

BAB III
LAPORAN KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas Klien

a. Identitas

Nama : Tn.S
Umur : 62 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Suku : Jawa
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Status Perkawinan : Kawin
Alamat : Gisting Bawah
Tanggal masuk puskesmas : 03-05-2023
Diagnosa Medik : Hipertensi

b. Identitas penanggung jawab

Nama : Nn. S
Jenis Kelamin : Perempuan
Umur : 28 Tahun
Agama : Islam
Pendidikan : S1
Pekerjaan : Karyawan

Alamat : Gisting Bawah

Hubungan dengan klien : Anak

2. Keluhan utama:

Cek darah rutin karena mempunyai riwayat darah tinggi dan biasanya susah untuk turun, sakit kepala, gelisah, pusing, leher kaku dan mudah lelah.

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, istri 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, pasien merupakan perokok aktif. Mengeluh sakit kepala , pusing, penglihatan buram, mual ,detak jantung tak teratur

4. Riwayat kesehatan terdahulu:

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

- a. Pengkajian tentang riwayat minum obat klien: teratur
- b. Riwayat kesehatan keluarga: jantung dan hipertensi

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

5. Data fisiologis:

a. Respirasi

Pernapasan baik dan tidak ada masalah, tidak pernah sesak nafas dan masih bisa jalan jauh. Riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner/ katup dan penyakit serebrovaskuler.

b. Nutrisi/cairan

Klien makan dengan cara oral, makan 3x/hari, minum sehari lebih dari 5 gelas, nafsu makan klien baik, tidak ada makanan yang tidak disukai, jenis makanan nasi, sayur dan lauk pauk, klien mengalami kesulitan mengunyah karna giginya ompong, kebiasaan sebelum dan sesudah makan adalah berdoa dan mencuci tangan, BB klien 68 Kg, tidak ada gangguan ataupun rasa sakit saat menelan.

c. Eliminasi

Buang air kecil : frekuensi 4-5 x/hari tidak ada nyeri saat BAK, tidak ada retensi urine, tidak ada Inkontinensia. Buang air besar : Frekuensi 1 x/hari, biasanya pada pagi hari, tidak ada keluhan saat BAB, tidak ada penggunaan laxatif/pencahar

d. Aktifitas/istirahat

Kegiatan klien sehari-hari adalah makan, sholat, bersantai dan bersosialisasi dengan teman nya, kegiatan waktu luang yaitu mengobrol dan dzikir, klien berolahraga dengan berjalan-jalan disekitar lingkungan desa, keluhan dalam beraktifitas yaitu nyeri setelah melakukan pekerjaan berat.

Klien tidur siang 1 jam dan malam 7 jam klien tidak ada ketergantungan obat tidur dan terkadang ada kesulitan saat tidur dikarenakan nyeri, sebelum tidur klien memiliki kebiasaan berdoa. Saat ini kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton.

e. Neurosensori

Klien mengatakan tidak ada gangguan terhadap reflex dalam kegiatan sehari-hari.

f. Reproduksi/seksualitas:

Klien mengatakan sudah tidak menstruasi

g. Psikologi

Klien mengatakan paling dekat dengan istri, klien menerima penyakitnya, klien mengatakan masalah yang sering dialami saat ini adalah kaki terasa sakit, klien sadar bahwasannya dirinya mulai menua dan dapat menerima semua masalah yang di alaminya karena proses penuaan, klien mengatasi stres dengan melakukan ibadah, klien ingin kembali sehat.

h. Perilaku

Klien mengatakan saat ini mengisi kesibukan dengan berdagang sesekali bersantai dengan tetangga dekat rumah lainnya, klien terkadang mengikuti segala kegiatan yang diadakan di desanya seperti mengikuti pengajian, kegiatan gotong royong, klien mengatakan sering berinteraksi dengan teman-teman sekitar tempat tinggalnya, dan klien tidak membatasi siapa saja yang akan mengunjungi dirinya.

6. Data Objektif

- a. Keadaan Umum
- b. Kesadaran : Composmentis

- c. Tanda-tanda vital:

Tekanan darah : 190/90

Nadi : 95x/mnit

Respirasi : 24 x/menit

Suhu : 36,5 ° C

SpO2 : 98-99%

BB : 72 kg

TB : 160 cm

- d. Pemeriksaan fisik

- 1) Kepala dan waja

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

- 2) Mata

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

- 3) Hidung

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

4) Telinga

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

5) Mulut dan Kerongkonga

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.

6) Leher

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

7) Dada

Payudara : simetris kiri dan kanan

Aksila : tidak ada pembengkakan

Pernafasan :

Nola nafas : teratur

Frekuensi nafas : 24x/i

Kualitas nafas : normal

Penggunaan otot : tidak ada penggunaan otot bantu

Kardiovaskuler

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

8) 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.

