam aktifitas karena merasa lemas

- b) Ideal diri : Klien lebih menurut pada keluarganya
- c) Harga diri : Klien menghargai dirinya dan selalu mempunyai harapan terhadap hidupnya.
- d) Peran : Klien ingin cepat sembuh
- e) Identifikasi diri : Klien mengenali siapa dirinya.

9) Pola peran dan hubungan :

Keluarga klien memberikan dukungan penuh atas kesembuhan klien.
Dan klien selalu berinteraksi dengan orang sekitar.

10) Pola seksual dan reproduksi :

Tidak di kaji

11) Pola coping dan toleransi stress :

Klien terkadang memiliki keinginan mau untuk marah, klien mengontrol nya dengan berlatih berjalan.

12) Pola nilai dan kepercayaan :

Klien memeluk agama islam, dan klien mengatakan penyakit ini adalah salah satu dari ujian.

d. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum : Baik
- 2) TTV : TD : 180/90 mmHg, N : 70x/mnt, S : 36.0°C, RR : 20x/mnt
- 3) Kesadaran : Compos Mentis
- 4) Kepala : Berbentuk bulat, rambut tipis dan beruban, penyebaran rambut merata tidak ada ketombe.
- 5) Mata : Mata lengkap, simetris kanan kiri, kinjungtiva anemis.

- 6) Telinga : Bentuk telinga sedang, simetris kanan kiri, Lubang telinga terdapat secret, pendengaran kurang jelas
- 7) Hidung :Lubang hidung bersih, tidak ada secret, tulang hidung dan septum nasi tidak ada pembengkakan.
- 8) Mulut : Keadaan mukosa bibir kering dan pucat. Tonsil ukuran normal.
- 9) Leher : Kelenjar getah bening teraba, tiroid teraba, posisi trakea letak di tengah tidak ada kelainan.
- 10) Dada :
 - a) Paru-paru :
 - Inpeksi : Terdapat sesak nafas, batuk,dan secret
 - Palpasi : Bentuk dada simetris.
 - Perkusi : Sonor
 - Auskultasi : Suara nafas.
 - b) Jantung :
 - Inspeksi : CRT <2 detik, tidak ada sianosis.
 - Palpasi : Iktus kordis teraba hangat.
 - Perkusi : Basic jantung berada di ICS II dari lateral ke media linea, tidak melebar
 - Auskultasi: Bunyi jantung normal tidak ada kelainan.
 - c) Abdomen :
 - Inpeksi : Bentuk abdomen bulat dan datar, benjolan/masa tidak ada di perut.

Palpasi : Tegang

Perkusi : Tidak ada nyeri tekan.

Auskultasi : Peristaltic

11) Kulit turgor :

<2dtk

12) Genetalia :

Tidak di kaji

13) Ekstremitas :

Ekstremitas kanan kekuatan otot :	5	5
Ekstremitas kiri kekuatan otot :	5	5

14) Hasil pemeriksaan laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan
GDS	120	<200	mg/Dl

2. Analisa Data

NO	DATA FOKUS	Etiologi	Problem
1.	DS : P: adanya tekanan darah tinggi Q : Seperti di tusuk dandi tekan R : Kepala bagian belakang, leher, dan tengkuk S : Nyeri berada di skala 3 T : hilang timbul DO : TD: 180/90 mmHg, N : 70x/mnt , RR : 20x/mnt, T : 36,0°C	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut
2.	DS : Klien mengatakan kepalanya merasa pusing, sakit di bagian belakang tengkuk. DO : Klien tampak lemas, dan hanya berbaring saja	Hipertensi	Resiko Perfusi Serebral tidak efektif
3.	DS : Klien mengatakan nyeri dada	Penurunan frekuensi jantung	Risiko penurunan curah jantung

	DO : Pasien mengatakan nyeri dada, dan pola tidur tidak teratur		
4.	DS : Klien mengatakan setiap melakukan aktivitas napas terasa cepat DO : Klien terlihat tegang	Imobilitas	Intoleransi Aktifitas

3. Diagnosa Keperawatan :


- a. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik
- b. Resiko Perfusi Serebral tidak efektif b.d Hipertensi
- c. Risiko penurunan curah jantung b.d penurunan frekuensi jantung
- d. Intoleransi Aktifitas b.d Imobilitas




