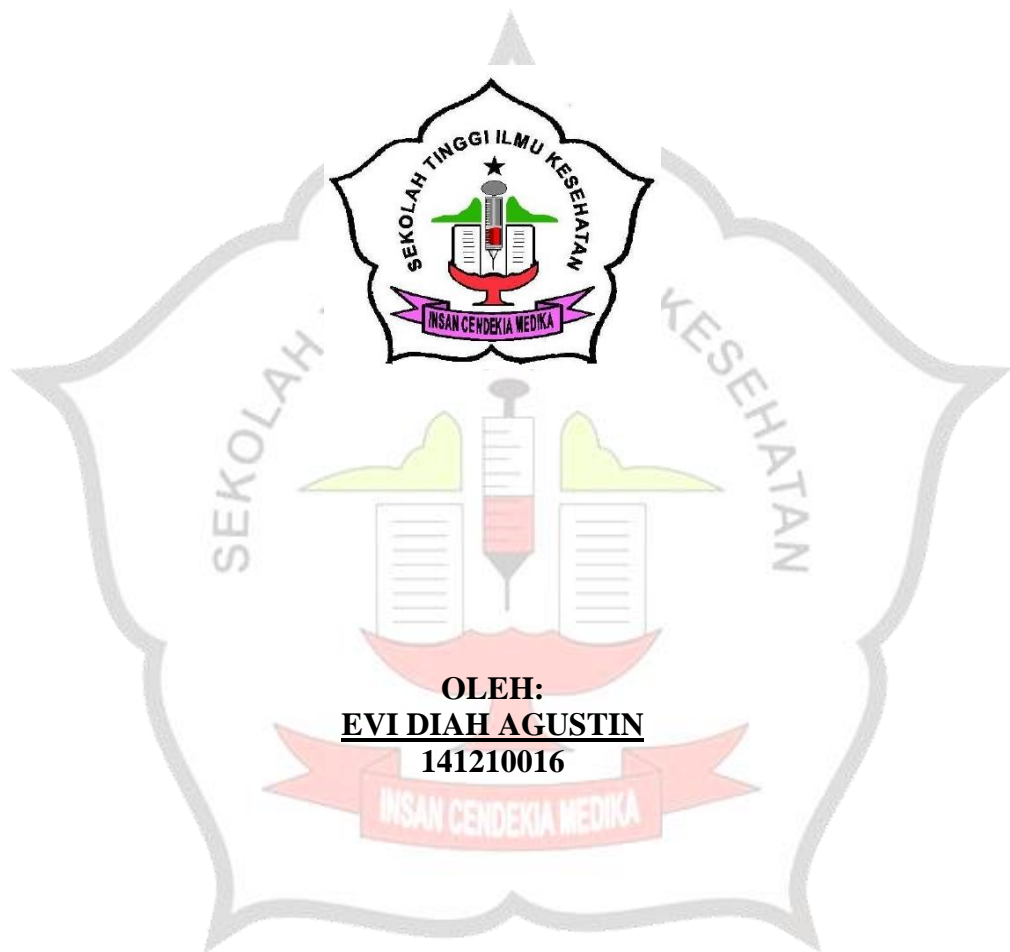


KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN YANG MENGALAMI
HIPERTENSI DENGAN INTOLERANSI AKTIVITAS
DI RUANG KRISAN RSUD BANGIL
PASURUAN**

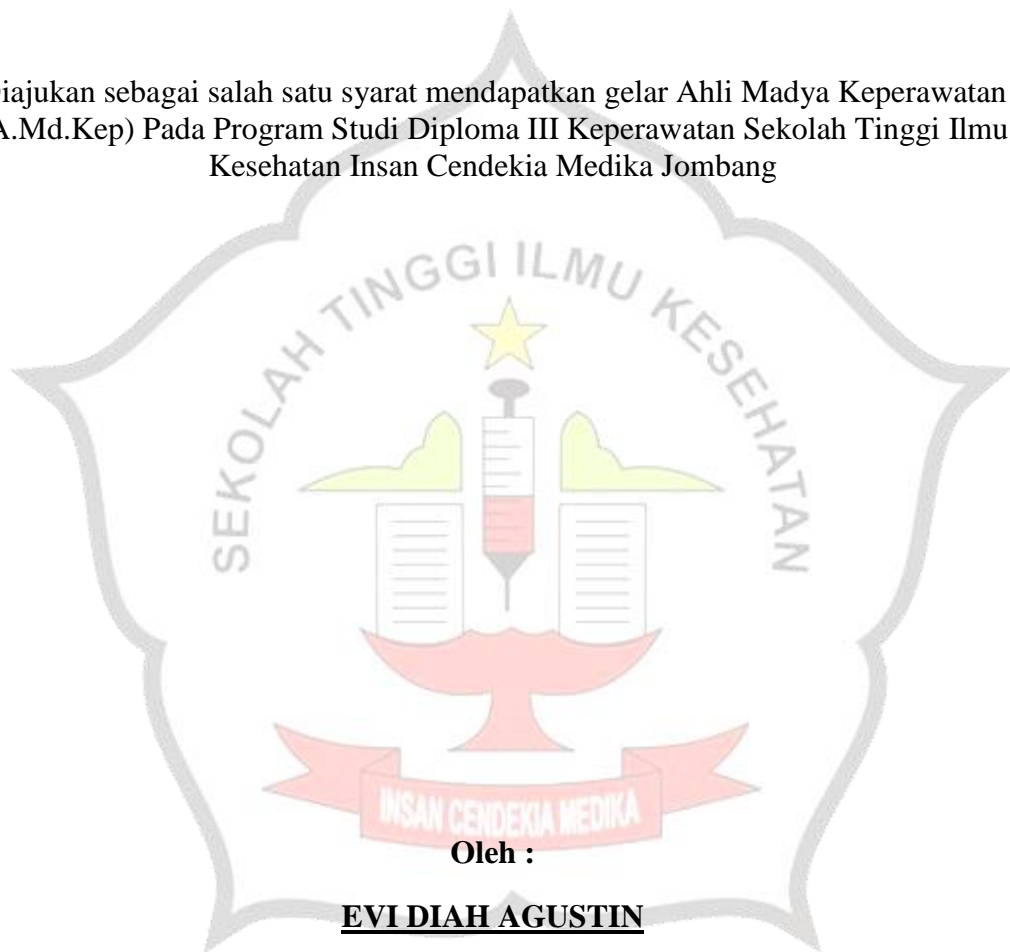


**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN YANG MENGALAMI
HIPERTENSI DENGAN INTOLERANSI AKTIVITAS
DI RUANG KRISAN RSUD BANGIL
PASURUAN**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) Pada Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang



Oleh :

EVI DIAH AGUSTIN

NIM : 14.121.001.6

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : EVI DIAH AGUSTIN

NIM : 141210016

Jenjang : Diploma

Program Studi : Keperawatan

menyatakan bahwa naskah skripsi ini secara keseluruhan benar-benar bebas dari plagiasi. jika di kemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap ditindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang, 13 Juli 2017

Saya yang menyatakan,



EVIA DIAH AGUSTIN
NIM : 141210016

MOTTO

“Seorang Pemenang Takkan Pernah Berhenti Untuk Berusaha Dan Orang Yang Berhenti Untuk Berusaha Takkan Menjadi Seorang Pemenang”

PERSEMBAHAN

Sembah sujud serta syukur alhamdulillah kepada ALLAH SWT. Atas karunia serta kemudahan yang Engkau berikan akhirnya Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan.

Aku persembahkan karya tulis ini untuk seseorang yang selalu senantiasa merawatku, membesarkanku, memberikanku banyak pendidikan mulai dari tidak mengerti sampai umurku sekarang terimakasih bapak dan ibu karena selalu memanjatkan doa disetiap sujudmu sehingga karya tulis ini terselesaikan. Terima kasih juga buat sahabatku yang selalu memberi dukungan, suport, serta selalu berbagi pengalaman.

Serta teman-teman D3 Keperawatan yang aku cintai sudah menjadi teman-teman yang luar biasa selama 3 tahun ini, tawa, canda, tangis sudah pernah kita rasakan aku pasti akan rindu dengan kalian semua.

Terimakasih atas semuanya

LEMBAR PERSETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN YANG MENGALAMI
HIPERTENSI DENGAN INTOLERANSI AKTIVITAS DI RUANG KRISAN
RUMAS SAKIT UMUM DAERAH BANGIL PASURUAN.

Nama Mahasiswa : Evi Diah Agustin

NIM : 141210016

Program Studi : D3 Keperawatan

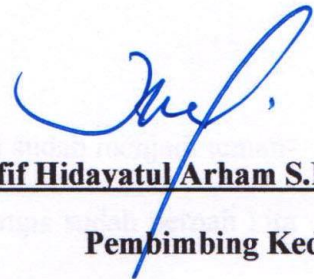
TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING

PADA TANGGAL 20 JUNI 2017



Maharani Tri P. S.Kep.Ns. MM.

Pembimbing Utama



Afif Hidayatul Arham S.Kep.Ns.

Pembimbing Kedua

Mengetahui,



H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep.,Ns.,MH

Ketua STIKes ICMe Jombang



Maharani Tri P. S.Kep.Ns. MM.

Ketua Program Studi D-III Keperawatan

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN YANG MENGALAMI HIPERTENSI DENGAN INTOLERANSI AKTIVITAS DI RUANG KRISAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL PASURUAN”

Nama Mahasiswa : Evi Diah Agustin




NIM : 14.121.001.6

Program studi : D3 Keperawatan

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Dewan Penguji dan diterima Sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III keperawatan STIKes ICMe Jombang

Komisi Dewan Penguji

Panitia Penguji.

1. Penguji Utama : Ruliati, SKM.,M.Kes ()
2. Penguji Anggota 1 : Maharani Tri P, S.Kep.,Ns.,MM ()
3. Penguji Anggota 2 : Afif Hidayatul Arham, S.Kep.,Ns. ()

Ditetapkan di : Jombang

Pada Tanggal : 20 Juni 2017

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan hidayah- Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada klien yang mengalami hipertensi dengan intoleransi aktivitas di Ruang Krissan Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Stikes Insan Cendekia Medika Jombang.

