

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **A. Pengkajian**

##### **1. Identitas Pasien**

No. RM : 55-XX-XX  
Nama Klien : Tn. B  
Umur : 70 tahun  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Alamat : Sutodirjan, Yogyakarta  
Pendidikan : SMK  
Pekerjaan : Karyawan swasta  
Agama : Islam  
Tanggal masuk : 15 Januari 2024  
Ruang : Raudhah, C1  
Diagnosa Medis : Hipertensi derajat 2

##### **2. Gambaran Kondisi Pasien**

###### **Alasan masuk RS :**

Mengeluh sesak napas sudah 3 hari ketika di rumah, mudah lelah dalam beraktivitas pusing, dan kedua kaki bengkak kiri dan kanan. Kemudian dibawa ke RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta di IGD dan diberikan nasal kanul 5 lpm, diberi infus NaCl. Kemudian dipindah ke bangsal Raudhah di malam hari dengan kondisi lebih baik sudah tidak sesak nafas dan pusing, namun tubuh kram secara bergantian dari leher sampai kaki.

###### **Keluhan utama saat ini :**

Tubuh kram secara bergantian mulai dari leher sampai dengan kaki. Beberapa kali tangan dan kaki secara bergantian terasa kesemutan. Leher bagian belakang berasa berat dan kaku, sedikit pusing

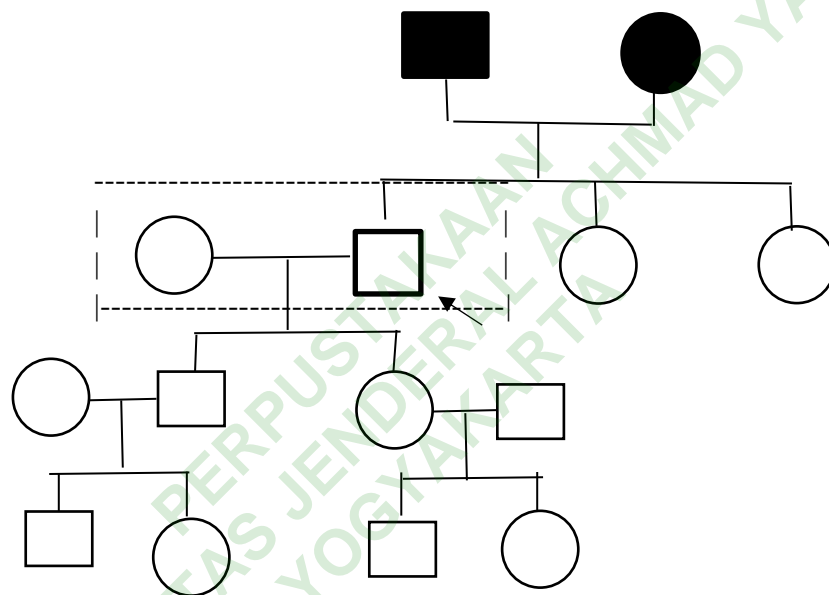
###### **Riwayat kesehatan masa lalu :**

Hipertensi sudah bertahun-tahun dan konsumsi amlodipine rutin.  
Terakhir masuk RS 2 bulan yang lalu dengan keluhan yang sama di RS  
PKU Muhammadiyah Yogyakarta

**Riwayat kesehatan keluarga:**

Tidak ada riwayat keluarga yang memiliki hipertensi

**Genogram**



○ : Perempuan

□ : Laki-laki

▣ : pasien

----- : tinggal satu rumah

● : Meninggal

Gambar 3. 1 Genogram

## Pengkajian fisik

### a. Sistem Pernafasan

- 1) Dispnea : **Ya/Tidak**
- 2) Sputum : **Ya/Tidak**
- 3) Riwayat penyakit Bronktis : **Ya/Tidak**; Asthma: **Ya/Tidak**;  
TBC : **Ya/Tidak**; Emphysema: **Ya/Tidak**;  
Pneumonia: **Ya/Tidak**
- 4) Merokok : **Ya/Tidak**; (masih merokok sampai  
sekarang)
- 5) Respirasi :20x/menit;  
Dalam/Dangkal;Regular/Iregular; Simetris/tidak
- 6) Penggunaan otot bantu pernapasan: **Ya/Tidak**
- 7) Fremitus :**Ya/tidak**
- 8) Nasal flaring :**Ya/Tidak**
- 9) Sianosis : **Ya/Tidak**
- 10) Pemeriksaan Thorax
  - a) Inspeksi : dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada
  - b) Palpasi : taktil fremitus pada kedua paru sama,  
pengembangan dada kanan kiri simetris
  - c) Perkusi : bunyi sonor
  - d) Auskultasi : vesikuler
  - e) Data Tambahan Lain-lain :

### b. Sistem kardiovaskular

- 1) Riwayat Penyakit : Hipertensi: **Ya/Tidak**; Penyakit gangguan  
jantung: **Ya/Tidak**
- 2) Edema kaki : **Ya/Tidak**
- 3) Plebitis : **Ya/Tidak**
- 4) Claudicasio : **Ya/Tidak**
- 5) Dysreflexia :**Ya/Tidak**
- 6) Palpitasi : **Ya/Tidak**; Sinkop: **Ya/Tidak**

