

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini, penulis membahas tentang kesenjangan teori tentang hipertensi dengan fakta yang ada di dalam kasus asuhan keperawatan gerontik pada klien dengan hipertensi yang sudah dilaksanakan pada tanggal 10 Desember 2019 di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan yang dilakukan selama 4 hari.

A. Pengkajian

Pengkajian adalah suatu tahap awal dan yang paling mendasar dalam proses keperawatan. Pengkajian juga merupakan penentu tahap berikutnya dalam mengidentifikasi suatu masalah keperawatan (Rohmah & Walid, 2013). Pengkajian yang telah dilakukan pada kasus asuhan keperawatan gerontik pada Ny.J dengan hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo di lakukan pada tanggal 10 Desember 2019. Pada saat pengkajian keluhan utama yang dirasakan oleh klien adalah nyeri kepala. Dalam teori menurut Crowin (2000) dijelaskan bahwa keluhan utama yang dirasakan pasien dengan hipertensi adalah nyeri kepala akibat peningkatan tekanan darah intrakranial. Adapun keluhan lain yang dirasakan klien yaitu mual, muntah, lemas atau kelelahan dan pandangan kabur. Pada saat pengkajian Ny. J mengatakan sering merasakan nyeri kepala ± sudah sekitar 3 bulan dan sangat terasa saat sedang melakukan aktivitas. Klien diperiksa di pustu terdekat dan dibawa obat pereda nyeri oleh petugas kesehatan, tetapi tidak ada perubahan. Klien sudah

sekitar 5 tahun mempunyai penyakit hipertensi dan baru sekarang merasakan nyeri kepala yang sangat mengganggu. Kemudian pada pemeriksaan fisik tekanan darah terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Di dalam teori menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia (PERKI), (2019) dijelaskan bahwa nilai normal tekanan darah pada usia 65 tahun keatas adalah 150/90 mmHg sedangkan dalam kasus Ny. J berusia 77 tahun dengan tekanan darah 180/100 mmHg. Pada saat pengkajian, keadaan Ny. J tampak lemah dan kurang rileks, kesadaran compos mentis, GCS: 4-5-6, dengan BB 47 kg, TB 147. Tanda-tanda vital Ny. J, TD: 180/100 mmHg, Nadi: 101x/mwnir, RR:22x/menit, Suhu: 37.1°C.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan logis yang menggambarkan suatu respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual/potensial) dari individu maupun kelompok tempat perawat yang secara legal mengidentifikasi dan perawat juga dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan (Rohmah & Walid, 2013).

Beberapa data fokus didapatkan berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan terhadap Ny. J yang pertama, yaitu data subjektif : Ny. J mengatakan sering merasakan nyeri kepala. P= nyeri sangat dirasakan saat beraktifitas dan berkurang saat istirahat dan minum obat. Q= nyeri seperti ditusuk-tusuk. R : nyeri menyebar ke leher, S: skala nyeri 5, T: nyeri hilang timbul. Data Data objektif: Ny. J tampak kurang rileks dan kurang segar, TD : 180/100 mmHg,

N: 101x/menit, RR: 22x/menit. Dalam kasus diagnosa utama yang ditegakkan yaitu nyeri akut berhubungan dengan proses penyakit. Diagnosa tersebut diangkat karena klien mengeluhkan nyeri kepala, nyeri kepala tersebut disebabkan oleh resistensi pembuluh darah otak meningkat akibat hipertensi. Data fokus yang kedua yang diperoleh adalah dengan data subjektif : Ny. J mengatakan tidak merasa cukup dengan jumlah jam tidur, jumlah jam tidur siang:-, jumlah jam tidur malam: 2-3 jam. Data objektif: klien tampak kurang segar dan lemah, klien kurang rileks, terdapat lingkaran hitam dibawah mata dan klien sering menguap. Diagnosa kedua yang ditegakkan adalah gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontor tidur. Diagnosa tersebut diangkat karena menurut data yang sudah ada jumlah jam tidur klien kurang dari jumlah jam tidur normal yaitu 7-9 jam. Data fokus ketiga yang diperoleh adalah dengan data subjektif: Ny. J mengatakan dua minggu yang lalu terjatuh saat menyapu halaman dan hampir terpeleset saat hendak mencuci. Data objektif: klien memiliki riwayat jatuh, hasil pemeriksaat TUG: 18 detik, klien tinggal seorang diri dan klien melakukan semua aktivitasnya sendiri, klien menggunakan wc jonggkok, dan klien sering mengeluhkan nyeri kepala. Diagnosa ketiga yang ditegakkan adalah resiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan. Diagnosa tersebut diangkat karena hasil dari pemeriksaan TUG menyimpang dari normal yaitu 18 detik yang artinya beresiko untuk jatuh sedangkalan normal pemeriksaan TUG yaitu 13 detik.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pernyataan yang dijelaskan oleh Wijaya & Putri (2017) bahwa komplikasi yang terjadi pada pasien dengan hipertensi diantaranya adalah nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan

vaskuler serebral, gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri. Maka diagnosa keperawatan pertama yang penulis ambil adalah nyeri akut berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan adanya peningkatan tekanan darah. Diagnosa kedua yang penulis ambil adalah gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan kurangnya jumlah jam tidur. Diagnosa ketiga yang penulis ambil adalah resiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan ditandai dengan hasil pemeriksaan TUG 18 detik. Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, menurut Wijaya & Putri (2017) diagnosa yang muncul pada klien dengan hipertensi terdapat enam diagnosa diantaranya; nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral, risiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, resiko cedera, kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi, ansietas berhubungan dengan stresor.