Terima kasih yang sebesar - besarnya penulis sampaikan kepada ibu Maharani Tri Puspitasari S.Kep.,Ns.,MM selaku Pembimbing Utama yang telah dengan sabar dan penuh perhatian memberikan motivasi, bimbingan dan saran untuk penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Terima kasih yang sebesar - besarnya saya sampaikan kepada bapak Afif Hidayatul Arham S.Kep.,Ns, selaku pembimbing kedua yang telah menyediakan waktu dengan penuh kesabaran memberikan pengarahan dan masukan kepada penulis sejak awal hingga akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan.

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mendapat bantuan dari berbagai pihak untuk itu perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar- besarnya kepada : bapak H. Bambang Tutuko, S.H,. S.Kep,. Ns,. M.H selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Ibu Maharani Tri Puspitasari, S.Kep,. Ns,. MM selaku Ketua Program Studi Ahli Madya Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia

Medika Jombang. Ibu Ruliati, S.K.M., M.Kes selaku Koordinator Karya Tulis Ilmiah Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

Semoga Allah SWT memberikan Rahmat-Nya dan semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi profesi keperawatan.

Jombang, 20 Juni 2017

Penulis

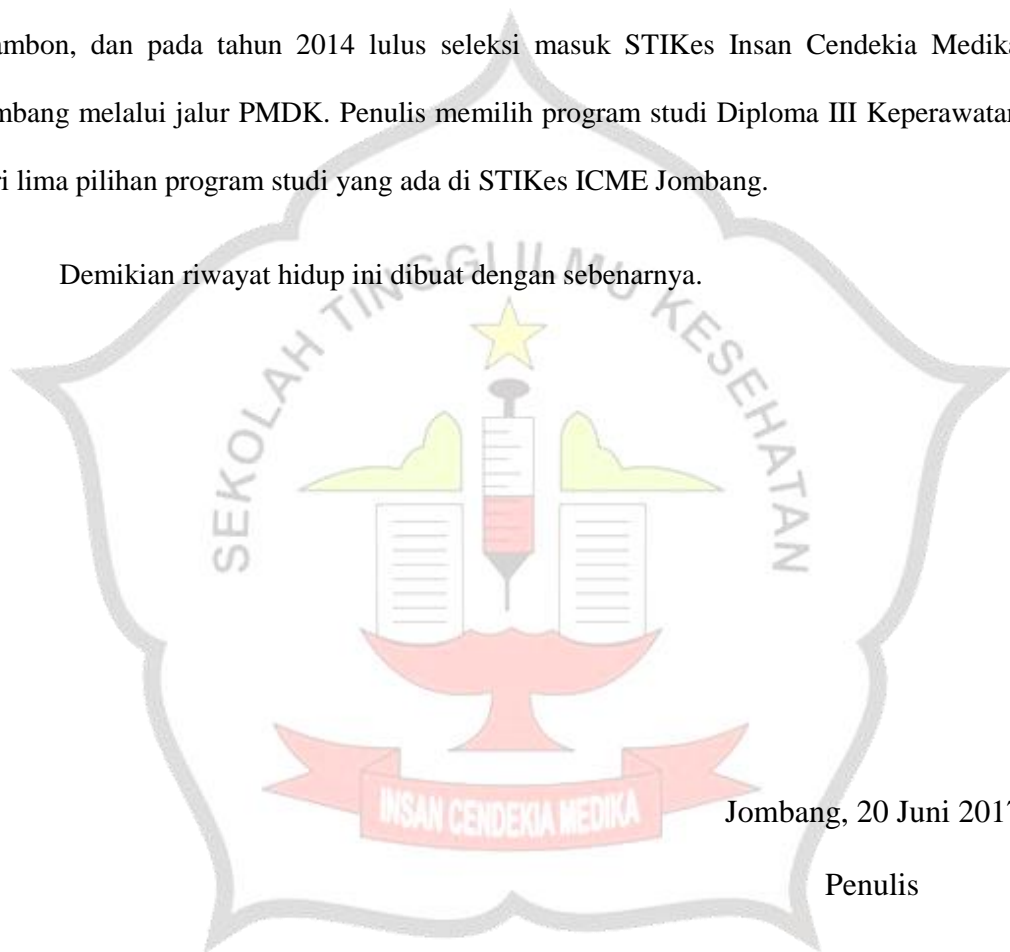


RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Sidoarjo, 13 Agustus 1996 dari ayah yang bernama Samadji dan ibu yang bernama Alpa, penulis merupakan putri keempat dari empat bersaudara.

Tahun 2008 penulis lulus dari SD Negeri Wirobiting II, tahun 2011 penulis lulus dari SMP Wachid Hasyim 10 Prambon, tahun 2014 penulis lulus dari SMK Ma'arif NU Prambon, dan pada tahun 2014 lulus seleksi masuk STIKes Insan Cendekia Medika Jombang melalui jalur PMDK. Penulis memilih program studi Diploma III Keperawatan dari lima pilihan program studi yang ada di STIKes ICME Jombang.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.



Jombang, 20 Juni 2017

Penulis

EVI DIAH AGUSTIN

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN YANG MENGALAMI HIPERTENSI DENGAN INTOLERANSI AKTIVITAS DI RUANG KRISSAN RSUD BANGIL PASURUAN

Oleh :

EVI DIAH AGUSTIN

Hipertensi merupakan suatu keadaan dimana tekanan darah di atas normal. Hubungan hipertensi dengan intoleransi aktivitas berpusat pada proses ketidakmampuan tubuh untuk memproduksi energi yang cukup untuk menyelesaikan aktivitas sehari-hari dan di tandai adanya kelelahan dan kelemahan fisik yang di alami oleh penderita hipertensi. Tujuan penelitian ini adalah mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami hipertensi dengan masalah intoleransi aktivitas di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan.

Desain penelitian ini adalah Deskriptif dengan menggunakan metode studi kasus. Penelitian diambil dari RSUD Bangil Pasuruan sebanyak 2 klien dengan diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring. Pengolahan *pre survey* data diambil dari RSUD Bangil Pasuruan.

Hasil penelitian diruang krissan RSUD Bangil berdasarkan pengkajian diketahui bahwa Ny. L mengatakan kepala cekot-cekot dan badan terasa lemas yang didukung dengan data obyektif lemas pada ekstermitas atas dan bawah bagian kiri sedangkan Ny. T mengatakan kepala pusing dan badan lemas dengan data obyektif lemas pada ekstermitas atas dan bawah bagian kiri. Diagnosa keperawatan yang ditetapkan adalah intoleransi aktivitas. Intervensi keperawatan yang dilakukan pada intoleransi aktivitas disusun berdasarkan kriteria NIC NOC tahun 2015 yang meliputi *activity therapy*. Implementasi pada Ny. L dan Ny. T dikembangkan dari hasil kajian intervensi yang dilakukan dalam 3 hari.

Berdasarkan hasil evaluasi akhir disimpulkan bahwa pada Ny. L dan Ny. T masalah teratasi sebagian, harapan kedepannya profesi perawat untuk lebih menekankan status intoleransi aktivitas, sehingga intervensi dapat dilakukan secara tepat.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Hipertensi, Intoleransi aktivitas

ABSTRACT

NURSING INSTITUTION IN CLIENTS WHO HAVE A HYPERTENSION WITH ACTIVITY INTOLERANCE IN THE ROOM OF KRISSAN RSUD BANGIL PASURUAN

By:

EVI DIAH AGUSTIN

Hypertension is a condition where the blood pressure is above normal. Hypertension relationship with activity intolerance centered on the body's inability process to produce enough energy to complete daily activities and in marking the existence of fatigue and physical weakness experienced by people with hypertension. The purpose of this study is able to carry out Nursing Care on clients who have hypertension with the problem Of activity intolerance in krissan room RSUD Bangil Pasuruan.

The design of this research is descriptive by using case study method. The study was taken from RSUD Bangil Pasuruan by 2 clients with diagnosis of activity intolerance related to bed rest. Processing pre survey data taken from RSUD Bangil Pasuruan.

The results of research krissan RSUD Bangil based on the assessment known that Ny. L says the head of the bully and body feels limp supported by objective data limp on extermitas upper and lower left while Ny. T says headaches and limp body with obsessive objective data on left and upper extremities. The defined nursing diagnosis is activity intolerance. Nursing interventions conducted on activity intolerance were prepared based on the NIC NOC 2015 criteria that included activity therapy. Implementation on Ny. L and Ny. T was developed from the results of a three-day intervention study.

Based on the final evaluation result, it is concluded that at Ny. L and Ny. T problem is partially resolved, the future expectation of the nurse profession to put more emphasis on the status of activity intolerance, so that intervention can be done appropriately.