4. Intervensi Keperawatan








NO	DIAGNOSA KEP	TUJUAN	INTERVENSI
1.	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)	Tingkat Nyeri (L.06054) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam di harapkan masalah nyeri dapat teatasi dengan ekpek tasi menurun dengan kriteria hasil : 1. Fungsi kognitif 1 (Menurun) 2. Tingkat kesadaran 1 (Menurun) 3. Aktivitas psikomotorik 1 (Menurun)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : 1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 1.2 Mengidentifikasi skala nyeri 1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 1.4 Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik : 1.5 Memberikan teknik nonfarmakologis. Edukasi : 1.6 Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi : 1.7 Kolaborasi pemberian analgetik.
2.	Resiko Perfusi serebral tidak efektif b.d Hipertensi (D.0017)	Perfusi Serebral (L.02014) Klien tidak gelisah Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan risiko perfusi serebral tidak terjadi dengan Ekspektasi Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat Kesadaran 5(Meningkat) 2. Tekanan intrakranial 1(Meningkat)	Edukasi Prosedur Tindakan (I.12442) Observasi : 2.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik : 2.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan







		3. Sakit kepala 1(Meningkat) 4. Gelisah 1(Meningkat) 5. Demam 1(Meningkat)	Edukasi : 2.4 Jelaskan perlunya tindakan dilakukan 2.5 Jelaskan langkah-langkah tindakan yang akan dilakukan 2.6 Jelaskan persiapan pasien sebelum tindakan dilakukan 2.7 Informasikan durasi tindakan dilakukan
3.	Risiko penurunan curah jantung b.d penurunan frekuensi jantung (D.0011)	Curah Jantung (L.02008) Setelah dilakukan tindakan 1x24 jam diharapkan curah jantung dapat teratasi dengan Ekspektasi Meningkatkan dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi 5(Meningkat) 2. Ejection fraction 5(Meningkat)	Perawatan jantung (I.02075) Observasi : 3.1 Memonitor tekanan darah 3.2 Monitor keluhan nyeri dada Terapeutik : 3.3 Memposisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman Edukasi : 3.4 Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi 3.5 Anjurkan berhenti merokok
4.	Intoleransi Aktifitas b.d Imobilitas (D.0056)	Toleransi Aktifitas (L.03032) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam di harapkan Intoleransi Aktifitas dapat teratasi dengan Ekspektasi Meningkatkan klien teratasi dengan kriteria hasil : 1. Frekuensi nadi 5(Meningkat) 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari 5(Meningkat) 3. Kekuatan tubuh bagian atas 5(Meningkat) 4. Kekuatan tubuh bagian bawa 5(Meningkat)	Manajemen Energi (I.05178) Observasi : 4.1 Memonitor kelelahan fisik dan emosional 4.2 Memonitor pola dan jam tidur Terapeutik : 4.3 Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 4.4 Anjurkan tirah baring 4.5 Lakukan gerak rentang pasif









5. Implementasi Keperawatan








Tanggal /jam	No DX	Imple mentasi	Respon	TTD
14/03/2022 10:00	Nyeri Akut	1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.	DS : Pasien mengatakan sakit di belakang tengkuk, dan terasa nyeri DO : Klien hanya berbaring dan tampak lemas	
10:15				






10:20	1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	DS : Klien mengatakan nyeri kepala di bagian tengkuk DO : Klien mengatakan nyeri dari 1-10 mengatakan nyeri berada di skala 5	
10:25	1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	DS : Klien mengatakan sakit di bagian leher belakang DO : Klien terlihat selalu memegang bagian belakang kepala	
10:30	1.4 Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	DS : Klien mengatakan ketika darahnya tinggi klien merasakan nyeri di kepala bagian tengkuk DO : Klien mengatakan saat setelah minum obat nyeri terasa berkuang	
10:35	1.5 Memberikan tehnik nonfarmakologis	DS: Klien mengatakan saat tekanan ya nak klien meminum obat.	
10:40	1.6 Jelaskan strategi meredakan nyeri	DS : Klien mengatakan nyeri di bagian kepala DO : Menganjurkan klien untuk melakukan relaksasi nafas dalam saat nyeri nya muncul	
	1.7 Kolaborasi pemberian analgetik	DO : Menganjurkan klien untuk rutin minum obat	
	2.1 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	DO: Klien bersedia untuk menerima informasi terapi	