C. Intervensi Keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain dalam mencegah, mengurangi atau mengatasi masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan, perencanaan ini menggambarkan sejauh mana perawat dalam menyelesaikan masalah secara afektif dan efisien (Rohmah & Walid, 2010).

Dalam perencanaan keperawatan ini menggambarkan sejauh mana perawat dalam menyelesaikan masalah keperawatan yang sudah didapatkan atau dirumuskan dari pengkajian yang sudah dilakukan pada kasus secara efektif dan efisien Somantri (2012).

Rencana tindakan keperawatan terhadap diagnosa keperawatan yang pertama tentang nyeri akut, antara lain manajemen nyeri seperti kaji nyeri secara komprehensif, observasi reaksi non verbal dan ketidaknyamanan, tentukan faktor yang dapat mempengaruhi nyeri, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan serta kebisingan, anjurkan untuk istirahat, ajarkan tehnik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri, berikan tindakan non farmakologi seperti kompres air dingin dan massase punggung, monitor skala nyeri, tanda-tanda vital, berikan penjelasan tentang penyebab nyeri dan cara mengurangi nyeri, serta berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat.

Berkaitan dengan diagnosa keperawatan kedua, yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur rencana tindakan yang dilakukan adalah kaji pola tidur klien, identifikasi penyebab gangguan tidur, ciptakan lingkungan yang tenang, bersih, nyaman dan minimalkan gangguan, hindari suara keras dan penggunaan lampu saat tidur malam, anjurkan melakukan perawatan sebelum memulai tidur misal hygiene personal, baju tidur yang bersih, gunakan alat bantu tidur misal air hangat untuk kompres, relaksasi otot atau massase punggung, anjurkan relaksasi dan distraksi, monitor jumlah tidur dan tanda-tanda vital.

Kemudian, rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa keperawatan ketiga, yaitu resiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan adalah identifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh, anjurkan klien untuk menggunakan alat bantu, anjurkan klien dan keluarga untuk tidak menaruh benda sembarangan, anjurkan klien dan keluarga untuk menjaga agar

lantai tidak basah dan licin, monitoring TUG, tanda-tanda vital, berikan edukasi untuk melakukan aktivitas yang ringan untuk mengurangi resiko jatuh, serta kolaborasi dengan keluarga untuk mengurangi resiko jatuh pada klien.

D. Implementasi Keperawatan

Dalam tahap pelaksanaan, tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah dibuat dan seluruh tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien didokumentasikan kedalam catatan keperawatan.

Dalam diagnosa yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan peningkatan tekanan darah, penulis tidak melakukan hasil kolaborasi dalam pemberian obat captopril 25 ml, B1 50 mg, asam mafenamat 500 mg karena klien sudah mengkonsumsi obat tersebut dan petugas kesehatan rutin untuk memberikan apabila obat sudah habis. Dan tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, mengobservasi reaksi non verbal, menentukan faktor yang dapat memperburuk nyeri, menganjurkan klien untuk mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, menganjurkan untuk istirahat, memonitoring skala nyeri dan ttv dan memberikan edukasi pada klien penyebab dan cara mengurangi nyeri.

Untuk diagnosa yang kedua yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan kurangnya jumlah jam tidur, penulis melakukan seluruh tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah dibuat.

Untuk diagnosa yang ketiga yaitu resiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan ditandai dengan hasil pemeriksaan TUG 18 detik, semua

rencana tindakan keperawatan dapat direalisasikan secara nyata sesuai dengan rencana tindakan keperawatan.

Faktor pendukung yang penulis dapatkan adalah klien sangat kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan dan keluarga mau bekerja sama meskipun tidak tinggal satu rumah. Tidak banyak mengalami kesulitan karena sikap kooperatif klien dan juga keluarga sehingga tindakan keperawatan dapat terlaksana dengan baik.

E. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah suatu penilaian dengan cara membandingkan hasil yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah & Walid, 2013). Evaluasi hasil yang dilakukan pada tanggal 11, 13, 18, 19 Desember 2019 menggunakan SOAP. Setelah dievaluasi dari ke 3 diagnosa keperawatan pada kasus ny. J yang ada hanya 1 diagnosa dapat tertasi sebagian yaitu Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan ditandai dengan hasil pemeriksaan TUG 18 detik. Diagnosa ini hanya teratasi sebagian karena sesuai dengan kriteria hasil yang dibuat hasil pemeriksaan $TUG \leq 13$ detik, tetapi pada pemeriksaan terakhir yang dilakukan pada klien hasilnya adalah 15 detik.

Sedangkan untuk diagnosa yang teratasi yaitu Diagnosa keperawatan pertama Nyeri akut berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan peningkatan tekanan darah. Diagnosa ini telah teratasi karena nyeri yang dirasakan klien berkurang dan klien merasa nyaman dan rileks. Dan diagnosa keperawatan kedua Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya

kontrol tidur ditandai dengan kurangnya jumlah jam tidur. Diagnosa ini telah teratasi karena jumlah pada jam tidur klien sudah bertambah dan dalam batas normal.

Faktor pendukung yang menjadikan acuan bagi penulis saat melakukan evaluasi keperawatan yaitu dengan kriteria hasil yang sudah dibuat sebelumnya sehingga dapat dijadikan pedoman dalam menentukan apakah tujuan tercapai atau belum.