Keywords: Nursing Care, Hypertension, Activity Intolerance

DAFTAR ISI

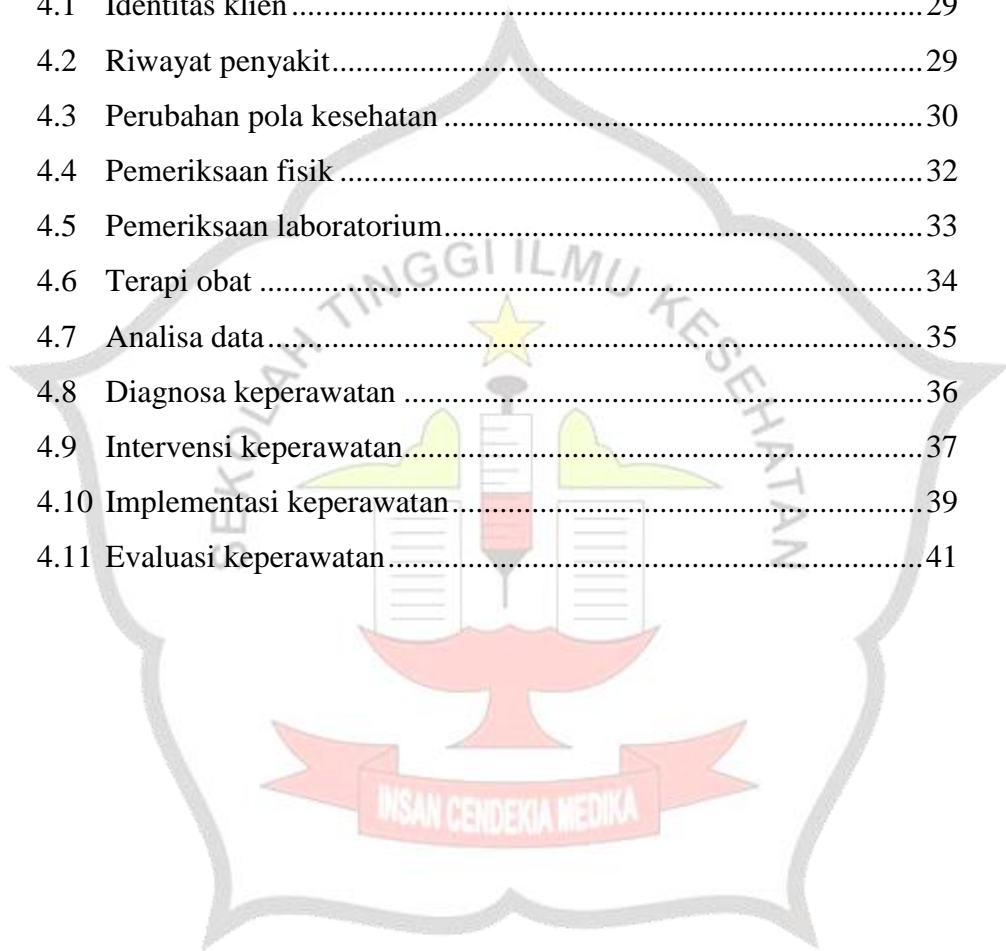
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN JUDUL DALAM.....	ii
SURAT PERNYATAAN.....	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH.....	v
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
RIWAYAT HIDUP.....	ix
ABSTRAK.....	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR SKEMA.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN.....	xviii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah.....	3
1.3 Rumusan Masalah.....	3
1.4 Tujuan Penulisan.....	3
1.5 Manfaat Penulisan.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Hipertensi	
2.1.1 Definisi.....	6
2.1.2 Klasifikasi.....	7
2.1.3 Etiologi.....	9
2.1.4 Patofisiologi.....	9

2.1.5	Pohon masalah/PATHWAY	10
2.1.6	Manifestasi klinis	11
2.1.7	Komplikasi	12
2.1.8	Penatalaksanaan	13
2.2	Konsep Dasar Aktivitas	
2.2.1	Definisi	15
2.2.2	Batasan karakteristik	15
2.3	Konsep Dasar intoleransi aktivitas	
2.3.1	Definisi	17
2.3.2	Batasan karakteristik	18
2.3.3	Faktor yang berhubungan.....	18
2.4	Konsep Asuhan Keperawatan	
2.4.1	Pengkajian	18
2.4.2	Diagnosa Keperawatan.....	21
2.4.3	Intervensi Keperawatan.....	21
2.4.5	Implementasi Keperawatan.....	23
2.4.6	Evaluasi Keperawatan.....	23
BAB III METODE PENELITIAN		
3.1	Desain Penelitian.....	24
3.2	Batasan Istilah	24
3.3	Partisipan	25
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	25
3.5	Pengumpulan Data	25
3.6	Uji Keabsahan Data.....	26
3.7	Analisa Data	26
3.8	Etik Penelitian	28
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		
4.1	Hasil	

4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	29
4.1.2	Pengkajian.....	29
	1. Identitas Klien	29
	2. Riwayat Penyakit.....	29
	3. Perubahan Pola Kesehatan	30
	4. Pemeriksaan Fisik.....	32
	5. Hasil Pemeriksaan Diagnostik.....	33
4.1.3	Analisa Data.....	35
4.1.4	Diagnosa Keperawatan	36
4.1.5	Intervensi Keperawatan	37
4.1.6	Implementasi Keperawatan.....	39
4.1.7	Evaluasi Keperawatan.....	41
4.2	Pembahasan	
4.2.1	Pengkajian.....	43
4.2.2	Diagnosa Keperawatan	47
4.2.3	Intervensi Keperawatan	48
4.2.4	Implementasi Keperawatan.....	49
4.2.5	Evaluasi Keperawatan.....	50
BAB V PENUTUP		
5.1	Kesimpulan	
5.1.1	Pengkajian.....	54
5.1.2	Diagnosa Keperawatan	54
5.1.3	Intervensi Keperawatan	55
5.1.4	Implementasi Keperawatan.....	55
5.1.5	Evaluasi Keperawatan.....	56
5.2	Saran	
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

No	Daftar Tabel	Hal
2.1	Klasifikasi derajat hipertensi.....	8
2.2	Tingkat aktivitas.....	16
2.3	Derajat kekuatan otot.....	17
2.4	Intervensi keperawatan.....	22
4.1	Identitas klien.....	29
4.2	Riwayat penyakit.....	29
4.3	Perubahan pola kesehatan.....	30
4.4	Pemeriksaan fisik.....	32
4.5	Pemeriksaan laboratorium.....	33
4.6	Terapi obat.....	34
4.7	Analisa data.....	35
4.8	Diagnosa keperawatan.....	36
4.9	Intervensi keperawatan.....	37
4.10	Implementasi keperawatan.....	39
4.11	Evaluasi keperawatan.....	41



DAFTAR GAMBAR

No	Daftar Gambar	Hal
1.	Pohon masalah/PATHWAY (Aplikasi Nanda NIC NOC 2015	10



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Jadwal Laporan Kasus

Lampiran 2 Lembar Permohonan Menjadi Partisipan

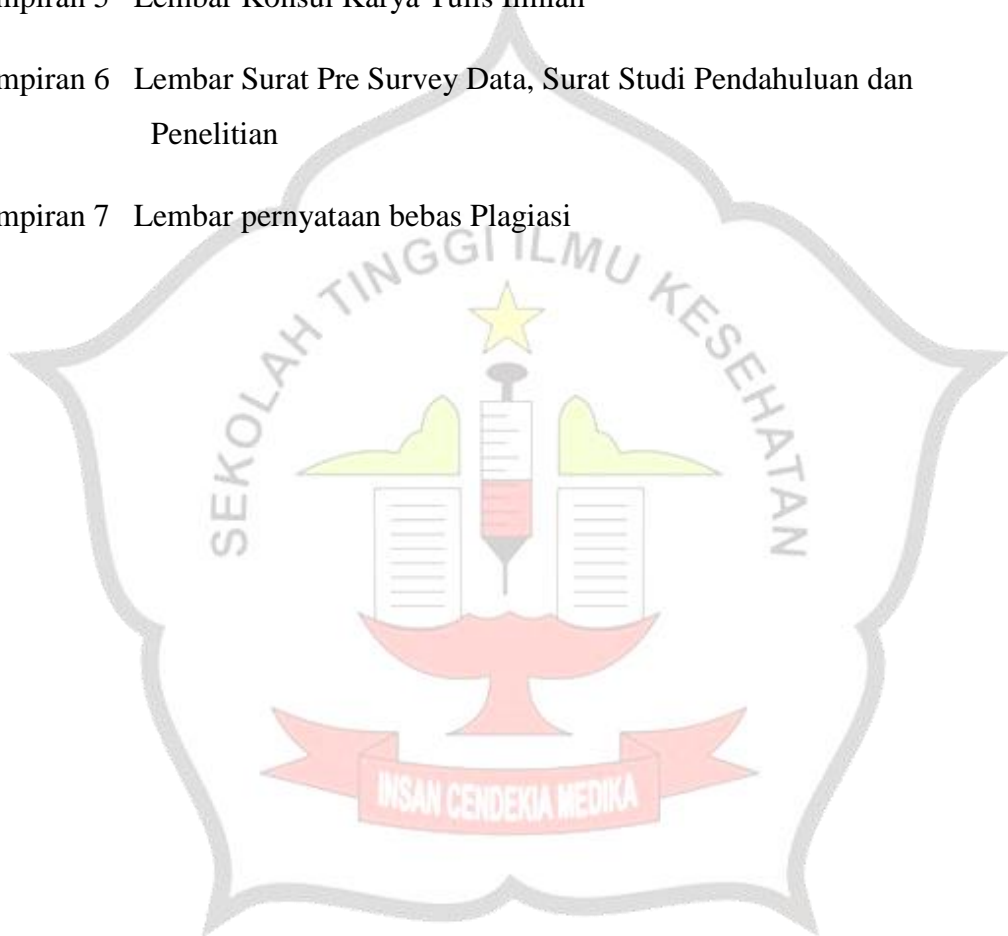
Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan

Lampiran 4 Lembar Format Asuhan Keperawatan

Lampiran 5 Lembar Konsul Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 6 Lembar Surat Pre Survey Data, Surat Studi Pendahuluan dan Penelitian