	Resiko perfusi serebral tidak efektif	<p>2.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>2.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan</p> <p>2.4 Jelaskan perlunya tindakan dilakukan</p> <p>2.5 Jelaskan langkah-langkah tindakan yang akan di lakukan</p> <p>2.6 Jelaskan persiapan pasien sebelum tindakan dilakukan</p> <p>2.7 Informasikan durasi tindakan dilakukan</p> <p>3.1 Memonitor tekanan darah</p> <p>3.2 Memonitor keluhan nyeri dada</p> <p>3.3 Memposisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman</p>	<p>DO : Menyediakan leaflet untuk klien</p> <p>DS : Klien mengatakan siap untuk melakukan pendidikan kesehatan</p> <p>DO : Mengontrak klien di jam 10 penkes</p> <p>DO : Menjelaskan klien tentang manfaat tindakan Relaksasi pijat kepa kepada klien untuk menurunkan tekanan darah dan mengurangi rasa nyeri</p> <p>DO :Menjelaskan langkah-langkah tindakan terapi</p> <p>DS : Klien mengatakan siap untuk untuk melakukan terapi</p> <p>DO : Klien mengatakan waktu di lakukan tindakan selama 10-15 menit.</p> <p>DO : Klien tampak lemas dan mengeluh nyeri dada TD 180/90 mmHg</p> <p>DS : Klien mengatakan nyeri di bagian dada</p> <p>DO : Memposisikan klien semi fowler agar nyeri dada nya terasa berkurang</p> <p>DS : Klien mengatakan sering</p>	      
--	---------------------------------------	---	---	--

	Risiko penurunan curah jantung	<p>3.4 Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi</p> <p>3.5 Anjurkan berhenti merokok</p> <p>4.1 Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>4.2 Memonitor pola dan jam tidur</p> <p>4.3 Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</p> <p>4.4 Anjurkan tirah baring</p> <p>4.5 Lakukan gerak rentang pasif</p>	<p>melakukan jalan santai saat pagi</p> <p>DS: Klien mengatakan sudah berhenti merokok sejak 2 tahun yang lalu</p> <p>DS : Klien mengatakan nafasnya terasa berat saat melakukan aktivitas terlalu berat</p> <p>DS : Klien mengatakan tidak bisa tidur</p> <p>DO : Menganjurkan ke keluarga klien untuk menyediakan lingkungan yang segar</p> <p>DO : Menganjurkan klien untuk melakukan baring</p> <p>DS : Klien mengatakan sering melakukan jln santai</p>	   
15/03/2022 10:00	Nyeri Akut	1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.	DS : Klien mengatakan masih terasa nyeri di bagian kepala	
10:15	Nyeri Akut	1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	DS : Klien mengatakan rasa nyeri nya berada di skala 4	
		1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	DS : Klien mengatakan nyeri	

10:20			nya dah terasa berkurang DO : Klien tampak tidak memegang bagian belakang kepala	
10:25	Risiko perfusi serebral tidak efektif	1.7 Kolaborasi pemberian analgetik	DS : Klien mengatakan rutin meminum obat DO: Klien meminum obat 3x1 sesudah makan	
		2.1 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	DS : Klien mengatakan siap unuk melakukan terapi relaksasi pijat kepala	
		2.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan	DS : Klien mengatakan sudah mengerti yang di ajakan perawat pada hari pertama	
10:30	Risiko penurunan curah jantung	2.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan	DO : Mengontrak klien unuk melakukan terapi selama 10-15 menit	
10:35	Risiko penurunan curah jantung	3.1 Memonitor tekanan darah	DO: Klien terlihat lebih segar TD 170/90	
		3.2 Memonitor keluhan nyeri dada	DS : Klien mengatakan nyeri dada nya berkurang	
10:40	Intoleransi Aktivitas	3.4 Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi	DS : Klien mengatakan rutin melakukan jalan santai setiap pagi	
		4.1 Memonitor kelelahan fisik dan emosional	DS : Klien mengatakan nafas nya sudah tidak terlalu berat lagi	
		4.2 Memonitor pola dan jam tidur		





		<p>4.3 Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</p> <p>4.4 Anjurkan tirah baring</p> <p>4.5 Lakukan gerak rentang pasif</p>	<p>DS : Klien mengatakan tidurnya sudah nyenyak</p> <p>DO: Keluarga klien terlihat menjaga lingkungan sekitar klien agar klien nyaman</p> <p>DO : Klien terlihat berbaring di atas kasur</p> <p>DS : Klien mengatakan sering berolahraga setiap pagi</p>	    
16/03/2022	Nyeri Akut	1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.	DS : Klien mengatakan rasa berat di tengkuk dan kepala sudah hilang dan semalam sudah dapat tidur nyenyak. DO : Klien tampak lebih segar	
10:15	Nyeri Akut	1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	DS : Klien mengatakan nyeri tengkuk sudah berkurang.. DO : TD : 150/80 mmHg ,N: 68x/mnt, RR : 17x/mnt ,S : 36°c	
10:20	Nyeri Akut	1.6 Jelaskan strategi meredakan nyeri	DS : Klien mengatakan paham	




