**BAB III TINJAUAN KASUS**

* 1. **Pengkajian**

1. **Identitas Pasien**
2. Identitas Pengkajian

Nama : Ny.M

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur : 50 Tahun

Status Perkawinan : Kawin

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Alamat : Jln. Setia, Marendal Pasar III

Tanggal Masuk : 17 Juni 2019

No.Register : 06-46-47

Tanggal Pengkajian : 18 Juni 2019

Diagnosa Medis : Hipertensi

1. Penanggung Jawab

Nama : Tn.D

Hubungan dengan Pasien : Suami

Pekerjaan : Buruh

Umur : 55 Tahun

Alamat : Jln. Setia, Marendal Pasar III

1. **Keluhan Utama**

Pasien datang keklinik, mengatakan kapala pusing, nyeri pada tungkai, sakit kepala disertai leher terasa tegang dan kaku dengan skala 4.

1. **Riwayat Kesehatan Sekarang**

Pasien dirawat Hipertensi di Klinik Fatimah Ali Marendal Medan dengan keluhan kepala pusing, nyeri pada ulu hati, leher dan tengkuk terasa tegang, pasien mengatakan sulit beraktivitas.

1. **Riwayat Masa Lalu**

Pasien belum pernah dirawat diklinik, pasien hanya mengalami demam biasa dirawat dan diberi obat dari warung oleh keluarga.

1. **Riwayat Kesehatan Keluarga**

Riwayat kesehatan dari keluarga bahwa penyakit hipertensi yang diderita pasien adalah faktor keturunan dari ibu karena sebelum pasien menderita hipertensi ibu pasien juga pernah menderita hipertensi, ibu pasien meninggal dengan riwayat penyakit hipertensi.

Genogram :

Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: : Laki-laki exit (meninggal)

: Perempuan exit (meninggal)

: Tinggal satu rumah/ Hubungan / pertalian keluarga

: Penderita / pasien

1. **Riwayat Keadaan Psikososial**

Pasien mempergunakan bahasa Indonesia, presepsi terhadap penyakitnya, pasien sangat optimis untuk cepat sembuh dan pasien selalu berharap dan berdoa kepada Allah SWT, pasien memilki hubungan yang sangat baik dengan keluarga dan saudara.

1. **Pemeriksaan Fisik**

TD : 170/100 mmHg

HR : 90 x/i

RR : 22 x/i

Temp : 36ºC

Keadaan umum : Lemah

Penampilan : Pasien kurang rapi dan bersih

Kesadaran : Compos mentis

TB : 178 cm

BB : 94 Kg

1. **Pengkajian Pola Fungsional**
   * 1. Kepala

Bentuk kepala bulat, rambut hitam lurus kulit kepala bersih tidak terdapat ketombe.

* + 1. Penglihatan

Baik, tidak ada ikterus, konjungtiva tidak anemis pupil isokor dan slekta baik tidak dijumpai.

* + 1. Penciuman

Bentuk dan posisi, anatomis tidak dijumpai kelainan dapat membedakan bau-bauan.

* + 1. Pendengaran

Pendengaran baik serumen ada dalam batas normal tidak ada dijumpai adanya peradangan dan pendarahan.

* + 1. Mulut

Tidak ada masalah pada rongga mulut, gigi bersih, tidak ada pendarahan maupun peradangan.

* + 1. Pernafasan

Tidak ada masalah pada frekuensi dan irama pernafasan.

* + 1. Jantung

Frekwensi denyut jantung dibawah normal 100x/i, bunyi jantung berirama, tidak adanya dijumpai nyeri pada dada.

* + 1. Abdomen

Pada abdomen tidak dijumpai kelainan begitu juga pada palpasi hepar.

* + 1. Ekstremilasi

Pasien mengatakan susah menggerakkan kedua kakinya dan pasien sulit beraktivitas, semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

* + 1. Pola Kebiasaan

Nutrisi:

Sebelum masuk Klinik : Pola makan biasa 3 x 1 hari, makanan kesukaan yang berlemak, sedangkan makanan pantangan tidak ada.

Sesudah masuk klinik : Pola makan 3 x 1 hari. Porsi yang disajikan habis 1/3 porsi dengan diet MB2, pasien dilarang makan makanan yang banyak mengandung minyak dan lemak.

Eliminasi:

BAB : Sebelum masuk Klinik BAB 2 x 1 hari dengan konsistensi lembek

Sesudah masuk Klinik BAB 1 x 1 hari dengan konsistensi lembek

BAK : Sebelum masuk Klinik BAK 5-6 x sehari

Sesudah masuk Klinik BAK 4-5 x sehari

Pola Istirahat:

Sebelum masuk klinik : Pasien tidur malam 8 jam dan tidur siang 1-2 jam.