- 7) Rasa kebas/kesemutan: **Ya**/Tidak di ekstremitas: ekstremitas atas bawah
- 8) Batuk darah : Ya/**Tidak**
- 9) TD : 169/85 mmHg, pengukuran di: arteri brakhialis ; Posisi pengukuran:**Tidur**/Berdiri/Duduk
- 10) Nadi : 70x/m x/menit diukur di carotis/ temporal/ jugular/ radial/femoral/popliteal/post tibial/dorsalis pedis
- 11) Kualitas nadi : Lemah/**Kuat**/tidak teraba
- 12) CRT : 3 detik.
- 13) Homans sign :-
- 14) Abnormalitas kuku: tidak ada
- 15) Perubahan kulit : kaki membengkak kiri kanan
- 16) Membran mukosa : lembab
- 17) Pemeriksaan Kardio
- a) Inspeksi : tidak ada lesi atau kebiruan, ictus cordis tidak terlihat
  - b) Palpasi : ictus cordis teraba di intercostal V kiri
  - c) Perkusi : batas kiri jantung, atas : ICS II kiri di linea parasternalis kiri (pinggang jantung), bawah: ICS V kiri agak ke medial linea midklavikularis kiri (tempat iktus). Batas kanan jantung, atas : ICS II kanan linea parasternalis kanan, bawah : ICS III-IV kanan, di linea parasternalis kanan.
  - d) Auskultasi: terdengar bunyi S1 dan S2
  - e) Lain-lain:

### c. Sistem Gastrointestinal

#### Antropometri

- 1) BB : 80 TB : 165 cm IMT : 29,41
- Gizi kurang
  - Gizi cukup
  - Gizi lebih**

- 2) Berat badan: 80 Kg, ada perubahan BB: Ya/**Tidak**; Naik/Turun, berapa kg:.....dalam bulan

**d. Clinical Sign**

- 1) Turgor kulit : **elastis**
- 2) Membran mukosa : **lembab**
- 3) Edema : **Ya/Tidak**,
- 4) Ascites : **Ya/Tidak**;
- 5) Pembesaran tiroid : **Ya/Tidak**
- 6) Kondisi gigi dan mulut: **beberapa gigi sudah copot, mulut bersih**
- 7) Kondisi lidah : **lembab kemerahan normal**
- 8) Halitosis : **Ya/Tidak**
- 9) Hernia : **Ya/Tidak**
- 10) Massa abdomen : **Ya/Tidak**,
- 11) Bising usus : **10 x/menit**
- 12) Data tambahan dalam Pemeriksaan abdomen:
  - a) Inpeksi: tidak ada lesi, benjolan, pergerakan dinding perut simetris, tidak terlihat pembesaran organ, umbilicus normal
  - b) Auskultasi: peristaltik baik, BU : 10x/m
  - c) Perkusi: suara thympani, organ hati bunyi dullness
  - d) Palpasi: tidak ada nyeri tekan, masa, atau krepitus dinding perut

**e. Diet**

- 1) Pola makan sebelum dirawat: 2 x/sehari; waktu: pagi dan sore
- 2) Ada larangan/pantangan makanan: Ya/**Tidak**;
- 3) Penggunaan suplemen makanan: Ya/**Tidak**;
- 4) Kehilangan nafsu makan: Ya/**Tidak**;
- 5) Mual/Muntah: Ya/**Tidak**; Frekuensi:-
- 6) Alergi makanan: Ya/**Tidak**;
- 7) Dada serasa terbakar sesaat setelah makan: Ya/**Tidak**;
- 8) Masalah dalam menelan: Ya/**Tidak**;

- 9) Gigi Palsu: Ya/**Tidak**
- 10) Penggunaan diuretik: **Ya**/tidak
- 11) Pola makan selama sakit/dirawat: 3 x/sehari; waktu pagi siang sore (porsi tidak habis)

**f. Balance cairan selama 24 jam**

<i>Intake</i>	<i>Output</i>	<i>Balance cairan</i>
Parenteral : 1000 cc Minum : 750 cc	Urine : 600 cc IWL : 799,2 cc Feses : - Muntah : - Drain : - Darah : -	Input -output = 1750 - 1399,2 = +350,8
Total 1750 cc	Total : 1399,2 cc	

**g. Sistem Neurosensori**

- 1) Merasa pusing/mau pingsan: Ya/**Tidak**
- 2) Sakit kepala : Ya/**Tidak**, Lokasi: -
- 3) Kesemutan/Kebas/lemah : Ya/**Tidak**, Lokasi: -
- 4) Riwayat stroke : Ya/**Tidak**, lokasi: -
- 5) Kejang : Ya/**Tidak**, tipe kejang : -
- 6) Kehilangan daya penglihatan : Ya/**Tidak**, pemeriksaan visus:
- 7) Glaukoma : Ya/**Tidak**; Katarak: Ya/**Tidak**; Alat bantu penglihatan : Ya/**Tidak**, sebutkan: -
- 8) Kehilangan daya pendengaran: Ya/**Tidak**; Hasil pemeriksaan
- 9) Alat bantu dengar : Ya/**Tidak**, sebutkan: -
- 10) Pengecap : bisa merasakan dengan baik
- 11) Pengidu : masih bisa mencium bau dengan baik
- 12) Peraba : masih bisa meraba dengan baik
- 13) Status mental : tidak ada tanda-tanda kegawatan status mental , jika ada perubahan, tulis jam berapaada perubahan tersebut
- 14) Orientasi :  
Waktu: **Normal**/Tidak;  
Tempat: **Normal**/Tidak;

Orang: **Normal**/Tidak;

Situasi: **Normal**/Tidak

15) GCS : E : 4 M: 6 V: 5 Total: 15

16) Afek : sesuai

17) Memori : saat ini ; masih sangat baik

masa lalu: pasien bisa mengingat kejadian masa mudanya dengan baik

18) Pupil : **isokor**/anisokor; ukuran: 3 mm, reaksi cahaya: R normal ./L normal