Lampiran 7 Lembar pernyataan bebas Plagiasi



DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

% : Persen

0 : Derajat

C : Celcius

& : dan

gr : gram

mg : mili gram

mmHg : Millimeter hetero gram

TTV : Tanda-tanda vital

TD : Tekanan darah

N : Nadi

S : Suhu

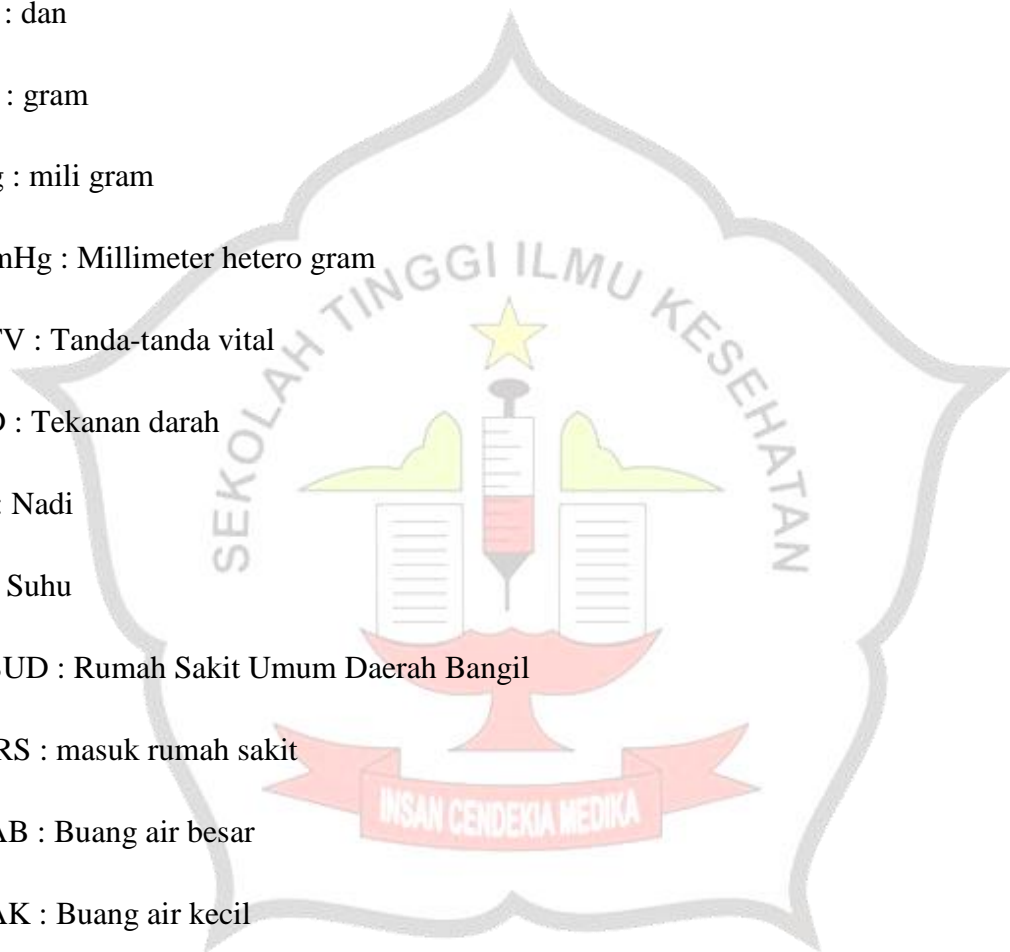
RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah Bangil

MRS : masuk rumah sakit

BAB : Buang air besar

BAK : Buang air kecil

WHO : *World Health Organization*



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang terjadi di Negara maju maupun di Negara berkembang. Hipertensi merupakan suatu keadaan dimana tekanan darah di atas normal, yang tidak memperlihatkan ada gejala yang muncul atau yang di timbulkan sebelumnya (Armilawati, 2007). Menurut jurnal Universitas Sumatera Utara hubungan hipertensi dengan intoleransi aktivitas berpusat pada proses ketidakmampuan tubuh memproduksi energi yang cukup untuk menyelesaikan aktivitas sehari-hari. Keadaan tersebut dapat ditandai dengan adanya kelelahan atau kelemahan fisik yang dialami oleh penderita hipertensi. Respon abnormal dari tekanan darah terhadap ketidaknyamanan saat beraktivitas (Nanda, 2007).

Menurut WHO (*World Health Organization*) tahun 2013 dalam jurnal Universitas Sumatera Utara penyakit kardiovaskular telah menyebabkan 17 juta kematian tiap tahun akibat komplikasi hipertensi yaitu sekitar 9,4 juta tiap tahun di seluruh dunia (*A Global Brief On Hypertension, 2013*). Berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah, prevalensi hipertensi pada penduduk umur 18 tahun keatas di Indonesia adalah sebesar 31,7%. Prevalensi hipertensi tertinggi di Kalimantan selatan 39,6% dan terendah di Papua Barat 20,1%. Provinsi Jawa Timur, Bangka Belitung, Jawa Tengah, Sulawesi Tengah, di Yogyakarta, Riau, Sulawesi Barat, Kalimantan Tengah, dan Nusa Tenggara Barat, merupakan provinsi yang mempunyai prevalensi hipertensi lebih tinggi dari angka nasional. Provinsi Jawa Timur mempunyai prevalensi sebesar 37,4%;

Bangka Belitung 37,2%; Jawa Tengah 37%; Sulawesi Tengah 36%; Di Yogyakarta 35,8%; Riau 34%; Sulawesi Barat 33,9%; Kalimantan Tengah 33,6%; dan Nusa Tenggara Barat 32,4% (*Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007,2008*).

Penyebab hipertensi belum bisa dipastikan lebih jelas tetapi di antara faktor-faktor ini bisa menyebabkan hipertensi di antaranya faktor usia yang sudah mulai menua, faktor dari keturunan keluarga, merokok, obesitas atau kelebihan berat badan, kurangnya olah raga, terlalu banyak mengonsumsi garam (Ns. Andra & Ns. Yessie 2013). Menurut Yogiartoro (2006), hipertensi dapat menimbulkan kerusakan arteri di dalam tubuh sampai organ-organ yang mendapatkan suplai darah darinya seperti jantung, otak dan ginjal. Penyakit yang sering timbul akibat hipertensi adalah stroke, aneurisma, gagal jantung, serangan jantung, dan kerusakan ginjal. Hipertensi juga mengakibatkan penyakit jantung koroner yang merupakan pembunuh nomor satu di dunia. Oleh karena itu, hipertensi ini berdampak negatif pada organ-organ tubuh bahkan dapat mengakibatkan kematian. Hubungan hipertensi dengan intoleransi aktivitas berpusat pada proses ketidakmampuan tubuh memproduksi energi yang cukup untuk menyelesaikan aktivitas sehari-hari (Nanda, 2007).

Dalam upaya penatalaksanaan klien dengan intoleransi aktivitas dalam menangani hipertensi di rumah sakit di antara lain dengan melakukan penerapan standart asuhan keperawatan, dengan melakukan terapi aktivitas yang sesuai dengan kemampuan klien dan melatih keluarga untuk merawat klien dan terapi non-farmakologis salah satunya dengan cara membatasi pola

makan yang sembarangan, mengurangi merokok, mempertahankan berat badan ideal, kurangi asupan garam, melakukan olah raga dengan teratur sesuai kemampuan pasien. Jika pasien sudah pulang maka anjurkan untuk istirahat yang cukup, anjurkan pasien untuk mengurangi merokok jika pasiennya suka merokok, anjurkan pasien untuk memperhatikan pola makannya, anjurkan pasien untuk minum obat secara teratur (Ns. Andra & Ns. Yessie, 2013). Dari latar belakang diatas penulis tertarik mengambil masalah tentang “Asuhan keperawatan pada klien hipertensi dengan intoleransi aktivitas”.

1.2 Batasan Masalah

Masalah pada studi kasus ini di batasi pada:

Asuhan keperawatan pada klien yang mengalami hipertensi dengan masalah intoleransi aktivitas di Ruang Krissan RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada klien yang mengalami hipertensi dengan masalah intoleransi aktivitas di Ruang Krissan RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami hipertensi dengan masalah intoleransi aktivitas di Ruang Krissan RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

1.4.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus dalam studi kasus ini adalah:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami hipertensi dengan masalah intoleransi aktivitas di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien yang mengalami hipertensi dengan masalah intoleransi aktivitas di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami hipertensi dengan masalah intoleransi aktivitas di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.
- d. Melakukan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami hipertensi dengan masalah intoleransi aktivitas di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami hipertensi dengan masalah intoleransi aktivitas di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Untuk peningkatan ilmu pengetahuan dalam mencari pemecahan permasalahan kesehatan yang berhubungan dengan intoleransi aktivitas pada klien hipertensi.

1.5.2 Praktis Manfaat

a. Bagi klien dan keluarga

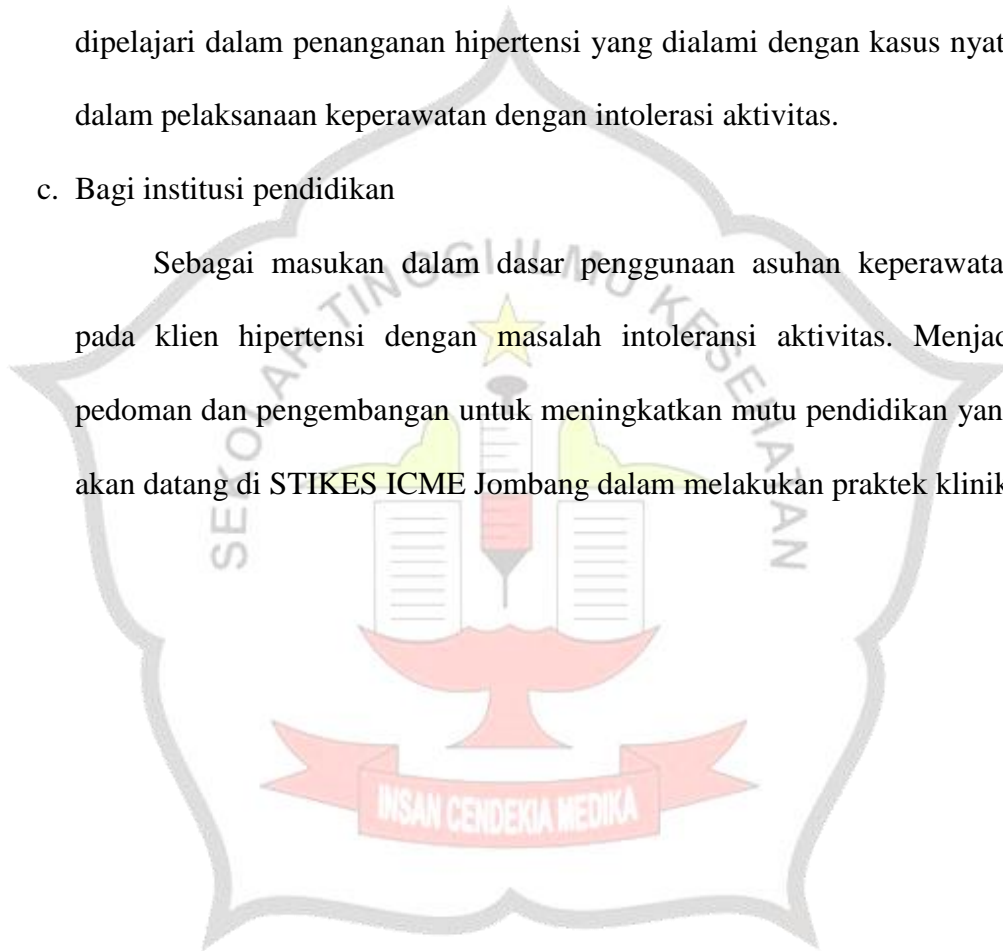
Bermanfaat bagi klien dan keluarga untuk menambah pengetahuan penyembuhan dengan kasus intoleransi aktivitas pada klien hipertensi.

b. Bagi perawat

Mendapatkan pengalaman serta dapat menerapkan apa yang telah dipelajari dalam penanganan hipertensi yang dialami dengan kasus nyata dalam pelaksanaan keperawatan dengan intoleransi aktivitas.

c. Bagi institusi pendidikan

Sebagai masukan dalam dasar penggunaan asuhan keperawatan pada klien hipertensi dengan masalah intoleransi aktivitas. Menjadi pedoman dan pengembangan untuk meningkatkan mutu pendidikan yang akan datang di STIKES ICME Jombang dalam melakukan praktek klinik.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Hipertensi

2.1.1 Definisi

Menurut JNC hipertensi terjadi apabila tekanan darah lebih dari 140-90 mmHg (Tagor, 2003). Hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara abnormal dan terus menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan satu atau beberapa faktor resiko yang tidak berjalan sebagaimana mestinya dalam mempertahankan tekanan darah secara abnormal. Hipertensi berkaitan dengan kenaikan tekanan sistolik atau kenaikan diastolik atau tekanan keduanya. Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah dimana sistoliknya diatas 140 mmHg dan tekanan diastoliknya di atas 90 mmHg pada populasi manula, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg (Ns. Andra & Ns. Yessi, 2013).