Sesudah masuk klinik : Tidur malam hanya 2 jam pada siang hari pasien tidak bisa tidur karena suasana yang tidak tenang, kurang nyaman, sehingga klien tampak kusam dan pucat.

Pola Aktivitas:

Pasien diharuskan bedrest dan setiap kebutuhan pasien harus dibantu oleh keluarga dalam pemenuhan ADL pasien.

Personal Hygine:

Sebelum masuk Klinik pasien mandi 2 x sehari, cuci rambut 2 hari sekali kulit kepala bersih, sikat gigi 2 x sehari. Setelah masuk Klinik personal hygene pasien dibantu oleh keluarga.

* + 1. Therapy

Furosemide : 40 mg /12 jam

Amlodepine : 2 x 10 mg

Ranitidine : 3 x 1

Mefinal : 3x1 500 mg

* 1. **Analisa Data**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data** | **Penyebab** | **Masalah** |
| 1 | DS: Pasien mengatakan kepala pusing, dan leher terasa tegang.  DO: : Px tampak meringis kesakitan, skala nyeri 4, kondisi badan lemah. TD : 170/100 mmHg, HR : 90 x/I, RR : 22 x/I, Temp : 370C | Peningkatan tekanan darah | Gangguan rasa nyaman nyeri |
| 2 | DS: Pasien mengatakan tidak selera makan  DO: pasien tampak lemah, Makanan yang di sajikan habis 1/3 porsi, diet MB2 | Perubahan jenis diet | Gangguan pemenuhan nutrisi |
| 3 | DS: Pasien mengatakan susah tidur  DO: pasien tampak pucat, mata cekung, tidur malam + 2 jam pasien susah tidur siang | Efek Hospitalisasi | Gangguan istirahat tidur |
| 4 | Ds : pasien mengatakan kedua kakinya susah digerakkan  Do : aktivitas pasien di bantu oleh keluarga dan perawat | kelemahan fisik | Gangguan mobilitas fisik |

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

1. Gangguan rasa nyaman nyeri b/d peningkatan tekanan darah d/d pasien tampak meringis kesakitan, skala nyeri 4, kondisi badan lemah, TD : 170/100 mmHg, HR : 90 x/I, RR : 22 x/I, Temp : 37C.
2. Gangguan pemenuhan nutrisi b/d perubahan jenis diet d/d Makanan yang di sajikan habis 1/3 porsi, diet MB2
3. Gangguan istirahat tidur b/d efek hospitalisasi d/d pasien tampak pucat, mata cekung, tidur malam + 2 jam, pasien susah tidur siang
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik di tandai dengan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.
   1. **Rencana Asuhan Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa** | **Intervensi** | **Rasional** |
| **1** | Gangguan rasa nyaman nyeri b/d peningkatan tekanan darah d/d pasien tampak meringis kesakitan, skala nyeri 4, kondisi badan lemah.  Tujuan :  Nyeri dan pusing hilang | 1. Atur posisi semifowler pasien 2. Berikan istirahat yang cukup 3. Anjurkan pasien untuk menghindari makanan yang mengandung garam 4. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat :   Furosemide = 40 mg /12 jam  Amlodepine = 2 x 10 mg | * Dengan mengatur posisi semi fowler pasien diharapkan pasien merasa nyaman * Dengan memberikan istirahat yang cukup diharapkan rasa nyeri pasien berkurang * Dengan menghindari makanan yang mengndung garam diharapkan dapat menghindari peningkatan tekanan darah |
| 2 | Gangguan pemenuhan nutrisi b/d perubahan jenis diet d/d Makanan yang di sajikan habis 1/3 porsi, diet MB2  Tujuan:  Kebutuhan nutrisi terpenuhi | 1. Beri makan pasien sedikit tapi sering 2. Beri makanan dalam keadaan hangat 3. Beri makanan yang berpariasi 4. Beri penjelasan tentang manfaat makanan | * Dengan memberikan makan pasien sedikit tapi sering diharapkan pasien mudah mencerna makanan yang dimakannya * Dengan memberikan makanan dalam keadaan hangat diharapkan dapat menambah nafsu makan pasien * Dengan memberikan makanan yang berpariasi diharapkan pasien tidak bosan dengan makanan yang disediakan. * Dengan memberikan penjelasan makanan pada pasien, agar pasien mengetahui manfaat makanan. |
| 3 | Gangguan istirahat tidur b/d efek hospitalisasi d/d pasien tampak pucat, mata cekung, tidur malam + 2 jam susah tidur siang  Istirahat tidur pasien terpenuhi | 1. Beri pasien ruangan yang nyaman 2. Batasi jam berkunjung pasien ; pagi jam 10-12 Sore 16-17, Malam 19-21 3. Batasi jumlah pengunjung 4. Hindari keributan 5. Rapikan tempat tidur pasien | * Dengan memberikan pasien ruangan yang nyaman diharapkan pasien merasa nyaman * Dengan membatasi jam berkunjung diharapkan pasien dapat beristirahat * Dengan membatasi jumlah pengunjung agar pasien merasa tenang. * Dengan menghindari keributan diharapkan pasien dapat beristirahat dengan nyaman * Dengan merapikan tempat tidur pasien setiap hari diharapkan dapat meningkatkan kenyamanan pasien setiap hari |
| 4 | Gangguan mobilitas fisik b/d kelemahan fisik d/d pasien tampak susah melakukan aktivitas, semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat aktivitas pasien terpenuhi. | 1. Bantu pasien dalam memenuhi ADL 2. Dekatkan barang-barang dibutuhkan pasien | * Dengan membantu pasien untuk berativitas diharapkan ADL terpenuhi * Pasien dapat menjangkau barang-barang yang diperlukan pasien |