9) Ekstremitas

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

Kaki : Normal, tidak ada gangguan pada kaki

7. Pengobatan

Amlodopine : 2 x 10 mg sesuai anjuran dokter

8. Analisa Data

No	Data Fokus	Masalah	Etilogi
1.	DS : <ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan nyeri pada kepala dan lemas- Klien mengatakan tekanan darah tidak pernah turun- Klien mengatakan stress terkadang mengganggu aktifitasnya	Hipertensi (Tekanan darah tinggi)	Resiko Penurunan curah jantung b.d Peningkatan afterload, vasokonstriksi dan iskemia miokard
	DO : <ul style="list-style-type: none">- TD : 190/90mmhg- Klien tampak kesakitan menahan nyeri.		

<p>2. DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kepala sakit - Klien mengatakan sudah menjaga pola makan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat memegang kepala - Klien terlihat ideal tubuhnya - Tampak meringis, bersikap protektif (mis : waspada, posisi menghindar nyeri), - Gelisah, frekuensi - Nadi meningkat, sulit tidur 	<p>Nyeri akut</p>	<p>Gangguan Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskulerserebral</p>
<p>3. DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit yang dideritanya secara detail - Klien mengatakan belum tahu tentang cara perawatan secara alami <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat cemas - Klien tampak bingung ketika ditanya mengenai penyakitnya lebih lanjut 	<p>Defisit pengetahuan</p>	<p>Kurangnya pengetahuan penanganan hipertensi</p>

B. Diagnosa Keperawatan

1. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri Akut (D.0077)
- b. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)
- c. Intoleransi aktivitas (D.0056)
- d. Defisit pengetahuan (D.0111)
- e. Ansietas (D.0080)
- f. Resiko penurunan curah jantung (D.0011)

2. Diagnosis Keperawatan Prioritas

- a. Resiko Penurunan curah jantung b.d Peningkatan afterload (D.0011)
- b. Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)
- c. Defisit pengetahuan b.d kurangnya pengetahuan penanganan hipertensi (D.0111)

C. Rencana Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan	Rencana
1	Resiko penurunan curah jantung b.d peningkatan afterload	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat Kriteria hasil : curah jantung (L.02008) - Tanda vital dalam rentang normal - Nadi teraba kuat - Pasien tidak mengeluh lelah	(Perawatan jantung I.02075) - Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (mis: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP) - Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (mis: peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) - Monitor tekanan darah - Monitor intake dan output cairan - Monitor keluhan nyeri dada

			<ul style="list-style-type: none"> - Berikan diet jantung yang sesuai - Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu - Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi 9) - Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap - Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
2	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis (mis: iskemia)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun</p> <p>Kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 7 menjadi 2 - Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang - Pasien dapat beristirahat dengan nyaman 	<p>(Manajemen nyeri I.08238)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: akupuntur, terapi musik hopnosis, biofeedback, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin dan massage punggung) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa

			<p>nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan,kebi singan)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3	Defisit pengetahuan b.d kurang minat dalam belajar	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat</p> <p>Kriteria Hasil : Tingkat pengetahuan (L.12111)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien melakukan sesuai anjuran - Pasien tampak mampu menjelaskan kembali materi yang disampaikan - Pasien mengajukan pertanyaan 	<p>Edukasi kesehatan (I.12383)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya - Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi

yang dapat
digunakan untuk
meningkatkan
perilaku hidup
bersih dan sehat

D. Implementasi dan Evaluasi

Kunjungan I: Rabu, 3 Mei 2023

DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)
Resiko Penurunan curah jantung b.d Peningkatan afterload	<ol style="list-style-type: none"> Mengobservasi TTV TD : 190/90 mmhg Nadi : 95 x/menit RR : 24 x/menit S : 36,6 °C SpO2 : 98-99% Memberikan teknik nonfarmakologis untuk menurunkan tekanan darah dan mengurangi nyeri kepala dengan <i>massage</i> punggung Berkolaborasi pemberian amlodipine 1x5 mg 	<p>S: Pasien mengatakan pusing, lemas riwayat darah tinggi</p> <p>O: TD : 190/90 mmhg Nadi : 95 x/menit RR : 24 x/menit S : 36,6 °C</p> <p>A: masalah hipertensi (darah tinggi)</p> <p>P: 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk menurunkan tekanan darah dan mengurangi nyeri kepala dengan <i>massage</i> punggung E : Pasien merasa nyaman dengan <i>massage</i> punggung 2. Berkolaborasi pemberian amlodipine 1x5 mg E: Pasien mengatakan sedikit tenang.</p>
Nyeri berhubungan	<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi karakteristik nyeri Skala 4, hilang timbul ± 3-5 menit 	<p>S : Pasien mengatakan nyeri kepala dan sulit</p>