Hipertensi merupakan keadaan ketika tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan diastolic lebih dari 80 mmHg. Hipertensi sering menyebabkan perubahan pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan semakin tingginya tekanan darah. Pengobatan awal pada penyakit hipertensi sangatlah penting karena dapat mencegah timbulnya komplikasi pada beberapa organ tubuh seperti jantung, ginjal, dan otak. Penyelidikan epidemiologis membuktikan bahwa tingginya tekanan darah berhubungan erat dengan mordibitas dan mortalitas penyakit kardiovaskuler (Arif Muttaqin, 2009).

2.1.2 Klasifikasi penyakit hipertensi

1. Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi dua golongan.

a. Hipertensi esensial (Primer)

Hipertensi esensial (Primer) didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah yang tidak diketahui penyebabnya secara pasti, beberapa faktor yang diduga berkaitan dengan terjadinya hipertensi esensial diantaranya:

1. Genetik: individu yang mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi, harus bisa menjaga kesehatan dengan baik dan benar, agar tidak mudah mengalami berbagai macam penyakit, termasuk penyakit hipertensi.
2. Jenis kelamin atau faktor usia: umur atau usia yang menginjak 45 tahun keatas. Orang yang sudah berumur tua ,akan rentan terhadap penyakit apapun termasuk hipertensi. Penyebab hipertensi salah satunya adalah faktor usia, oleh sebab itu jika sudah berumur atau menginjak umur 45 alangkah baiknya harus menerapkan pola hidup yang sehat yang di mulai dari makanan dan pola kegiatan sehari-hari.
3. Diet: konsumsi garam yang berlebihan bisa menyebabkan hipertensi.
4. Kelebihan berat badan atau obesitas: sangatlah tidak baik untuk kesehatan. Orang obesitas akan mudah terserang penyakit yang terjadi misalnya hipertensi.

5. Gaya hidup: gaya hidup yang buruk termasuk bagian dari penyebab hipertensi biasanya pola hidup yang seperti ini dengan mengkonsumsi makanan yang tidak sehat dan suka merokok atau menjalankan kegiatan yang negatif. Inilah yang menyebabkan penyakit dengan gampang masuk. Hindarilah kebiasaan yang seperti ini, yang bisa merusak badan (Ns. Wajan Juni Udjianti, S.kep.,ETN, 2010).

b. Hipertensi sekunder

Pada hipertensi sekunder penyebabnya dapat diketahui dengan jelas sehingga lebih mudah untuk dikendalikan dengan obat-obatan. Penyebab hipertensi sekunder diantaranya berupa kelainan ginjal seperti tumor, diabetes, kelainan adrenal, kelainan endokrin lainnya seperti obesitas, resistensi insulin, dan pemakaian obat-obatan seperti kontrasepsi oral, kehamilan, stress (Ns. Andra & Ns. Yessie, 2013).

2. klasifikasi berdasarkan derajat hipertensi

a. Berdasarkan JNC VII:

Tabel 2.1 klasifikasi derajat hipertensi

Derajat	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
Normal	<120	Dan < 80
Pre-hipertensi	120-139	Dan 80-89
Hipertensi derajat I	140-159	Atau 90-99
Hipertensi derajat II	≥ 160	Atau ≥ 100

b. Menurut *European Society Of Cardiology*:

Tabel 2.1 klasifikasi derajat hipertensi

Kategori	Tekanan sistolik (mmHg)		Tekanan Diastolik (mmHg)
Optimal	< 120	Dan	< 80
Normal	120-129	Dan/atau	80-84
Normal tinggi	130-139	Dan/atau	85-89
Hipertensi derajat I	140-159	Dan/atau	90-99
Hipertensi derajat II	160-179	Dan/atau	100-109
Hipertensi derajat III	≥ 180	Dan/atau	≥ 110

Hipertensi sistolik terisolali	≥ 190	Dan	<90
--------------------------------	------------	-----	-------

3. menurut WHO klasifikasi hipertensi berdasarkan usia

Tabel.2.1 klasifikasi hipertensi berdasarkan usia

Usia	Perempuan sistolik	Perempuan diastolik	Laki-laki sistolik	Laki-laki diastolik
11-15	114	72	109	70
16-20	115	73	110	70
21-25	115	73	110	71
26-30	115	75	112	73
31-35	117	76	114	74
36-40	120	80	116	77
41-45	124	81	122	78
46-50	128	82	128	79
51-55	134	84	134	80
56-60	137	84	139	82
61-65	148	86	145	83

2.1.3 Etiologi

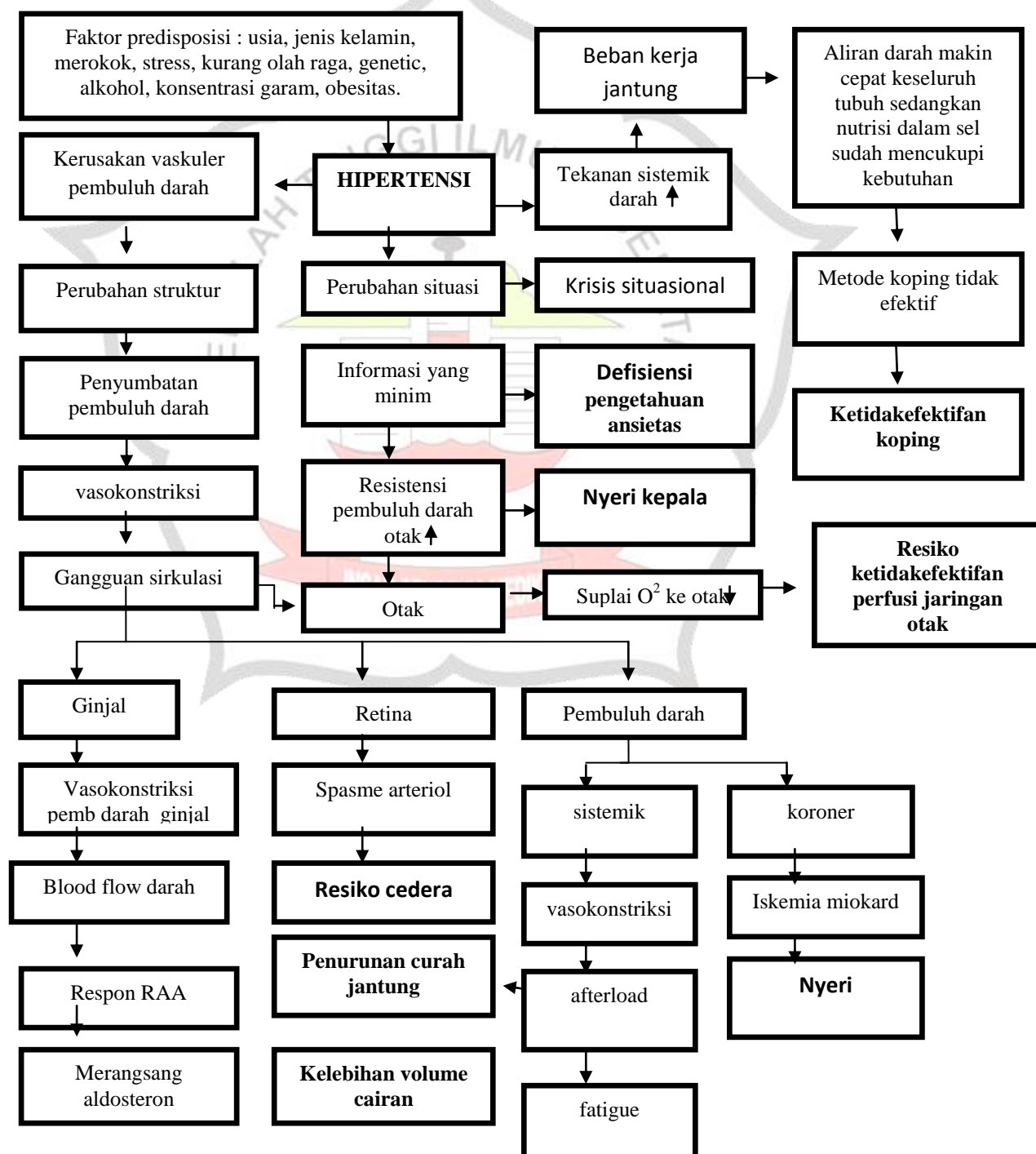
Sebagian besar kasus hipertensi atau tekanan darah tinggi dapat disembuhkan. Keadaan tersebut berasal dari suatu kecenderungan genetik yang bercampur dengan faktor-faktor risiko seperti stress, kegemukan, terlalu banyak konsumsi garam, kurang beraktivitas. Ini disebut hipertensi esensial kalau seseorang mempunyai sejarah keturunan hipertensi dan mengidap hipertensi ringan, dia dapat mengurangi kemungkinan hipertensi berkembang lebih hebat dengan memberi perhatian khusus terhadap faktor-faktor risiko tersebut. Untuk kasus-kasus yang lebih berat, diperlukan pengobatan untuk mengontrol tekanan darah. Jenis lain dari hipertensi dikenal sebagai hipertensi sekunder, yaitu kenaikan tekanan darah yang terjadi akibat penyakit lain, seperti kerusakan ginjal, tumor, saraf, neovaskuler dan lain-lain (Soeharto, 2004).