* 1. **Implementasi Keperawatan Dan Evaluasi**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Dx. Kep** | **Tgl / Waktu** | **Implementasi** | **Evaluasi** |
| **1** | **Dx I** | 20 Juni 2019  16.30 wib | 1. Mengatur posisi semifowler pasien 2. Memberikan istirahat yang cukup 3. Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan yang mengandung garam 4. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat :Furosemide = 40 mg /12 jam, Amlodepine = 2 x 10 mg | S: Pasien mengatakan masih merasa pusing, namun sudah terasa lebih nyaman.  O: Keadaan umum Pasien lemah. TD: 150/95 mmHg, HR: 95x/I, RR: 24x/I, T: 37,5 C  A: Masalah sebagian teratasi.  P: Intervensi dilanjutkan   * Pemberian istirahat yang cukup. * Diet hipertensi rendah garam * Kolaborasi pemberian obat anti hipertensi |
|  | **Dx II** | 20 Juni 2019  17.00  Wib | 1. Memberikan makan pasien sedikit tapi sering 2. Memberikan makanan dalam keadaan hangat 3. Memberikan makanan yang bervariasi 4. Memberikan penjelasan tentang manfaat makanan | S: Pasien mengatakan asupan makanan yang pasien konsumsi sudah lebih banyak dari pada dengan pola biasa makan 3 kali sehari  O: Pola diet makan sedikit tapi sering meningkatkan porsi makan pasien dari biasanya, pasien mengonsumsi makanan berserat. BB: 94 kg  A: Masalah sebagian teratasi  P: Intervensi dilanjutkan   * Pola makan sedikit tapi sering. * Diet hipertensi rendah daram serat tinggi. |
|  | **Dx III** | 20 Juni 2019  17.30 wib | 1. Memberikan pasien ruangan yang nyaman 2. Membatatasi jam berkunjung pasien ; pagi jam 10-12 Sore 16-17, Malam 19-21 3. Membatasi jumlah pengunjung 4. Mencegah keributan/ suara bising yang dapat mengganggu istirahat pasien. 5. Merapikan tempat tidur pasien dan mengganti linen tempat tidur pasien setiap hari. | S: Pasien mengatakan dapat beristirahat dan tidur dengan nyenyak.  O: Kebutuhan istirahat / tidur pasien terpenuhi 8 jam per hari. Wajah pasien tampak lebih segar dan tidak sembab.  A: Masalah sebagian teratasi.  P: Intervesi dilanjutkan.   * Pola tidur 8 jam per hari * Membatasi kunjungan untuk mencegah kebisingan. * Mengganti linen tempat tidur pasien setiap hari. |
|  | **Dx IV** | 20 Juni 2019  17.30 wib | 1. Membantu pasien dalam memenuhi ADL. 2. Menjaga personal hygene pasien (memandikan dan oral hygene). 3. Mendekatkan barang-barang dibutuhkan pasien | S: Pasien mengatakan aktivitas harian pasien terpenuhi karena bantuan keluarga dan perawat.  O: Personal hygene dan oral hygene pasien terpenuhi, kulit tampak segar dan lembab. Lingkungan sekitar pasien rapid an bersih.  A: Masalah sebagian teratasi.  P: Intervensi dilanjutkan   * Pemenuhan ADL, dan personal hygene pasien. * Modifikasi lingkungan untuk kenyamanan pasien da mempermudah pasien mengambil sesuatu yang dia perlukan. |