10:25	Risiko perfusi serebral tidak efektif	2.1 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	tentang perawat menjelaskan meredakan nyeri DO : Pasien dapat menjawab beberapa pertanyaan yang di ajukan perawat sesuai informasi yang elah di sampaikan.	
10:30	Risiko peurunan curah jantung	3.1 Memonitor tekanan darah	DS : Klien mengatakan hari ini adalah jadwal terapi	
10:35	Risiko penurunan curah jantung	3.2 Memonitor keluhan nyeri dada	DS : Klien mengatakan tidak terasa nyeri tengkuk DO : TD: 150x/mnt, N:68x/mnt,S: 36,0°C, RR : 20x/mnt	
10:40	Intoleransi Aktivit	4.3 Memonitor pola dan jam	DS : Klien mengatakan nyeri dada sudah lebih baik dari sebelumnya DS : Klien mengatakan jam tidurnya kembali normal DO : Klien sudah mulai membaik	 





6. Evaluasi Keperawatan

Nama : Tn. M

Umur : 78 Thn

Tanggal/jam	No DX	Evaluasi	TTD
14/03/2022 10:00	I	<p>S : Klien mengatakan nyeri tengkuk dan sakit kepala O : Klien tampak lemas TD : 180/90 mmHg P: Adanya nyeri tekanan darah tinggi Q: Seperti di tusuk-tusuk R: Kepala bagian belakang, leher, dan tengkuk S: Nyeri berada di skala 3 T: Hilang timbul A : Masalah risiko perfusi serebral tidak terjadi P : Lanjutkan intervensi 1.1, 1.2, 1.3, 1.7</p>	
10:15	II	<p>S : Klien mengatakan ingin melakukan terapi Refleksi pijat kepala O : Klien terlihat meringis dan klien terlihat tegang A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>	
10:20	III	<p>S : Pasien mengatakan nyeri dada, dan nafas terasa berat O : Pasien tampak lemas TD : 180/80 mmHg, N : 74x/mnt, RR : 20x/mnt, S : 36.0°C A : Risiko penurunan curah jantung belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>	
10:25	IV	<p>S : Klien mengatakan saat melakukan aktifitas klien mudah lelah, dan nafas terasa berat O : Klien terlihat tidak tenang, dan bernafas sangat cepat RR: 25x/mnt A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>	

15/03/2022 10:00	I	<p>S : Klien mengatakan rasa berat di tengkuk dan kepala sudah hilang dan semalam sudah dapat tidur dengan nyaman</p> <p>O : Klien tampak lemas</p> <p>P : Adanya tekanan darah tinggi</p> <p>Q : Seperti ditusuk</p> <p>R : Kepala bagian belakang dan tengkuk</p> <p>S : Skala nyeri 2</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>TD : 170/90 mmHg, N : 74x/mnt, RR : 20x/mnt, S : 36.0°C</p> <p>A : Nyeri Akut tidak teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
10:15	II	<p>S : Klien mengatakan nafasnya sudah tidak berat lagi</p> <p>O: Klien tampak lebih segar</p> <p>A : Masalah Risiko perfusi serebral teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
10:20	III	<p>S : Klien mengatakan nyeri dadanya mulai berkurang</p> <p>O : Klien tampak membaik TD : 170/90 mmHg, N : 74x/mnt, RR : 20x/mnHg, S : 36.0°C</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
10:25	IV	<p>S : Klien mengatakan mulai beraktifitas sedikit-sedikit, sesak nafasnya sudah mulai berkurang</p> <p>O : Klien dapat melakukan aktifitas walaupun hanya sebentar dan tidak terlalu berat</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	

			
16/03/2022 10:00	I	<p>S : Klien mengatakan nyeri kepala nya berkurang</p> <p>O : Kondisi klie tampak lebih membik dari sebelumnya TD : 150/80 mmHg</p> <p>A : Masalah Nyeri Akut sudah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	
10:15	II	<p>S: Klien mengatakan rasa berat di tengkuk dan kepala sudah hilang</p> <p>O : -Klien sudah dapat duduk dan terlihat lebih segar TD : 150/80mmHg, N : 68x/mnt, RR : 17x/mnt, S : 36°C</p> <p>A : Masalah Resiko perfusi serebral tidak efektif sudah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	
10:20	III	<p>S : Klien mengatakan nyeri dada sudah tidak terasa</p> <p>O : Klien terlihat segar dan bisa beraktivitas lagi TD : 150/80mmHg, N : 68x/mnt, RR : 17x/mnt, S : 36°C</p> <p>A : Masalah sudah teratasi</p> <p>P : Intervensi di hentikan</p>	
10:25	IV	<p>S : Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktifitas sendiri, dan setia pagi melakukan olah raga jalan santai.</p> <p>O : Klien sudah terlihat membaik dari sebelumnya</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi di hentikan.</p>	