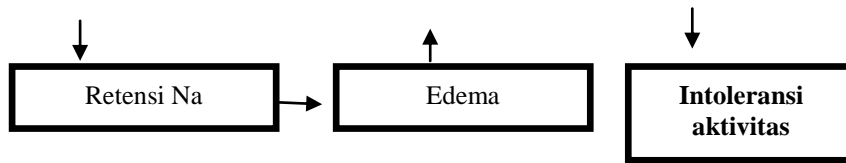
2.1.4 Patofisiologi

Faktor yang menyebabkan hipertensi yaitu usia, jenis kelamin, merokok, stress, kurang olah raga, genetik, konsumsi alkohol, kelebihan berat badann dengan penyebab tersebut menyebabkan pusat vasomotor dirangsang yang

membuat *neuron preganglion* melepaskan *asetikolin* lalu merangsang serabut pasca ganglion ke pembuluh darah menjadikan *norepineprin* dilepaskan ke pembuluh darah menjadikan *norepineprin* dilepaskan ke pembuluh darah konstriksi menjadi suplai darah ke otak menurun serta suplai oksigen ke otak juga menurun menyebabkan iskemia yang biasanya klien mengeluh pusing dan lemah, dengan hal tersebut menjadikan intoleransi aktivitas.

2.1.5 Pohon masalah / PATHWAY





2.1.6 Manifestasi klinis

Pada pemeriksaan fisik tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, pengumpulan cairan (eksudat), penyempitan pembuluh darah. Setiap individu yang menderita hipertensi kadang tidak menampakkan gejala sampai bertahun-tahun. Gejala bila ada menunjukkan adanya kerusakan vaskuler, dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan. Perubahan patologis pada ginjal dapat bermanifestasikan sebagai nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) dan azetoma (peningkatan nitrogen urea darah (BUN) dan kreatinin. Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien yang bermanifestasi sebagai *paralysis* sementara pada satu sisi (hemiplegia atau gangguan tajam penglihatan) (Ns. Andra & Ns Yessi, 2013).

Crowin (2000) menyebutkan bahwa sabagian besar gejala klinis timbul:

- a. Nyeri kepala, kadang-kadang disertai mual dan muntah akibat peningkatan tekanan darah.
- b. Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi.
- c. Ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat.
- d. Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus.
- e. Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler.

2.1.7 Komplikasi

Tekanan darah tinggi apabila tidak diobati dan ditanggulangi, maka dalam jangka panjang akan menyebabkan kerusakan arteri didalam tubuh sampai organ yang mendapat suplai darah dari arteri tersebut. Komplikasi hipertensi dapat terjadi pada organ-organ sebagai berikut:

1. Jantung

Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan terjadinya gagal jantung dan penyakit jantung koroner. Pada penderita hipertensi, beban kerja jantung akan mengikat, otot jantung akan mengendor dan berkurang elastisitasnya, yang disebut dekompensasi akibatnya, jantung tidak mampu lagi memompa sehingga banyak cairan tertahan diparu maupun jaringan tubuh lain yang dapat menyebabkan sesak nafas atau oedema kondisi ini disebut gagal jantung.

2. Otak

Komplikasi hipertensi pada otak, menimbulkan resiko stroke, apabila diobati resiko terkena stroke lebih besar.

3. Ginjal

Tekanan darah tinggi juga menyebabkan kerusakan ginjal, tekanan darah tinggi dapat menyebabkan kerusakan sistem penyaringan didalam ginjal akibatnya lambat laun ginjal tidak mampu membuang zat-zat yang tidak di butuhkan tubuh yang masuk melalui aliran darah dan terjadinya penumpukan di dalam tubuh.

4. Mata

Pada mata hipertensi dapat meningkatkan terjadinya retinopati hipertensi dan dapat menimbulkan kebutaan (Yahya, 2005).

2.1.8 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan NonFarmakologi:

Penatalaksanaan nonfarmakologis dengan gaya hidup sangat penting dalam mencegah tekanan darah tinggi dan merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam mengobati tekanan darah tinggi. Penatalaksanaan hipertensi dengan nonfarmakologi terdiri dari berbagai macam gaya hidup untuk menurunkan tekanan darah tinggi yaitu:

a. Mempertahankan berat badan ideal

Mempertahankan berat badan ideal sesuai *Body Mass Index* (BMI) (Kaplan, 2006). BMI dapat diketahui dengan membagi berat badan dengan tinggi badan.

b. Kurangi asupan garam

Mengurangi asupan garam dapat dilakukan dengan cara diet rendah garam. Pengurangan konsumsi garam menjadi $\frac{1}{2}$ sendok teh/hari, dapat menurunkan tekanan darah sistolik 5 mmHg dan diastolik 2,5 mmHg (Radmarssy, 2007).

c. Batasi konsumsi alkohol

Radmarssy (2007) mengatakan bahwa konsumsi alkohol harus dibatasi karena konsumsi alkohol berlebihan dapat meningkatkan tekanan darah.

d. Menghindari merokok

Merokok memang tidak berhubungan secara langsung dengan timbulnya hipertensi, tetapi merokok dapat meningkatkan resiko komplikasi pada pasien hipertensi seperti penyakit jantung dan stroke, maka perlu dihindari konsumsi merokok karena karena dapat menyebabkan hipertensi (Dalimartha, 2008).

e. Penurunan stres

Stres memang tidak menyebabkan hipertensi yang menetap akan tetapi stress sering terjadi menyebabkan kenaikan tekanan darah sementara yang sangat tinggi (Sheps, 2005).

2. Pengobatan farmakologi

a. Diuretik (*Hidroklorotiazid*)

Mengeluarkan cairan tubuh sehingga volume cairan ditubuh berkurang yang mengakibatkan daya pompa jantung menjadi lebih ringan.

b. Penghambat Simpatetik (*Metildopa, Klonidin, Reserpin*)

Menghambat aktivitas saraf simpatis.

c. Betabloker (*Metaprolol, Propanolol dan Atenolol*)

1. Menurunkan daya pompa jantung.
2. Tidak dianjurkan pada penderita yang telah diketahui mengidap gangguan pernapasan seperti asma bronkial.

d. Vasodilator

Bekerja langsung pada pembuluh darah dengan relaksasi otot polos pembuluh darah.

e. ACE inhibitor (*Captopril*)

1. Menghambat pembentukan zat Angiotensin II.
2. Efek samping: batuk kering, pusing, sakit kepala dan lemas.

f. Penghambat Reseptor Angiotensin II (*Valsartan*)

Menghalangi penempelan zat Angiotensin II pada reseptor sehingga memperingan daya pompa jantung.

g. *Antagonis kalsium*

Menghambat kontraksi jantung (kontraktilitas).

2.2 Konsep Dasar aktivitas

2.2.1 Definisi

Suatu energi atau keadaan bergerak dimana manusia memerlukan untuk dapat memenuhi kebutuhan hidup (Tarwoto & Wartonah, 2009) dimana aktivitas sebagai suatu aksi energi atau keadaan bergerak.

2.2.2 Batasan karakteristik

Menurut Carpenito (2009), batasan karakteristik aktivitas terdiri dari batasan karakteristik mayor dan batasan karakteristik minor. Mayor (80%-100%) yaitu terganggunya kemampuan untuk bergerak secara sengaja didalam lingkungan (misalnya, mobilitas ditempat tidur, berpindah tempat, ambulasi), dan keterbatasan rentang gerak (*range of motion / ROM*). Minor (50%-80%) yaitu keterbatasan gerak dan keengganan untuk bergerak (kelelahan, kelemahan), batasan karakteristik :

1. Mayor

Selama aktivitas:

- a. Klien merasa lemah

- b. Klien merasa pusing
- c. Dispneu setelah beraktivitas

Tiga menit setelah aktivitas:

- a. Pusing
- b. Dispneu
- c. Kelelahan akibat aktivitas
- d. Frekuensi nafas >24 kali/menit dan frekuensi nadi >95 kali/menit

2. Minor

- a. Pucat atau sianosis
- b. Konfusi
- c. Vertigo

Pengkajian kemampuan aktivitas dilakukan dengan tujuan untuk menilai kemampuan gerak, duduk, berdiri, bangun dan berpindah tanpa bantuan. Kategori tingkat kemampuan aktivitas adalah sebagai berikut: (Potter & Perry, 2005)

Tabel 2.2 tingkat aktivitas

Tingkat aktivitas	Kategori
Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara mandiri.
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat atau memerlukan bantuan dan pengawasan orang lain.
Tingkat 2	Memerlukan bantuan dan pengawasan orang lain / peralatan.
Tingkat 3	Memerlukan bantuan dan pengawasan orang lain dan peralatan atau alat.
Tingkat 4	Semua tindakan tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan.

Pengkajian terhadap intoleransi aktivitas meliputi tingkat aktivitas sehari-hari, tingkat kelelahan, gangguan pergerakan, pemeriksaan fisik utama pada postur, ekstremitas perubahan seperti nadi, tekanan darah serta perubahan tanda-tanda vital selama melakukan aktivitas dan perubahan posisi. Pengkajian terhadap kekuatan otot, juga perlu diperhatikan, untuk menentukan derajat kekuatan otot atau kemampuan otot perlu dilakukan pemeriksaan derajat kekuatan otot yang di buat ke dalam enam derajat (0– 5). Derajat ini menunjukkan tingkat kemampuan otot yang berbeda-beda sebagai berikut (Nikmatur& Saiful, 2012) :

Tabel 2.3 Derajat kekuatan otot

Skala	Kenormalan kekuatan %	Ciri-ciri
0	0	Paralisis total
1	10	Tidak ada gerakan, teraba/ terlihat ada
2	25	Gerakan otot penuh menentang gravitasi dengan sokongan
3	50	Gerakan normal menentang gravitasi
4	75	Gerakan normal penuh menentang gravitasi dengan sedikit penahanan
5	100	Gerakan normal penuh, menentang gravitasi dengan penahanan penuh

2.3 Konsep Dasar Intoleransi Aktivitas

2.3.1 Definisi

Ketidakmampuan bergerak terlalu banyak untuk menyelesaikan aktivitas sehari-hari karena tubuh tidak mampu memproduksi energi yang cukup (Nanda, 2015-2017).