| **2** | **Dx I** | 21 Juni 2019  16.15 wib | 1. Memberikan posisi yang nyaman: Semi Fowler. 2. Menganjurkan pasien untuk beristirahat dengan cukup. 3. Mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam untuk mengatasi nyeri dan tegang tengkuk yang dialami pasien. 4. Kolaborasi pemberian obat anti hipertensi:   Furosemid 40 mg/ 12 jam  Amlodipin 2 x 10 mg | S: Pasien mengatakan lebih nyaman dari sebelumnya.  O: Keadaan umum membaik, skala nyeri 2, TD: 140/95 mmHg, HR: 90 x/I, RR: 20 x/I, Temp: 36,7C  P: Masalah teratasi  I: Intervensi selesai |
|  | **Dx II** | 21 Juni 2019  16.45 wib | 1. Memberikan makanan sesuai asupan nutrisi harian. 2. Mengingatkan kembali diet rendah garam yang harus dijalani pasien, agar keluarga menolak permintaan pasien terhadap makanan yang banyak mengandung garam dan sodium. 3. Memotivasi pasien dalam menjalani diet hipertensi agar cepat pulih dan tekanan darah terkontrol. 4. Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan berserat tinggi dan buah buahan dan sayuran segar agar selera makan pasien tidak hilang. 5. Menekankan pada pasien dan keluarga bahwa usaha yang paling efektif untuk mencegah hipertensi adalah dengan mematuhi pola diet hipertensi. | S: Pasien mengatakan mulai terbiasa dengan diet rendah garam.  O: Pasien dapat menghabiskan porsi makanan yang sudah disediakan. BB: 94 Kg.  A: Masalah teratasi  P: Intervensi selesai |
|  | **Dx III** | 21 Juni 2019  17.00 wib | 1. Memberikan ruang yang nyaman bagi pasien untuk beristirahat. 2. Menganjurkan keluarga untuk tetap menjaga kerapian an kebersihan tempat tidur dan ruang pasien demi kenyamanan pasien. 3. Menekankan pada keluarga pentingnya pemenuhan istirahat dan tidur yang cukup bagi pasien 8 jam per hari. 4. Menganjurkan kepada keluarga untuk tetap mematuhi jam berkunjung untuk mengurangi kebisingan. | S: Pasien Mengatakan Dapat Beristirahat Dengan Tenang.  O: Tidur Malam 6 Jam Dan Tidur Siang 2 Jam  A: Masalah teratasi  P: Intervensi selesai |
|  | **Dx IV** | 21 Juni 2019  17.30 wib | 1. Memenuhi personal hygene pasien: memandikan, menggosok gigi, dan mengganti pakaian pasien. 2. Mendekatkan peralatan makan dan minum ditempat yang bias dijangkau pasien. 3. Membantu pasien berubah posisi secara berkala. 4. Mengajarkan kepada keloarga dan pasien ROM (*Range Of Motion*) aktif untuk meningkatkan kekuatan fisik kaki pasien yang sulit digerakkan. | S:-  O: Personal hygene dan ADL terpenuhi.  A: Sebagian masalah teratasi.  P: Intervensi dilanjutkan   * ROM Aktif |