19) Facial droop : Ya/**Tidak**, bagian:-

20) Postur tubuh : tegak

21) Reflek tendon : baik

22) Paralisis : Ya/**Tidak**, lokasi : -

23) Nyeri : Ya/Tidak

#### **h. Sistem Muskuloskeletal**

1) Kegiatan utama sebelum sakit: pasien mengatakan kegiatan kesehariannya hanya bekerja di bengkel

2) Kondisi keterbatasan: -

3) Tidur malam : **Ya**/tidak,6 jam, Tidur siang: **Ya**/Tidak

4) Kesulitan untuk tidur: Ya/**Tidak**; Insomnia: Ya/**Tidak**

5) Sulit bangun tidur: Ya/**Tidak**

6) Perasaan tidak tenang saat bangun tidur: Ya/**Tidak**, alasan:-

7) Rentang gerak : normal

8) Kekuatan otot : tangan kiri 5, tangan kanan 5, kaki kiri 5, kaki kanan 5

9) Deformitas:-

10) Postur : kifosis/lordosis/skoliosis

11) Gaya Berjalan : normal

12) Kemampuan ADL's

(Menggunakan kode 2 = *independent*, 1 = butuh bantuan, 0 = *dependent*)

	0	1	2
Buang air besar			V
Buang air kecil			V
Menggunakan toilet			V
Berdandan			V
Makan			V
Berpakaian			V
Berpindah tempat			V
Mobilisasi		V	
Naik tangga		V	
Mandi		V	

### i. Sistem Integumen

- 1) Riwayat alergi: -
- 2) Riwayat imunisasi: -
- 3) Perubahan sistem imun: -
- 4) Transfusi darah: Ya/**tidak**, kapan terakhir dilakukan: -
- 5) Temperatur kulit: **36,6 C**
- 6) Integritas kulit: **bagus**/kurang; Scar: Ya/**Tidak**,; Rash: Ya/**Tidak**, Laserasi: Ya/**tidak**,
- 7) Ulcer: Ya/**Tidak**,
- 8) Luka bakar: Ya/**Tidak**,
- 9) Pressure Ulcer :-
- 10) Edema : edema di kaki kiri dan kanan
- 11) Tanda-tanda infeksi (REEDA atau KDRT):-

### j. Sistem Eliminasi

#### 1) *Fecal*

##### a) Frekuensi BAB : **1 x/hari**

**Konstipasi**

Diare

##### b) Karakteristik feses

**Konsistensi** : **lembek**

**Warna** : **kecoklatan**

**Bau** : **khas**

- c) Penggunaan laxative : Ya/**tidak**,
- d) Perdarahan per anus :Ya/**Tidak**
- e) Hemoroid : Ya/**Tidak**,

2) **Bladder**

- a) Inkontinensia: Ya/**Tidak**
- b) Urgensi: Ya/**tidak**
- c) Retensi urin: Ya/**Tidak**
- d) Frekuensi BAK: **3 x/hari**
- e) Karakteristik Urin: kuning bening
- f) Volume urin : **300cc**
- g) Nyeri/kesulitan terbakar/kesulitan BAK : **tidak ada**
- h) Riwayat penyakit ginjal/kandung kemih: **tidak ada**

**k. Sistem Reproduksi**

- 1) Keluhan sistem reproduksi: tidak ada
- 2) Akseptor KB : ( Ya / **Tidak** ) ;
- 3) Kegiatan sexual teratur : Ya / **Tidak**
- 4) Laki Laki
  - a) Penis discharge: **tidak ada**
  - b) Gangguan prostat: Ya/**Tidak**
  - c) Sirkumsisi: Ya/**Tidak**
  - d) Vasektomi: Ya/**Tidak**
  - e) Gangguan pada alat kelamin:-
  - f) Lain – lain :-

### 3. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3. 1 Pemeriksaan Penunjang

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal dlm satuan	Interpretasi	
15/1/24	<b>Darah Rutin</b>	Leukosit Eritrosit Hemoglobin Hematokrit Trombosit Kreatinin Ureum GDS	4,00-10,00 4,40-5,90 12,00-17,00 35,00-45,00 150,00-450,00 0,00-1,30 18,00-55,00 70,00-140,00	8,7 3,68 11,4 34 355 4,8 80 183	Normal Rendah Rendah Rendah Normal Tinggi Tinggi Tinggi
15/1/24	<b>Thorax Dewasa S-CR</b>	Tampak corakan vascular meningkat dan mengabur, cephalisasi (+), tampak kedua sinus costofrenicus lancip, tampak kedua diafragma licin dan tak mendatar, cor, CTR =0,60, Sistema tulang yang tervisualisasi intact		Kesan : awal edema pulmonum-cardiomegaly	
17/1/24	<b>USG Cardio ECHO</b>	Dimensi ruang jantung : LV dilatasi, LVH konsentrik. Dinding jantung : IVS dan LVPW menebal IAS dan IVS Intak Global LV fungsi cukup, EF 53%, normokinetik doppler E/A >1, AoVma 78cm/s RV function normal TAPSE19mm katup- katup : MR Mild kesimpulan LV dilatasi, LVH konsentrik global LV fungsi cukup (EF 53%) normokinetik fungsi diastolic baik RV fungsi baik MR mild		Fungsi EF 53%	

#### 4. Terapi Medis

Tabel 3. 2 Terapi Medis

Tanggal	Jenis Terapi	Rute	Dosis	Indikasi
15/1/24	Furosemid	Iv	60mg/24jam	Mengatasi pembengkakan
	Aspar-K	Oral	600mg/24jam	Suplemen kalium
	Ramipril	Oral	10mg/24jam	Hipertensi
	Adalat Oros	Oral	30mg/24jam	Hipertensi
	Asam folat	Oral	2gr/24jam	Vitamin, zat besi