2.3.2 Batasan karakteristik

1. Keletihan setelah beraktivitas
2. Dispnea setelah beraktivitas
3. Ketidaknyamanan setelah melakukan aktivitas
4. Perubahan elektrokardiogram (EKG) (misalnya: aritmia, abnormalitas konduksi, iskemia).
5. Respons frekuensi jantung abnormal terhadap aktivitas
6. Respons tekanan darah abnormal terhadap aktivitas

2.3.3 Faktor yang berhubungan:

1. Gaya hidup kurang gerak
2. imobilitas
3. ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
4. Tirah baring.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian.

1. Data: Nama, alamat, umur, tanggal MRS, diagnosa medis, penanggung jawab, catatan kedatangan.
2. Riwayat kesehatan
 - a. Keluhan utama: kepala terasa pusing, tidak bisa tidur, lemah.
 - b. Riwayat Kesehatan Sekarang: biasanya saat dilakukan pengkajian pasien masih mengeluh kepala terasa pusing, tidak bisa tidur, lemah, penglihatan berkunang-kunang, tidak bisa tidur.

- c. Riwayat Kesehatan Dahulu: biasanya penyakit hipertensi ini adalah penyakit yang sudah lama di alami oleh pasien, dan biasanya pasien mengkonsumsi obat rutin.
- d. Riwayat Kesehatan Keluarga: biasanya penyakit hipertensi ini adalah penyakit turunan dari keluarga pasien.
- e. Riwayat psikososial: hubungan pasien dengan keluarga, kerabat, teman.

f. Riwayat spiritual: pasien selalu tabah dan sabra menghadapi pasien.

g. Pola aktivitas sehari-hari

1) Nutrisi

Kebiasaan makan, menu makanan, porsi makan, porsi minum.

2) Istirahat (tidur)

Kebiasaan tidur pasien, gangguan tidur pasien.

3) Eliminasi

BAK (kebiasaan BAK, warna, bau)

BAB (kebiasaan BAB, warna, bau)

4) Personal hygiene

Mandi (kebiasaan mandi, memakai sabun)

Gosok gigi (kebiasaan gosok gigi)

5) Aktivitas

3. Data subjektif

a. Pemeriksaan fisik umum

Kadaan umum

1) Kesadaran : composmentis

2) Penampilan : rapi

TTV : TD, suhu, nadi, RR

b. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Inspeksi : Bentuk kepala normal, rambut beruban atau tidak, adakah benjolan dan lesi, bentuk wajah simetris.

Palpasi : Adakah nyeri tekan disekitar luka.

2) Mata

Inspeksi : Mata simetris, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva pucat, pergerakan bola mata normal, alis mata.

3) Hidung

Inspeksi : Kesimetrisan, fungsi penciuman, adakah secret, adakah pernafasan cuping hidung, nafas spontan.

4) Mulut dan tenggorokan

Inspeksi : Bukosa bibir, lidah kotor atau tidak, karies gigi, nafsu makan, adakah nyeri telan, gusi berdarah atau tidak.

5) Leher

Inspeksi : Adakah benjolan, adakah lesi.

Palpasi : Adakah pembesaran kelenjar tiroid.

6) Thorak, paru, dan jantung

Inspeksi : Bentuk dada, pergerakan dinding dada, adakah keluhan sesak, adakah tarikan interkoste, batuk (+/-), adakah nyeri saat bernafas, pola nafas.

Palpasi : Adakah nyeri tekan pada daerah dada.

Perkusi : Suara sonor (paru kira dan paru kanan)

Auskultasi : Suara nafas, suara jantung, adakah suara tambahan.

7) Abdomen

Inspeksi : simetris, mual (+/-), muntah (+/-)

Palpasi : adakah nyeri tekan

Perkusi : timpani

Auskultasi : bising usus 22 x/menit

8) Genetalia

Inspeksi : Distensi kandung kemih (+/-), terpasang kateter (+/-), produksi urine.

Palpasi : Adakah nyeri tekan pada kandung kemih.

9) Ekstermitas atas dan bawah :

Inspeksi : Pergerakan sendi terbatas atau tidak, adakah kelemahan pada ekstermitas atas dan bawah.

2.4.2 Diagnosa keperawatan

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring.

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh menurut aplikasi NANDA (2015), antara lain:

Tabel 2.4 intervensi keperawatan

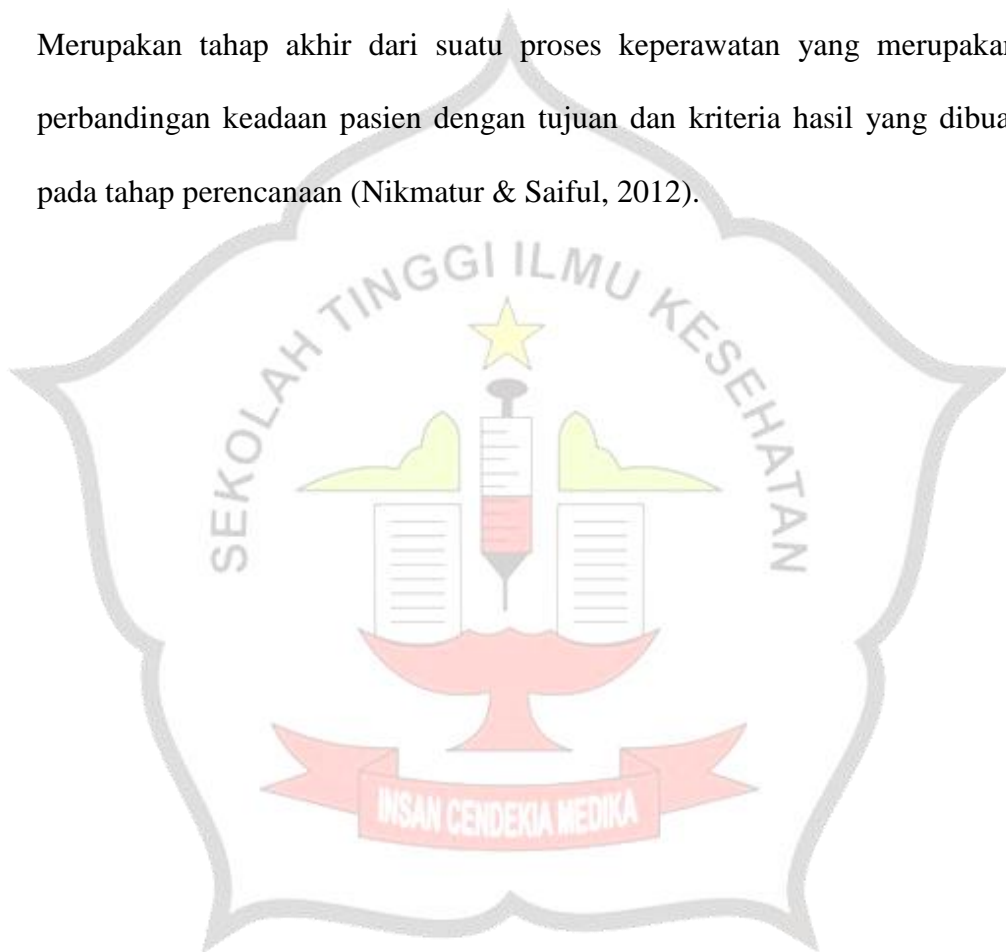
No.	Diagnose keperawatan	Tujuan dan KH	Intervensi
1.	<p>Intoleransi aktifitas Definisi: ketidakcukupan energy psikologis dan fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktifitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas. 2. Respon frekwensi jantung abnormal terhadap aktivitas. 3. Perubahan EKG yang mencerminkan aritmia. 4. Perubahan EKG yang mencerminkan iskemia. 5. Ketidaknyamanan setelah beraktivitas. 6. Dispnea setelah beraktivitas. 7. Menyatakan merasa letih. 8. Menyatakan merasa lemah. <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tirah baring atau mobilisasi. 2. Kelemahan umum. 3. Ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen. 4. Imobilitas. 5. Gaya hidup monoton. 	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Energy conservation. 2. Activity tolerance. 3. Self care: ADLs, <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi, dan RR. 2. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri. 3. Tanda-tanda vital normal. 4. Energi psikomotor. 5. Level kelemahan. 6. Mampu berpindah: dengan atau tanpa bantuan alat. 7. Status kardiopulmun ari adekuat. 8. Sirkulasi status baik. 9. Status respirasi: pertukaran gas dan ventilasi adekuat. 	<p>NIC Activity Therapy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalam merencanakan program terapi yang tepat. Rasional: terapi medic yang tepat dapat memungkinkan pemulihan tingkat aktivitas 2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. Rasional: menelaah kemampuan aktivitas klien 3. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek. Rasional: untuk melindungi saat melakukan aktivitas 4. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai. Rasional: pemenuhan aktivitas dapat terpenuhi sesuai dengan keinginan. 5. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang. Rasional: kebutuhan aktivitas lebih teratur 6. Bantu pasien atau keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas. Rasional: menghindari pemaksaan penggunaan energi dalam beraktivitas. 7. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan. Rasional: memberikan penguatan dan motivasi pada klien agar mampu melakukan aktivitas. 8. Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual. Rasional: mengurangi resiko kelelahan saat beraktivitas

2.4.4 Implementasi

Merupakan pengelolaan dari perwujudan intervensi meliputi kegiatan yaitu: validasi, rencana keperawatan, mendokumentasikan rencana, memberikan asuhan keperawatan dalam pengumpulan data, serta melaksanakan advis dokter dan ketentuan Rumah Sakit.

2.4.5 Evaluasi

Merupakan tahap akhir dari suatu proses keperawatan yang merupakan perbandingan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur & Saiful, 2012).



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian dalam studi kasus ini menggunakan pendekatan penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif mendeskripsikan (memaparkan) peristiwa-peristiwa penting masa kini yang dilakukan secara sistematis dan lebih menekankan pada data faktual dari pada penyimpulan. Fenomena disajikan secara apa adanya tanpa manipulasi dan tidak mencoba menganalisis bagaimana dan mengapa fenomena tersebut bisa terjadi. Penelitian studi kasus merupakan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian misalnya satu klien sampai 2 klien (Nursalam, 2011). Studi kasus ini merupakan studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan klien yang mengalami hipertensi dengan masalah intoleransi di Ruang Krissan RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

3.2 Batasan Istilah

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian, maka peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Asuhan keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi dan respons untuk individu pada suatu kelompok atau perorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami, baik aktual maupun potensial.