**BAB IV**

**PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan, yang penulis temukan dalam praktek tentang kasus implementasi antara tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus di Klinik Fatimah Ali Marendal Medan. Pada pembahasan ini penulis akan menguraikan mulai dari tahap pengkajian sampai dengan evaluasi.

1. **Pengkajian**

Pada tahap pengkajian dilakukan pendekatan umum untuk memperoleh pengumpulan data yang meliputi aspek bio, psiko, spiritual. Pada tahap ini tidak ditemukan kesulitan, karena pasien dalam sadar dan mau bekerja sama sehingga data dapat diperoleh dengan mudah.

1. **Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengumpulan data pada tahap pengkajian, maka ditemukan 4 diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus, sedangkan pada tinjauan teoritis ditemukan lima diagnosa keperawatan. Adapun diagnosa keperawatan yang ditemukan pada tinjauan teoritis :

1. Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, iskemia miokard, hipertropi ventricular.
2. Nyeri ( sakit kepala ) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.
3. Potensial perubahan perfusi jaringan: serebral, ginjal, jantung berhubungan dengan gangguan sirkulasi.
4. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri.
5. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi in adekuat, keyakinan budaya, pola hidup monoton.

Sedangkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada tinjauan kasus,

* 1. Gangguan rasa nyaman nyeri b/d peningkatan tekanan darah d/d pasien tampak meringis kesakitan, kondisi badan lemas. TD : 170/100 mmHg, HR : 90 x/I, RR : 22 x/I, Temp : 370C
  2. Gangguan pemenuhan nutrisi b/d perubahan jenis diet d/d Makanan yang di sajikan habis 1/3 porsi, diet MB2.
  3. Gangguan istirahat tidur b/d efek hospitalisasi d/d pasien tampak pucat, mata cekung, tidur malam + 2 jam pasien susah tidur siang
  4. Gangguan mobilitas fisik b/d kelemahan fisik d/d aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

Adapun perbandingan antara diagnosa keperawatan menurut tinjauan teoritis yang tidak terdapat pada tinjauan kasus

1. Curah jantung, penurunan resiko tinggi terhadap b/d peningkatan arteroid vasa kontriksi, iskemia intruksi d/d tidak dapat diterapkan adanya tanda dan gejala yang menetapkan diagnosis aktual. Ini tidak dijumpai pada tinjauan kasus karena pasien tidak ada penurunan resiko tinggi terhadap curah jantung
2. Mekanisme koping b/d krisis situasional d/d ketidak nyamanan untuk mengatasi atau meminta bantuan. Ini tidak dijumpai pada tinjauan kasus karena pasien mempunyai mekanisme koping yang baik
3. Kurangnya pengetahuan mengenai rencana pengobatan b/d kognitif. Ini tidakmdijumpai pada kasus karena pasien memahami prosedur pengobatan yang diberikan oleh tim medis.

Sedangkan diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus yang tidak ditemukan pada tinjauan teoritis: Gangguan istirahat tidur b/d efek hospitalisasi d/d pasien tampak pucat, mata cekung, tidur malam + 4 jam susah tidur siang. Stress hospitalisasi merupakan masalah yang umum dijumpai pada setiap pasien. Hal ini dikarenakan pasien tidak terbiasa dengan kondisi diklinik, sehingga pasien kesulitan untuk beristirahat dengan banyaknya pengunjung setiap harinya.

1. **Perencanaan**

Merupakan lanjutan dari diagnosa keperawatan dalam rangka mengatasi permasalahan yang timbul, penulis menyusun satu perencanaan tindakan keperawatan agar asuhan keperawatan yang diberikan dapat dilakasanakan lebih rasional dan benar-benar berkualitas sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi dengan optimal.

1. **Pelaksanaan**

Pada dasarnya dalam tahap pelaksanaan penulis tetap mengacu pada perencanaan yang disusun sebelumnya dimana semua rencana tindakan dapat dilaksanakan dengan baik tanpa adanya kesulitan atau hambatan yang berarti. Hal ini dapat terlaksana dengan baik berkat adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan pasien, keluarga pasien dan tim medis juga tersedianya fasilitas yang memadai.

1. **Evaluasi**

Merupakan proses pencapaian tujuan yang baik antara penulis dengan keluarga pasien, dokter dan perawat ruangan, sehinigga hasil yang ditetapkan dapat diamati dengan jelas, disamping itu pasien memberikan respon yang positif terhadap tindakan keperawatan yang diberikan oleh perawat.

**BAB V**

**KESIMPULAN DAN SARAN**

* + 1. **Kesimpulan**

Penyakit hipertensi merupakan penyakit yang rentan terjadi pada orang yang lanjut usia.

1. Pada penerapan asuhan keperawatan tidak terlepas dari kolaborasi dari pihak dokter, perawat, ahli gizi dan semua pihak pelayanan medis yang berperan dalam penyembuhan pasien.
2. Pada tahap implementasi diperlukan tindakan keperawatan yang tepat seperti pemberian diet hipertensi, kolaborasi pemberian obat anti hipertensi dan pemenuhan ADL untuk mengatasi masalah keperawatan dan memudahkan dalam proses penyembuhan.
3. Setiap intervensi/Implementasi yang dilakukan terhadap pasien harus terus di evaluasi secara bertahap untuk menentukan rencana tindak lanjut yang tepat.
   * 1. **Saran**
4. Pendekatan yang baik pada pasien hendaknya dilakukan oleh semua tim kesehatan terutama perawatan sehari-hari, sehingga pasien menjadi mitra yang aktif untuk kebutuhan penyembuhan pasien sendiri.
5. Memberikan motivasi atau bimbingan pada pasien dan keluarga, agar keperawatan berjalan efektif .
6. Catatan perawatan didokumentasikan untuk melihat catatan perkembangan pasien.
7. Perlu adanya peningkatan kerjasama yang baik antara perawat dan keluarga pasien, tim medis dalam proses keperawatan.