#### B. Analisa Data

Tabel 3. 3 Analisa Data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 10 tahun yang lalu</li> <li>Pasien mengatakan badannya sering kram bergantian dan hilang timbul</li> <li>Pasien mengatakan seluruh badannya kram secara bergantian dan hilang timbul</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Saat MRS : edema kaki, sesak napas</li> <li>CRT : &gt;2detik</li> <li>TD: 169/85 mmHg, N: 65x/m, S: 36,5 C, akral hangat</li> <li>Diagnosa medis 17/1/24 : CHF (<i>congestive heart failure</i>)</li> <li>Konsumsi amlodipine bertahun-tahun (1x10mg/oral)</li> </ol>	Perfusi perifer tidak efektif	Peningkatan tekanan darah
2.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 10 tahun yang lalu</li> <li>Pasien mengatakan dirinya merasa lelah</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Diagnosa medis 17/1/24 : CHF (<i>congestive heart failure</i>)</li> <li>USG ECHO Cardio fungsi EF : 53%</li> <li>Thorax : awal edema pulmonum cardiomegaly</li> </ol>	Penurunan curah jantung	Perubahan <i>afterload</i>

	4. TD: 169/85 mmHg, N: 65x/m		
	5. CRT : >2detik, nadi lemah		
	6. Edema di kaki kiri dan kanan		
3.	DS:	Intoleransi aktivitas	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
	1. Pasien mengatakan mudah lelah ketika aktivitas sekitar 15 menit biasanya sudah terasa berat napasnya		
	2. Pasien mengatakan tekanan darahnya mencapai mencapai 200/90mmHg ketika setelah beraktivitas		
	DO:		
	1. Pasien nampak berjalan dengan lambat		
	2. TD:169/85mmHg, SPO2:100% , N: 65x/m		
4.	DS:	Hipervolemia	Gangguan mekanisme regulasi
	1. Pasien mengatakan kakinya bengkak kiri dan kanan		
	2. Pasien mengatakan saat masuk rumah sakit sesak nafas		
	3. Pasien mengatakan minum air putihnya banyak		
	DO :		
	1. Balance cairan : +350,8cc		
	2. HB : 11,4 (rendah)		
	3. Trombosit : 355		
	4. Hematokrit : 34 (rendah)		
	5. Ureum :80 (tinggi)		
	6. Kreatinin : 4,8 (tinggi)		
	7. BB : 80 kg		
5.	DS:	Defisit pengetahuan tentang hipertensi	Kurang terpapar informasi manajemen
	1. Pasien mengatakan masih menjalani gaya hidup yang kurang baik terhadap hipertensinya, seperti merokok		
	2. Keluarga pasien beberapa kali masih bertanya tentang masalah kesehatan pasien		
	DO: -		

### C. Diagnosa Keperawatan

1. (D.0009) Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah ditandai dengan adanya tekanan darah tinggi, riwayat edema kaki
2. (D. 0008) Penurunan curah jantung b.d perubahan *afterload*
3. (D.0056) Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
4. (D.0022) Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi
5. (D.0111) Defisit pengetahuan tentang manajemen hipertensi ditandai dengan menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANU  
YOGYAKARTA

### D. Rencana Intervensi

Tabel 3. 4 Rencana Intervensi Keperawatan

NO DX	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1.	(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah ditandai dengan adanya tekanan tinggi, riwayat edema kaki	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24jam maka perfusi perifer dengan kriteria hasil : 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Edema perifer menurun 3. Kram otot menurun 4. Tekanan darah sistolik membaik 5. Tekanan darah diastolik membaik	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi : 1. Periksa sirkulasi perifer 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi 3. Monitor panas, nyeri, kemerahan, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik : 1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di are aketerbatasan perfusi 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 3. Lakukan hidrasi Edukasi : 1. Anjurkan berhenti merokok 2. Anjurkan berolahraga rutin 3. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah 4. Anjurkan program diet rendah lemak, rendah garam
2.	(D. 0008) Penurunan curah jantung b.d perubahan <i>afterload</i>	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24jam maka curah jantung meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. EF meningkat 3. Lelah menurun 4. Edema menurun 5. Tekanan darah membaik 6. CRT membaik	Perawatan Jantung (I.02075) Observasi : 1. Identifikasi gejala primer penurunan curah jantung 2. Identifikasi gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor <i>intake output</i> Terapeutik : 1. Posisikan semi fowler 2. Beri diet jantung 3. Edukasi : 4. Anjurkan berhenti merokok 5. Anjurkan beraktifitas bertahap Kolaborasi : -
3.	(D.0056) Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan toleransi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24jam maka toleransi aktivitas	Manajemen energi (I.05178) Observasi : 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan

	kebutuhan oksigen meningkat dengan kriteria hasil : 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Saturasi oksigen meningkat 3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 4. Kecepatan berjalan 5. Keluhan lelah menurun 6. Dispnea saat aktivitas menurun 7. Dispnea setelah aktivitas menurun 8. Tekanan darah membaik	kelelahan 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik : 1. Sediakan lingkungan yang nyaman 2. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan Edukasi : 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Kolaborasi : Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
4. (D.0022) Hipervolemia b.d mekanisme regulasi	Setelah dilakukan gangguan intervensi keperawatan selama 3x24jam maka curah jantung meningkat dengan kriteria hasil : 1. Lelah menurun 2. Edema menurun 3. Dispnea menurun 4. Berat badan menurun 5. Tekanan darah membaik 6. CRT membaik	Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi : 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan Terapeutik : 1. Timbang berat badan 2. Batasi asupan cairan dan garam Edukasi : Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi : Kolaborasi pemberian diuretik
5. (D.0111) Defisit pengetahuan tentang manajemen hipertensi ditandai dengan menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24jam maka tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Kemampuan menggambarkan pengalaman	Edukasi kesehatan (I.12384) Observasi : Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik : 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi :

---

sebelumnya sesuai dengan topik meningkat	1. Jelaskan faktor risiko yang mempengaruhi kesehatan
3. Pertanyaan	2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
tentang masalah yang dihadapi menurun	3. Ajarkan strategi untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
4. Perilaku membaik	




---



PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA

## E. Implementasi dan Evaluasi



### Hari ke-1

Tabel 3. 5 Implementasi dan Evaluasi Hari ke-1

DX	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah ditandai dengan adanya tekanan darah tinggi, riwayat edema kaki	16/1/24 21.30 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memeriksa sirkulasi perifer</li> <li>Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi</li> <li>Memonitor panas, nyeri, kemerahan, atau bengkak pada ekstremitas</li> <li>Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area O:</li> <li>Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> </ol>	16/1/24 21.45 WIB S: <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan masih kram otot, kebas, kesemutan di tubuhnya secara bergantian hilang timbul dari leher sampai kaki</li> <li>Pasien mengatakan setiap hari berolahraga dengan berkegiatan jalan kaki ketika bekerja ke bengkel</li> </ol> O: <ol style="list-style-type: none"> <li>TD 169/85 mmHg, N: 70x/m, S : 36,5 C, akral hangat</li> <li>Pengukuran tekanan darah di lengan kanan</li> </ol>	 Aulia
	17/1/24 06.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>Menganjurkan program diet rendah lemak, rendah garam (diet RS porsi habis (nasi, tahu tempe rebus, sayur bayam)</li> <li>Melakukan hidrasi (minimalkan cairan)</li> <li>Menganjurkan berhenti merokok</li> </ol>	17/1/24 06.30 WIB S: <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan mau sarapan makan makanan porsi habis</li> <li>Pasien mengatakan mulai mengatur cairan tubuhnya</li> <li>Keluarga mengatakan selama di RS pasien berhenti merokok</li> </ol> O: <ol style="list-style-type: none"> <li>CRT : &lt;2detik</li> </ol>	 Aulia
	17/1/24 07.45 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor tekanan darah</li> <li>Memonitor suhu</li> <li>Memonitor frekuensi napas</li> <li>Memonitor kondisi fisik pasien</li> <li>Memberikan obat penurun tekanan darah (ramipril)</li> </ol>	17/1/24 08.00 WIB S: <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan masih kram otot, kebas, kesemutan di tubuhnya secara bergantian hilang timbul dari leher sampai kaki</li> <li>Pasien mengatakan di rumah konsumsi rutin amlodipine</li> </ol>	 Aulia

		10mg/oral, adalat oros 30mg/oral, furosemide 60mg/iv)	tablet 3. Pasien mengaku sulit menghentikan kebiasaan merokok	
			O: 1. TD169/85 mmHg , N: 70x/m , S: 36,5 C 2. Bengkak di kaki sudah berkurang 3. Faktor resiko : kebiasaan merokok, hipertensi	
			A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi	
			P: Lanjutkan intervensi :	
			1. Periksa perfusi perifer 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi 3. Monitor panas, nyeri, kemerahan, atau bengkak pada ekstremitas 4. Lakukan hidrasi 5. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah 6. Anjurkan program diet rendah lemak dan garam	
(D. 0008)	16/1/24	1. Mengidentifikasi gejala primer penurunan curah jantung 2. Mengidentifikasi gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Memonitor tekanan darah 4. Memposisikan semi fowler	16/1/24 22.10 WIB S: 1. Pasien mengatakan dirinya memiliki riwayat hipertensi bertahun tahun 2. Pasien mengatakan dirinya sering kali kelelahan dan sesak napas O: 1. Pasien tampak lebih nyaman dengan posisi semi fowler 2. TD : 169/85 mmHg	 Aulia
	17/1/24 06.00 WIB	1. Memberi diet jantung 2. Menganjurkan berhenti merokok 3. Menganjurkan beraktifitas bertahap	17/1/24 06.15 WIB S: 1. Pasien mengatakan masih aktif merokok 2. Pasien mengatakan dirinya belum bisa beraktifitas seperti biasanya masih terasa lelah 3. Pasien mengatakan menerima	 Aulia

			diet jantung dan menghabiskan porsi makan yang diberikan RS	
			O:-	
17/1/24 07.45 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tekanan darah</li> <li>2. Memonitor gejala penurunan curah jantung</li> <li>3. Memonitor kondisi pasien</li> <li>4. Memonitor <i>intake output</i></li> </ol>	17/1/24 08.00 WIB	<p>S: Pasien mengatakan sudah tidak sesak napas dan sudah tidak pusing namun</p> <p>O:  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD: 119/85 mmHg, N : 70x/m</li> <li>2. Output urine : 300 cc</li> <li>3. IWL : 266,6 cc</li> </ol> </p> <p>A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gejala primer penurunan curah jantung</li> <li>2. Identifikasi gejala sekunder penurunan curah jantung</li> <li>3. Monitor tekanan darah</li> <li>4. Monitor <i>intake output</i></li> <li>5. Beri diet jantung</li> <li>6. Anjurkan beraktifitas bertahap</li> </ol>	
(D.0056) Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	16/1/24 22.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Memonitor pola dan jam tidur</li> <li>3. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> <li>4. Menyediakan lingkungan yang nyaman</li> <li>5. Menganjurkan tirah baring</li> </ol>	16/1/24 22.20 WIB	<p>S:  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan tubuhnya sudah tidak lelah dan sudah tidak sesak napas namun jika berjalan masih bisa perlahan</li> <li>2. Pasien mengatakan biasanya bila beraktifitas selama 15 menit napas terasa berat</li> <li>3. Pasien mengatakan bisa tidur dengan baik, tidur malam sekitar 6-7jam</li> </ol> </p> <p>O: Ruangan pasien terlihat nyaman, bersih, senyap, dan kondusif untuk istirahat</p>
	17/1/24 07.30 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>2. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> <li>3. Meningkatkan asupan</li> </ol>	17/1/24 08.00 WIB	<p>S: O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD: 169/85mmHg , N:70x/m , RR:20x/m , SPO2: 99%</li> <li>2. Pasien sudah tidak mengeluh lelah</li> </ol>