			
--	--	--	---

B. Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi di Desa Panca Jaya, Kecamatan Muara Kaman, Rt.06, Sp4 Muara kaman, Kabupaten Kutai kartanegara, yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi, pendekatan tersebut memenuhi kebutuhan klien yang meliputi bio, psiko, sosial, spiritual dalam upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

1. Pengkajian

Data yang di kumpulkan dari Tn.M meliputi identitas, riwayat kesehatan, riwayat tempat tinggal, kebiasaan yang mempengaruhi pemeriksaan fisik, pengkajian status fungsional. Data yang di peroleh di kumpulkan menjadi masalah keperawatan. Pengumpulan data tersebut meliputi pengumpulan data subjektif dan data objektif klien. Pada pengkajian klien adalah seorang Laki-laki bernama Tn.M usia 78 Tahun. Jenis kelamin Laki-laki, agama islam, status perkawinan cerai mati, suku jawa, alamat Desa Panca Jaya, Kecamatan Muara Kaman, Rt.06, Sp4 Muara Kaman, Kabupaten kutai kartanegara, klien tidak bekerja, untuk lingkungan tempat tinggal klien bersih dan rapi.

Pengkajian di lakukan pada hari Senin, 14-03-2022 pada klien dengan diagnosa medis hipertensi di dapatkan 180/90 mmHg, N: 70x/mnt, S: 36,0°C, RR: 20x/mnt, di temukan identitas klien dengan nama Tn.M , umur 78 tahun, beragama islam, jenis kelamin laki-laki, Hipertensi adalah tekanan darah sistolik lebih besar atau sama dengan 150 mmHg - 180 mmHg, yang biasanya meningkatkan tekanan darah diastolik, sedangkan tekanan darah diastolik lebih besar dari atau sama dengan 90 mmHg - 120 mmHg (Manurung, 2018). Sesuai dengan materi diatas bahwa keadaan tekanan darah Tn.S tinggi dari batas normal tekanan darah.

Keluhan utama pada Tn.M adalah nyeri kepala dan nyeri di tengkuk karena tekanan darah Tn.M tinggi dari batas normal. Hipertensi sendiri menyebabkan nyeri pada kepala karena kerusakan pada vaskuler pembuluh darah maka terjadinya perubahan struktur yang menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah dengan ini menyebabkan terjadinya penyempitan pada pembuluh darah maka terjadi gangguan sirkulasi ke otak sehingga terjadi hambatan pembuluh darah otak meningkat.

Pengkajian selanjutnya juga di dapatkan klien tidak dapat melakukan aktivitas terlalu berat, sehingga klien mudah kelelahan dan nafas terasa cepat.

Pengkajian selanjutnya persepsi dan pemeliharaan klien tidak merokok sejak 2 tahun terakhir, klien tidak meminum alkohol, klien hanya mengkonsumsi obat pada saat tekanan nya tinggi, klien tidak memiliki alergi obat, minuman dan juga makanan, klien hanya ingin harapan agar cepat sembuh.

Hasil pengkajian pada pola nutrisi klien terdapat BB 73 kg,

TB 160cm, IMT = $28,5 \text{ kg/m}^2$, klien makan 3x sehari nafsu makan klien baik, klien meminum air putih botol aqua tanggung 650 mL dalam sehari. Pola eliminasi klien sering buang air kecil dengan warna urine normal dan konsistensi BAB 1-2x sehari.

Hasil pengkajian Pola aktivitas terdapat klien untuk makan dan minum klien bisa secara mandiri, mandi mandiri, toileting mandiri, berpakaian dibantu dengan istri, mobilisasi ditempat tidur mandiri, berpindah tempat mandiri dan rentang gerak klien dibantu dengan tongkat untuk berjalan.

Hasil pola perseptual klien penglihatan klien kurang jelas sehingga harus menggunakan kacamata, pendengaran klien kurang jelas, klien tidak mengalami fungsi perasa, klien tidak mengalami gangguan penciuman.

Hasil pengkajian pada pola tidur dan istirahat terkadang klien merasakan lelah saat berjalan sehingga klien lebih memilih untuk cepat beristirahat, pada saat kepala klien nyeri akibat tekanan darah tinggi klien mengalami kesulitan tidur.