dengan agen pencedera fisiologis	<ol style="list-style-type: none"> 2. Mengobservasi TTV TD : 190/90 mmhg Nadi : 101 x/menit RR : 18 x/menit S : 36,6 °C 3. Berkolaborasi pemberian analgetik 4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 	<p>untuk tidur</p> <p>O: Skala nyeri 4 TD. 190/90 mmhg</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik nyeri akut</p> <p>P: <ul style="list-style-type: none"> - Kaji ulang skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Ajarkan keluarga <i>massage</i> punggung - Pasien memiliki ketertarikan dalam belajar - Pasien dapat mengidentifikasi sumber informasi yang akurat - Pasien secara aktif mengungkapkan secara verbal informasi yang dapat digunakannya - Pasien dapat menggunakan informasi yang diperoleh dalam meningkatkan kesehatan atau mencapai tujuan. </p>
Defisit pengetahuan b.d kurangnya pengetahuan penanganan hipertensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobservasi tingkat pengetahuan pasien tentang hipertensi 2. Menentukan motivasi dan besarnya harapan pasien untuk dalam belajar 3. Membantu pasien mengidentifikasi tujuan dari pembelajaran yaitu menurunkan tekanan darah 4. Metode pembelajaran yang disukai auditory, visual, interaktif 5. Mengidentifikasi dan mencatat faktor interpersonal yang dapat mempengaruhi pembelajaran (seperti : umur/tingkat perkembangan, jenis kelamin, pengaruh budaya/sosial, agama, pengalaman hidup, tingkat pendidikan) 	

-
6. Menentukan hal-hal yang dapat mengganggu pembelajaran (seperti : pasien tidak dapat membaca, pembicaraan atau bahasa yang digunakan individu dengan tenaga kesehatan lain, disleksia)
 7. Klien tidak mengalami defisit sensory, seperti gangguan dalam pendengaran dan penglihatan, aphasia, fisik yang tidak stabil (misal: sakit akut, intoleransi aktivitas), gangguan material dalam pembelajaran.
 8. Memberikan informasi dalam format yang bervariasi dan tepat pada gaya pembelajaran individu (seperti: booklet)
 9. Menjelaskan bagaimana massage punggung dapat menurunkan tekanandarah
 10. Mengidentifikasi sumber komunitas dan kelompok yang tepat yang dapat memberikan informasi
 11. Memberikan klien dan anggota keluarga mengenai informasi terkait dengan penyakit hipertensi untuk meningkatkan pemahaman diri mengenai pengertian, penyebab dan pengobatan hipertensi
-

Kunjungan II : Kamis, 4 Mei 2023

DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)
Resiko Penurunan curah jantung b.d Peningkatan afterload	<ol style="list-style-type: none"> Mengobservasi TTV TD : 170/80 mmhg Nadi : 85 x/menit RR : 22 x/menit S : 36,6 °C Memberikan teknik nonfarmakologis untuk menurunkan tekanan darah dan mengurangi nyeri kepala dengan <i>massage</i> punggung Berkolaborasi pemberian amlodipine 1x 5 mg 	<p>S: Pasien mengatakan masih sedikit pusing</p> <p>O: TD : 170/80 mmhg Nadi : 85 x/menit RR : 22 x/menit S : 36,6 °C</p> <p>A: Masalah hipertensi (darah tinggi) sebagian tertasi</p> <p>P: 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk menurunkan tekanan darah dan mengurangi nyeri kepala dengan <i>massage</i> punggung E : Pasien merasa nyaman dengan <i>massage</i> punggung 2. Intervensi lanjut 3.</p>
Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisiologis akut	<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi karakteristik nyeri Skala 2, hilang timbul ± 3-5 menit Mengobservasi TTV TD : 190/90 mmhg Nadi : 101 x/menit 	<p>S : Pasien mengatakan nyeri menyebar disekitar kepala</p>

<p>RR : 18 x/menit S : 36,6 °C</p>	<p>O: Skala nyeri 2 TD. 190/90 mmhg</p>
<p>Defisit pengetahuan b.d kurangnya pengetahuan penanganan hipertensi</p>	<p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik nyeri akut sebagian tertasi</p> <p>P: - Intervensi lanjut</p>
<p>1. Mengevaluasi tingkat pengetahuan pasien tentang hipertensi</p>	<p>- Pasien mengerti dan mampu mengulang - Intervensi selesai</p>

Kujungan III : Jumat, 5 Mei 2023

DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)
Resiko Penurunan curah jantung b.d Peningkatan afterload	<ol style="list-style-type: none"> Mengobservasi TTV TD : 150/80 mmhg Nadi : 85 x/menit RR : 22 x/menit S : 36,6 °C Memberikan teknik nonfarmakologis untuk menurunkan tekanan darah dan mengurangi nyeri kepala dengan <i>massage</i> punggung 	<p>S: Pasien mengatakan sudah tidak pusing, lemas berkurang</p> <p>O: TD : 170/80 mmhg Nadi : 85 x/menit RR : 22 x/menit S : 36,6 °C</p> <p>A: Masalah hipertensi (darah tinggi) teratasi</p> <p>P: Intervensi lanjut</p>
Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	<p>akut Mengidentifikasi karakteristik nyeri Skala 0</p>	<p>S : Pasien mengatakan sudah tidak nyeri</p> <p>O: Skala nyeri 0 TD. 150/80 mmhg</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik nyeri akut tertasi</p> <p>P: - Intervensi selesai</p>

Defisit pengetahuan b.d Mengevaluasi tingkat pengetahuan pasien tentang - Intervensi selesai
kurangnya pengetahuan hipertensi
penanganan hipertensi