		makanan (porsi diet makan pagi dari RS habis, aspar-k/ oral, asam folat/oral )	3. Belum bisa melakukan banyak aktivitas secara mandiri 4. Kemampuan berjalan masih lambat	
			A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi :	
			1. Monitor pola dan jam tidur 2. Sediakan lingkungan yang nyaman 3. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan 4. Anjurkan tirah baring 5. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 6. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	
(D.0022)	16/1/24 21.30 WIB	1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia	16/1/24 22.00 WIB	 Aulia
Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi			S: Pasien mengatakan BAK berkali-kali O: 1. Tempat tidur pasien nampak basah hingga 3x verbed dikarenakan dc bocor 2. Kaki kiri dan kanan bengkaknya sudah mulai berkurang	
	17/2/24 06.00 WIB	1. Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan 2. Menimbang berat badan	17/1/24 06.15 WIB	
			S:- O: 1. Urine : 300 cc 2. BB : 80kg	
	17/1/24 07.40 WIB	1. Membatasi asupan cairan dan garam dengan mengurangi konsumsi makanan tinggi garam/natrium 2. Mengajarkan cara membatasi cairan dengan membatasi minum agar tidak berlebihan 3. Memonitor TTV	17/2/24 08.00 WIB	 Aulia
			S: Pasien mengatakan tubuhnya sudah tidak lelah dan sudah tidak sesak napas namun berjalan hanya bisa pelan-pelan O: 1. Kaki kiri dan kanan bengkaknya sudah mulai berkurang	

- 
4. Memberikan diuretik (furosemide 60mg/iv)
2. CRT : <2detik  
3. TD169/85 mmHg , N: 70x/m , S: 36,5 C

A :


Masalah hipervolemia teratasi sebagian

P:

Lanjutkan intervensi :

1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia
2. Monitor *intake* dan *output* cairan
3. Timbang berat badan
4. Batasi asupan cairan dan garam
5. Ajarkan cara membatasi cairan
6. Kolaborasi pemberian diuretik





---


(D.0111) Defisit pengetahuan tentang manajemen hipertensi ditandai dengan menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran	16/1/24 13.30 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji kondisi pasien</li> <li>2. Mengidentifikasi kesediaan diberikan edukasi kesehatan</li> <li>3. Mengidentifikasi faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup</li> <li>4. Mengidentifikasi suku/budaya yang dianut pasien untuk menentukan strategi edukasi</li> </ol>	14.00WIB S:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan bersedia diberikan edukasi kesehatan tentang hipertensi</li> <li>2. Pasien mengatakan dirinya memang masih sulit mengendalikan perilaku kesehatan</li> <li>3. Keluarga pasien mengatakan terbuka dalam menerima informasi kesehatan. Tidak ada pantangan dalam penerimaan informasi</li> </ol>	 Aulia
				<p>O: A: Masalah defisit pengetahuan teratasi P: Hentikan intervensi</p>	




---




## Hari ke-2


Tabel 3. 6 Implementasi dan Evaluasi Hari ke-2

DX	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah ditandai dengan adanya tekanan darah tinggi, riwayat edema kaki	18/1/24 08.00WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa sirkulasi perifer</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi</li> <li>3. Memonitor panas, nyeri, kemerahan, atau bengkak pada ekstremitas</li> <li>4. Memberikan obat penurun tekanan darah (ramipril 10mg/oral, adalat oros 30mg/oral, furosemide 60mg/iv)</li> </ol>	08.30 WIB S: Pasien mengatakan masih kram otot di tubuhnya secara bergantian hilang timbul dari leher sampai kaki O: 1. N: 65x/m, S : 36,5 C, akral hangat 2. Faktor resiko : kebiasaan merokok, hipertensi	 Aulia
	11.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan hidrasi</li> <li>2. Mengajukan program diet rendah lemak, rendah garam (diet RS habis (nasi tahu tempe rebus sayur sop)</li> </ol>	11.10 WIB S: Pasien mengatakan nafsu makannya tidak berkurang, porsi makan dari RS habis O: CRT :>2detik	 Aulia
	12.30 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan teknik relaksasi benson (TD : 156/80mmHg)</li> </ol>	12.40 WIB S: Pasien mengatakan dirinya merasa lebih rileks setelah di berikan terapi relaksasi benson O: 1. Pasien nampak bisa mengikuti instruksi terapi relaksasi benson 2. TD:150/70mmHg	 Aulia
	13.50 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor suhu</li> <li>2. Memonitor frekuensi napas</li> <li>3. Memonitor kondisi fisik pasien</li> </ol>	14.00 WIB S: Pasien mengatakan masih kram otot di tubuhnya secara bergantian hilang timbul dari leher sampai kaki O: Kaki sudah tidak bengkak A: Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian	 Aulia