Pada pengkajian pemeriksaan fisik hasil pengkajian yang di temukan oleh peneliti yaitu, keadaan umum klien baik, pemeriksaan tanda-tanda vital klien terdapat tekanan darah 180/90mmHg, nadi 70x/menit, suhu $36,7^{\circ}\text{C}$, pernafasan 20x/menit dan kesadaran klien compos mentis.

Pada pemeriksaan kepala warna rambut klien putih beruban, tidak berketombe, rambut halus dan tidak merata, bentuk kepala simetris. Pada mata klien konjungtiva anemis, palpebral tidak ada edema, sclera agak putih keruh dan reflek pupil bagus. Pada pemeriksaan telinga, telinga klien simetris kanan dan kiri tidak ada kelainan bentuk dan fungsi pendengaran masih baik. Pemeriksaan hidung terdapat tidak ada secret dan tidak ada gangguan pada sistem penciuman. Pemeriksaan mulut mukosa lembab, tonsil berada ditengah dan tidak ada pembengkakan dan pemeriksaan leher tidak ada pembesaran pada kelenjar tyroid dan kelenjar getah bening.

Pada pemeriksaan dada meliputi paru-paru, jantung dan juga abdomen tidak terdapat kelainan dan keadaan klien normal, turgor kulit dengan keadaan keriput CRT ≥ 2 detik. Ekstremitas (kekuatan otot) kekuatan otot dan tangan kiri dan kaki kiri klien masih normal.

Peneliti menyesuaikan kondisi yang terdapat dilapangan yang sesuai dengan masalah atau status kesehatan klien yang aktual dan kemungkinan akan terjadi yang disesuaikan dengan kesenjangan data yang didapatkan oleh peneliti pada saat dilapangan mengenai status dan kondisi yang dialami oleh klien.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan ataupun proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung secara aktual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Pada studi kasus ini didapatkan beberapa diagnosa yang diangkat diantaranya yaitu:

a. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis.

Munculnya masalah keperawatan tersebut ditentukan berdasarkan SDKI yang dimana penyebab utamanya adalah disaat tekanan darahnya naik (hipertensi). Menurut peneliti masalah tersebut muncul karena tanda mayor yang didapatkan menunjukkan klien mengeluh sakit kepala disertai rasa berat ditengkuk pada saat tekanannya naik.

b. Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d Hipertensi.

Munculnya masalah keperawatan tersebut ditentukan berdasarkan SDKI yang dimana penyebab utamanya adalah penurunan sirkulasi darah ke otak . Menurut peneliti masalah tersebut muncul karena tanda mayor yang didapatkan menunjukkan sehingga peneliti menyatakan data ini di dukung dengan data subjektif, Tn.M mengatakan kepalanya merasa pusing, sakit di bagian belakang tengkuk. Sedangkan data objektif : Tn.M tampak lemas, dan hanya berbaring saja. Dimana pada kondisi ini ketika aliran tekanan darah yang tidak terkendali akan menyebabkan pembuluh darah menjadi tipis dan mengembang serta dapat menyebabkan adanya pembekuan darah yang nantinya bila tidak dikontrol akan menyebabkan penurunan sirkulasi darah ke otak.

c. Risiko penurunan curah jantung b.d frekuensi jantung.

Munculnya permasalahan tersebut ditentukan dari SDKI yang data ini didukung dengan data subjektifnya : Tn.M mengatakan nyeri didada.

Sedangkan didata objektif nya : Klien memaparkan ada nyeri kepalanya dan ditengkuk serta dikaki terasa sangat lemah. Pada dipengkajian ditemukannya TD : 180/90 mmHg, Nadi : 70 x/mnt, klien mengeluh nyeri dikepalanya dan pusing, tengkuknya juga terasa sakit, dikaki ada rasa tebal dan juga lemah. Peningkatan didarah sistemiknya menjadikan resistensi terhadap dipemompaan darahnya dari ventrikel kirinya, sehingga beban kerja jantung bertambah. Sebagai akibatnya, terjadinya hipertrofi di ventrikel agar kontraksi kuat. Kebutuhan dinutrien dan oksigennya menjadi bertambah pada miokardiumnya terjadi karena hipertrofi di ventrikel dan dipeningkatan beban kerja jantungnya.

d. Intoleransi Aktifitas b.d Imobilitas.

Hal ini timbul karena adanya dipeningkatan daya pompa jantungnya akan dipengaruhi darahnya yang masuk kedalam paru - parunya melalui diarteri pulmonalisnya. Sehingga menyebabkan pertukaran dioksigen dan karbondioksida akan terganggu. Yang akan akibatnya dikandung oksigennya didalam darahnya menjadi kurang. Sehingga O₂ tidak terpenuhi, ditambah lagi jantung memerlukan banyak oksigennya agar bisa melakukan kontraksi semaksimal mungkin. Hingga pada pasiennya yang hipertensi terjadi intoleran terhadap aktivitasnya oleh karena suplaynya dengan dikebutuhan yang tidak seimbang yang mengakibatkan kliennya merasa cepat capek.

3. Perencanaan/ Intervensi

Pada studi kasus ini terdapat intervensi yang di berikan kepada Tn.M antara

lain :

a. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera fisiologis.

Pada diagnosa ini intervensi yang di lakukan adalah manajemen nyeri dengan tindakan yang di berikan yaitu dengan, 1.1 mengobservasi indentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, 1.2 indentifikasi skala nyeri, 1.7 jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

Intervensi ini berfokus pada masalah mengurangi nyeri dengan cara melakukan relaksasi nafas dalam yang dapat menurunkan rasa nyeri yang dirasakan klien.

b. Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d Hipertensi.

Pada diagnosa ini intervensi yang dilakukan adalah manajemen peningkatan intrakranial dengan tindakan yang di berikan yaitu dengan 2.3 memonitor status penapasan, 2.4 meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, terjadinya risiko perfusi serebral tidak efektif pada klien hipertensi disebabkan oleh tekanan darah yang tinggi yang mengakibatkan peningkatan resistensi terhadap pemompaan darah ventrikel maka terjadi peningkatan beban kerja jantung yang ditakutkan dapat terjadi kerusakan vaskuler.

Salah satu cara yang harus dilakukan untuk mengatasi risiko perfusi serebral tidak efektif dengan memonitor tekanan darah klien secara rutin serta memonitor sirkulasi perifer, dimana diharapkan kedepannya dapat

dengan mudah mengidentifikasi jika terjadi penurunan perfusi serebral yang ditandai dengan adanya penurunan kesadaran yang signifikan.

c. Risiko penurunan curah jantung b.d frekuensi jantung.

Pada diagnosa ini intervensi yang dilakukan adalah perawatan jantung dengan tindakan yang diberikan yaitu dengan 3.3 memonitor tekanan darah, 3.4 memonitor tekanan nyer, 3.5 memposisikan pasien semi fowler atau fowler dngan kaki ke bawah atau posisi nyaman, 3.8 anjurkan berhenti merokok.

Rencana tindakan keperawatan untuk mencegah tidak terjadinya penurunan curah jantung, adapun rencana tindakan yang disusun adalah monitor tanda-tanda vital untuk mengetahui perubahan yang terjadi, auskultasi irama jantung dan suara nafas untuk mengetahui adanya hipertropi ventrikel, observasi warna kulit, kelembaban dan suhu untuk mengetahui vasokontriksi dan perubahan pola jantung, batasi aktivitas klien untuk menurunkan stress dan ketegangan yang mempengaruhi tekanan darah, berikan lingkungan yang tenang dan nyaman untuk meningkatkan relaksasi klien dan menurunkan ketegangan, kolaborasi pemberian obat.

d. Intoleransi Aktifitas b.d Imobilitas.

Pada diagnosa ini intervensi yang dilakukan adalah manajemen energi dengan tindakan yang di berikan yaitu , 4.2 memonitor kelelahan fisik dan emosional, 4.3 memonitor pola dan jam tidur, 4.4 sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, 4.6 lakukan gerak rentang pasif.

Rencana tindakan keperawatan agar kemampuan klien dalam beraktivitas secara mandiri meningkat, adapun rencana tindakan yang disusun adalah kaji kemampuan klien dalam beraktivitas bertujuan untuk mengetahui respon fisiologis terhadap aktivitas. Anjurkan teknik menyimpan tenaga bertujuan untuk mengurangi penggunaan energi yang berlebihan. Beri bantuan sesuai kebutuhan bertujuan mencegah peningkatan kerja jantung. Dekatkan barang-barang yang dibutuhkan klien bertujuan memudahkan jangkauan dan mobilisasi. Anjurkan keluarga atau orang terdekat membantu pemenuhan kebutuhan klien bertujuan mengurangi penggunaan tenaga berlebihan.