			P: Lanjutkan intervensi : 1. Periksa perfusi perifer 2. Monitor panas, nyeri, kemerahan, atau bengkak pada ekstremitas 3. Lakukan hidrasi 4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah Anjurkan program diet rendah lemak dan rendah garam
(D. 0008)	18/1/24	1. Mengidentifikasi gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung 2. Monitor tekanan darah	08.30 WIB S: Pasien mengatakan dirinya sudah merasa kondisinya lebih baik daripada kemarin O: TD: 153/75mmHg
Penurunan curah jantung b.d perubahan <i>afterload</i>	08.10 WIB		 Aulia
	11.00 WIB	1. Memberi diet jantung 2. Menganjurkan beraktifitas bertahap	11.15 WIB S: Pasien mengatakan nafsu makannya baik, diet RS dihabiskan O: Pasien sudah bisa beraktifitas berjalan namun lambat
	13.50 WIB	1. Memonitor tekanan darah 2. Memonitor gejala penurunan curah jantung 3. Memonitor kondisi pasien 4. Memonitor <i>intake output</i>	14.00 WIB S: Pasien mengatakan sudah tidak sesak namun masih kram tubuhnya O: 1. TD : 150/70 mmHg, N : 65x/m 2. CRT : >2detik 3. Edema di kaki sudah berkurang
			A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi P: Lanjutkan intervensi : 1. Identifikasi gejala primer penurunan curah jantung 2. Identifikasi gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor <i>intake output</i>

			5. Beri diet jantung	
			6. Anjurkan beraktifitas bertahap	
(D.0056) Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	18/1/24 09.00 WIB	1. Memonitor pola dan jam tidur 2. Menyediakan lingkungan yang nyaman 3. Menganjurkan tirah baring 4. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	09.20 WIB S: Pasien mengatakan bisa tidur dengan baik, tidur malam sekitar 6-7jam O: 1. Kemampuan berjalan masih lambat 2. tempat tidur bersih, ruangan senyap dan nyaman untuk istirahat	 Aulia
	12.00 WIB	Meningkatkan asupan makanan	12.15 WIB S: Pasien mengatakan makanannya sudah dihabiskan porsi diet makan dari RS habis (nasi, tahu tempe sayur) O:-	 Aulia
	13.55 WIB	1. Memonitor aktivitas dan istirahat pasien 2. Memonitor kemampuan aktivitas fisik pasien 3. Memonitor TTV	14.00 WIB S: 1. Pasien mengatakan tubuhnya sudah tidak lelah dan sudah tidak sesak napas namun jika berjalan masih perlahan O: 1. TD: 150/70mmHg, N:62x/m, RR:18x/m, SPO2: 100% 2. Pasien sudah tidak mengeluh lelah 3. Makan, duduk mandiri, berjalan dibantu A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi : 1. Monitor pola dan jam tidur 2. Sediakan lingkungan yang nyaman 3. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan 4. Anjurkan tirah baring	 Aulia




			5. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	
			6. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	
(D.0022) Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi	18/1/24 08.00 WIB	1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Memberikan diuretik (furosemide 60mg/iv)	08.15 WIB S:- O: 1. Kaki kiri dan kanan sudah tidak bengkak 2. CRT : >2detik	 Aulia
	12.00 WIB	1. Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan	12.15 WIB S: Pasien mengatakan dirinya merasa seperti berkurang berat badannya O: Urine : 500 cc	 Aulia
	13.45 WIB	1. Membatasi asupan cairan dan garam dengan mengurangi konsumsi makanan tinggi garam/natrium 2. Mengajarkan cara membatasi cairan dengan membatasi minum agar tidak berlebihan 3. Memonitor TTV	14.00 WIB S: 1. Pasien mengatakan tubuhnya sudah tidak kelelahan dan terasa lebih enak daripada kemarin 2. Pasien mengatakan dirinya seperti ada penurunan berat badan karena perut mengecil O: TD:150/70mmHg, N:62x/m, RR:18x/m A : Masalah hipervolemia teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi : 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan 3. Timbang berat badan 4. Batasi asupan cairan dan garam 5. Ajarkan cara membatasi cairan	 Aulia





			Kolaborasi diuretik	pemberian
(D.0111) Defisit pengetahuan tentang manajemen hipertensi ditandai dengan menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran	18/1/24 13.30 WIB	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	14.00 WIB S: Pasien mengatakan setuju dilakukan edukasi besok siang pukul 13.00 WIB O: Pasien nampak tertarik mengikuti edukasi kesehatan A: Masalah defisit pengetahuan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	 Aulia




PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA

## Hari ke-3

Tabel 3. 7 Implementasi dan Evaluasi Hari ke-3

DX	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah ditandai dengan adanya tekanan darah tinggi, riwayat edema kaki	19/1/24 08.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memeriksa sirkulasi perifer</li> <li>Memonitor panas, nyeri, kemerahan, atau bengkak pada ekstremitas</li> <li>Melakukan hidrasi</li> <li>Memberikan obat penurun tekanan darah (ramipril 10mg/oral, adalat oros 30mg/oral, furosemide 60mg/iv)</li> </ol>	<p>14.00 WIB</p> <p>S:</p> <p>Pasien mengatakan masih kram otot di tubuhnya secara bergantian hilang timbul dari leher sampai kaki namun sudah berkurang</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Akral hangat, N: 60x/m, S : 36,5 C</li> <li>CRT :&lt;2detik</li> <li>Kaki tampak tidak bengkak</li> </ol>	 Aulia
	12.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memberikan aktivitas distraksi (terapi relaksasi benson TD : 149/79)</li> </ol>	<p>S:</p> <p>Pasien mengatakan setelah dilakukan terapi relaksasi benson merasa lebih rileks</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>TD: 133/70mmHg</li> <li>Pasien bisa melakukan terapo relaksasi benson secara mandiri</li> </ol>	 Aulia
	13.50 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor tekanan darah pasien</li> <li>Memonitor frekuensi napas</li> <li>Memonitor TTV</li> <li>Menganjurkan program diet rendah lemak, rendah garam (nasi telur tempe rebus sayur)</li> </ol>	<p>14.00 WIB</p> <p>S:</p> <p>Pasien mengatakan masih kram otot di tubuhnya secara bergantian hilang timbul dari leher sampai kaki namun sudah berkurang</p> <p>O:</p> <p>Kaki sudah tidak bengkak</p> <p>A:</p> <p>Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah</li> <li>Anjurkan program diet rendah lemak dan rendah garam</li> </ol>	 Aulia

(D. 0008)	19/1/24	1. Mengidentifikasi gejala penurunan curah jantung b.d perubahan <i>afterload</i>	08.20 WIB	S: Pasien mengatakan sudah tidak ada gejala yang mengganggu dirinya O: TD : 149/79 mmHg	 Aulia
	10.30 WIB	1. Memberi diet jantung (nasi telur tempe sayur) 2. Menganjurkan aktivitas bertahap	10.40 WIB	S: Pasien mengatakan sudah mulai bisa beraktivitas mandiri makan, BAK, berjalan O: Pasien nampak lebih bugar	 Aulia
	13.45 WIB	1. Memonitor kondisi pasien 2. Memonitor tanda-tanda vital 3. Memonitor <i>intake output</i>	14.00 WIB	S:- O: 1. TD : 133/70 mmHg 2. CRT : < 2 detik 3. Edema sudah BAK 3x sudah tidak pakai DC berkurang A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi P: Lanjutkan intervensi : Monitor tekanan darah dan monitor gejala penurunan curah jantung	 Aulia
(D.0056)	19/1/24	1. Memonitor pola dan aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	09.15 WIB	S: 1. Pasien mengatakan tubuhnya sudah merasa jauh lebih baik dan sudah tidak sesak napas 2. pasien mengatakan bisa tidur dengan baik, tidur malam sekitar 6-7jam, dan bisa tidur siang juga biasanya O: 1. Pasien sudah tampak bugar 2. Kemampuan berjalan mulai normal kembali 3. Makan, berjalan, BAK, berpindah mandiri	 Aulia

13.45 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor aktivitas fisik yang bisa dilakukan klien</li> <li>2. Memonitor kondisi fisik pasien terkait kelemahan gerak</li> </ol>	<p>14.00 WIB</p> <p>S: Pasien mengatakan ingin pulang karena tubuhnya sudah bisa beraktivitas seperti biasa</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD: 133/70mmHg, N:65x/m, RR:18x/m, SPO2: 100%</li> <li>2. Pasien sudah tampak bugar</li> <li>3. Kemampuan berjalan mulai normal kembali</li> <li>4. Makan, berjalan, BAK, berpindah mandiri</li> </ol> <p>A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>	 Aulia	
(D.0022) Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi	19/1/24 08.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia</li> <li>2. Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan</li> <li>3. Memberikan diuretik (furosemide 60mg/iv)</li> </ol>	<p>08.15 WIB</p> <p>S: Pasien mengatakan hanya makan dan minum yang diberikan dari gizi RS</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. BAK 3x dan sudah tidak pakai kateter</li> <li>2. Kaki kiri dan kanan sudah tidak bengkak</li> <li>3. CRT : &lt;2detik</li> </ol>	 Aulia
	13.40 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membatasi asupan cairan dan garam dengan mengurangi konsumsi makanan tinggi garam/natrium</li> <li>2. Mengajarkan cara membatasi cairan dengan membatasi minum agar tidak berlebihan</li> <li>3. Memonitor kondisi pasien</li> </ol>	<p>14.00 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan tubuhnya terasa bugar daripada kemarin</li> <li>2. Pasien mengatakan dirinya seperti ada penurunan berat badan karena perut mengecil</li> <li>3. Pasien mengatakan hanya makan dan minum yang diberikan dari gizi RS</li> </ol> <p>O: TD: 133/70mmHg, N:65x/m, RR:18x/m, SPO2: 100%</p> <p>A: Masalah hipervolemia belum</p>	 Aulia

			teratasi P: Lanjutkan intervensi : Ajarkan cara membatasi cairan dan kolaborasi pemberian diuretik
(D.0111) Defisit pengetahuan tentang manajemen hipertensi ditandai dengan perilaku tidak sesuai anjuran	19/1/24 13.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>Menjelaskan pengertian, pengendalian, dan faktor risiko yang mempengaruhi kesehatan pada pasien hipertensi</li> <li>Mengajarkan strategi untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat pada pasien hipertensi</li> <li>Memberikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol>	<p>14.00 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan dirinya paham terkait edukasi yang diberikan</li> <li>Pasien mengatakan sepulang dari RS berencana untuk menghentikan merokok dan memulai perlahan hidup sehat</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien nampak memahami edukasi yang diberikan</li> <li>Pasien bisa menjelaskan kembali terkait materi hipertensi yang diberikan</li> </ol> <p>A: Masalah defisit pengetahuan teratasi P: Hentikan intervensi</p>



Aulia

PERPUSTAKAAN ACHMAD ARIYANTO  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD ARIYANTO  
YOGYAKARTA