4. Implementasi

Pada hari pertama dilakukan tindakan yang dimana peneliti memonitor tanda-tanda vital klien seperti keluhan yang di rasakan, tekanan darah, suhu, nadi, dan pernafasan klien, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memonitor status pernapasan, memonitor tekanan darah, memposisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman, memonitor kelelahan fisik dan emosional, sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus.

Pada hari kedua dilakukan tindakan yang dimana peniliti memonitor tanda-tanda vital klien seperti keluhan yang di rasakan , tekanan darah, suhu, nadi, dan pernafasan klien, mengidentifikasi skala nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, memonitor status pernapasan, menimbulkan stimulus

dengan menyediakan lingkungan yang tenang, memonitor tekanan darah, memonitor tekanan nyeri, memonitor pola jam tidur, lakukan gerak rentang pasif.

Pada hari kedua dilakukan tindakan yang dimana peneliti memonitor tanda-tanda vital klien seperti keluhan yang di rasakan, tekanan darah, suhu, nadi, dan pernafasan klien, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, memonitor status pernapasan, memonitor tekanan darah, anjurkan berhenti merokok, memonitor kelelahan fisik dan emosional, memonitor pola dan jam tidur.

5. Evaluasi

Hasil evaluasi yang di dapatkan pada diagnosa Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis pada hari pertama masalah tingkat nyeri belum teratasi, hal tersebut di tujukan dengan klien ngeluh nyeri kepala dan tengkuk belakang dengan nyeri skala 3, maka peneliti dapat melanjutkan intervensi dengan mengidentifikasi skala nyeri, dan melakukan terapi nonfarmakologi (teknik relaksasi nafas dalam) untuk menurunkan rasa nyeri klien, Pada hari kedua masalah tingkat nyeri teratasi sebagian hal tersebut di tunjukkan dengan berkurangnya sebagian keluhan klien pada hari kedua tidak merasakan sakit seperti dihari pertama skala nyeri berkurang dari 4 ke 2. Pada hari ketiga intervensi manajemen nyeri tidak dilanjutkan.

Hasil evaluasi yang di dapatkan pada diagnosa Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d Hipertensi pada hari pertama klien mengatakan rasa tidak

nyaman di leher dan di tengkuk maka peneliti dapat melanjutkan intervensi dengan memonitor status pernapasan dengan menyediakan lingkungan yang tenang, dan menganjurkan untuk tidak beraktivitas yang terlalu berat. Pada hari ke dua masalah status pernapasan teratasi sebagian di tunjukkan dengan keluhan klien mengatakan nyeri di kepala nya berkurang dan nafas nya tidak terlalu berat. Maka peneliti dapat melanjutkan intervensi memonitor pola dan jam tidur pada hari ketiga masalah pola tidur klien mengatakan sudah dapat tidur nyenyak jika masalah sudah teratasi maka intervensi di hentikan.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada diagnosa Risiko oenurunan curah jantung b.d frekuensi jantung pada hari pertama masalah perfusi serebral belum teratasi hal tersebut ditunjukkan dengan mengeluh sakit kepala dan tengkuk pemeriksaan ditekanan darah 180/90mmHg diatas batas normal, maka peneliti dapat melanjutkan intervensinya dengan memonitor tekanan darah, mengatur diinternal pemantauan sesuai dengan kondisi klien, Hari kedua masalah perfusi serebral teratasi sebagian hal tersebut ditunjukkan dengan klien tidak mengeluh sakit kepala lagi dan tengkuk sudah tidak berat lagi namun tekanan darah klien masih diatas batas normal yaitu 160/80 mmHg, maka intervensi dapat dilanjutkan dengan memonitor tekanan darah klien, memonitor ditanda-tanda vital, Hari ketiga masalah penurunan curah jantung, intervensi dihentikan.

Hasil dievaluasi yang di dapatkan pada diagnosa Intoleransi Aktifitas b.d imobilitas klien mengatakan saat melakukan aktivitas klien mudah lelah dan nafas terasa berat, hari pertama masalah di tunjukkan dengan nafas klien

yang berat dengan itu klien tidak dapat tidur nyenyak, klien mengalami gangguan tidur saat kepalanya nyeri dan sesaat melakukan aktivitas berat, maka intervensinya dapat di lanjutkan dengan melibatkan keluarga untuk membantu klien. Hari kedua masalah teratasi sebagian klien sudah dapat melakukan aktivitas mandiri dan tidak melibatkan keluarga, maka intervensi di lanjutkan memonitor pola dan jam tidur klien mengatakan tidurnya sudah nyenyak. Hari ketiga kelelahan fisik dan emosional sudah teratasi dan pola tidur juga sudah teratasi.