2. Hipertensi adalah kenaikan tekanan sistolik atau tekanan diastolik atau keduanya. Dimana tekanan darah sistoliknya di atas 140 mmHg dan tekanan diastoliknya di atas 90 mmHg.
3. Intoleransi aktivitas adalah suatu respon tubuh yang tidak mampu bergerak terlalu banyak karena tubuh tidak mampu memproduksi energi yang cukup untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari yang ingin atau yang harus di selesaikan (Nanda, 2007).

3.3 Partisipasi

Subyek yang digunakan dalam penelitian ini adalah 2 klien yang mengalami hipertensi dengan intoleransi aktivitas di RSUD Bangil.

3.4 lokasi dan waktu penelitian

3.4.1 Lokasi Penelitian

Lokasi dilakukan di Ruang Krissan RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

3.4.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan sejak klien pertama kali MRS sampai pulang dan atau klien yang di rawat minimal 3 hari. Jika sebelum 3 hari klien sudah pulang, maka perlu penggantian klien lainnya yang sejenis. Dan bila perlu dapat di lanjutkan dalam bentuk *home care*.

3.5 Pengumpulan Data

Agar dapat diperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini, sangatlah diperlukan teknik pengumpulan data. Adapun teknik tersebut adalah:

1. Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga dll). Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya.
2. Observasi dan pemeriksaan fisik (dengan pendekatan IPPA: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pada system tubuh klien.
3. Studi dokumentasi dan angket (hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lainnya yang relevan).

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data/informasi yang diperoleh sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama), uji keabsahan data dilakukan dengan:

1. Memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan.
2. Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga.
3. keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang di teliti.

3.7 Analisa Data

Analisa data dilaukan sejak peneliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh

peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah:

1. Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumentasi). Hasil tulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

2. Mereduksi Data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisa berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian dibandingkan nilai normal.

3. Penyajian Data

Penyajian data dapat dilakukan dengan table, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi.

3.8 Etik Penelitian

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari:

1) *Informed Consent* (persetujuan menjadi klien),

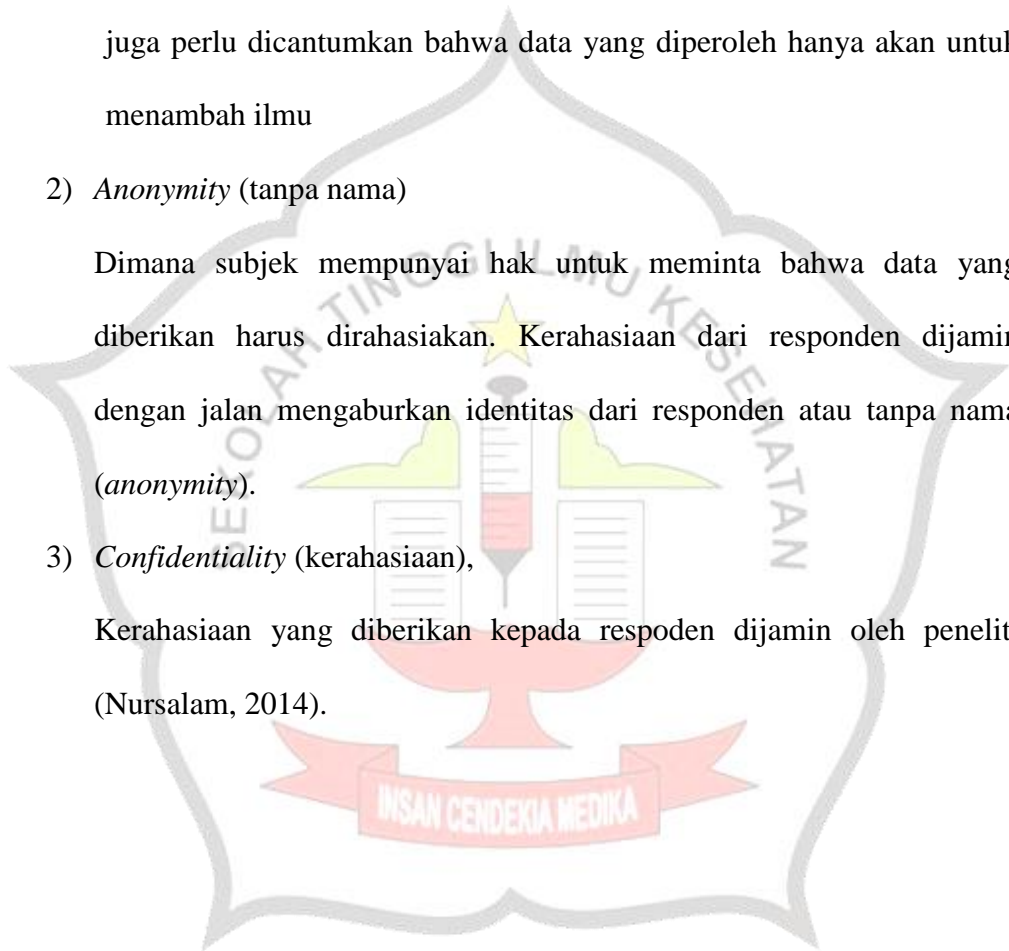
Dimana subyek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi pasien. Pada informed consent juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan untuk menambah ilmu

2) *Anonymity* (tanpa nama)

Dimana subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden atau tanpa nama (*anonymity*).

3) *Confidentiality* (kerahasiaan),

Kerahasiaan yang diberikan kepada responden dijamin oleh peneliti (Nursalam, 2014).



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambar Lokasi Pengambilan Data

Pengkajian dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Jl. Raci bangil pasuruan, Rumah sakit ini merupakan Rumah sakit negeri Tipe B. Peneliti melakukan penelitian di ruang Krissan (ruang syaraf), ruang ini dibagi menjadi 2 yaitu Ruang A khusus laki – laki dan ruang B khusus perempuan dengan kapasitas ruang A 10 tempat tidur dan ruang B dengan 12 tempat tidur dengan klien 12 yang opname disertai ventilasi dan ruangan yang bersih.

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Klien

Tabel 4.1 Identitas Klien

IDENTITAS KLIEN	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny. L	Ny. T
Umur	55 tahun	60 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	SD
Pekerjaan	Petani	IRT
Alamat	Prigen, Pasuruan	Sukorejo, pasuruan
Suku/bangsa	Jawa/WNI	Jawa/WNI
Tanggal MRS	26-02-2017	28-02-2017
Tanggal pengkajian	01-03-2017	01-03-2017
Jam masuk	15:20:45 WIB	:35:12 WIB
No. RM	32-33-xxx	32-30-xxx
Diagnosa masuk	CVA infark dan Hipertensi	CVA infark dan Hipertensi

2) Riwayat penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

RIWAYAT PENYAKIT	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama	Klien mengatakan kepala cekot-cekot dan badan terasa lemas	klien mengatakan kepala pusing, dan badan lemas
Riwayat penyakit sekarang	Keluarga klien mengatakan dua hari yang lalu pasien mengeluh pusing lalu di periksakan ke dokter	Keluarga klien mengatakan Pada tanggal 28 februari pasien mendadak tidak sadar habis makan mie pukul

	terdekat, setelah itu pada tanggal 26 februari 2017 pasien dari sawah mengeluh kepala pusing, mual, muntah, tangan dan kaki lemas sebelah kiri lalu klien di bawa keluarganya ke puskesmas prigen lalu dirujuk ke RSUD Bangil Pasuruan dan rawat inap di ruang krissan pukul	23:00 kaki dan tangan kanan lemah lalu di bawa keluarganya ke rumah sakit aisiah lalu di rujuk ke RSUD Bangil Pasuruan dan rawat inap di ruang krissan pukul
Riwayat penyakit dahulu	Keluarga klien mengatakan mempunyai riwayat darah tinggi	Keluarga klien mengatakan mempunyai riwayat darah tinggi
Riwayat penyakit keluarga	keluarga klien mengatakan jika anggota keluarga dari bapak ibu tidak mempunyai riwayat penyakit seperti klien.	Keluarga klien mengatakan jika anggota keluarga dari bapak ibu tidak mempunyai riwayat penyakit seperti klien.
Riwayat spikososial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon pasien terhadap penyakitnya : Ny. L menganggap penyakitnya ini adalah cobaan dari tuhan. 2. Pengaruh penyakit terhadap perannya di keluarga dan masyarakat : Ny. L hanya bisa berbaring di tempat tidur dan tidak bisa melakukan apa-apa klien tidak bisa berkumpul dengan semua keluarganya dan masyarakat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon pasien terhadap penyakitnya : Ny. T menganggap penyakitnya ini adalah cobaan dari tuhan. 2. Pengaruh penyakit terhadap perannya di keluarga dan masyarakat : Ny. T hanya bisa berbaring di tempat tidur dan tidak bisa melakukan apa-apa klien tidak bisa berkumpul dengan semua keluarganya dan masyarakat.
Riwayat spiritual	Klien walaupun sedang sakit selalu berdoa untuk kesembuhannya, klien tidak melakukan ibadah saat dirumah sakit.	Klien walaupun sedang sakit selalu berdoa untuk kesembuhannya, klien tidak melakukan ibadah selama dirumah sakit.

3) Perubahan pola kesehatan (pendekatan Gordon/ pendekatan sistem)

Tabel 4.3 Perubahan Pola Kesehatan

POLA KESEHATAN	Klien 1	Klien 2
Pola manajemen kesehatan	Keluarga klien mengatakan saat sakit jarang berobat ke dokter yang berada disekeliling rumahnya, klien bahkan jarang memeriksakan kesehatannya ke tenaga medis setempat. Berhubung penyakitnya perlu	Keluarga klien mengatakan saat sakit jarang berobat ke dokter disekeliling rumahnya, klien bahkan jarang memeriksakan kesehatannya kalau sakitnya tidak terlalu parah ke tenaga medis setempat. Berhubung penyakitnya

Pola nutrisi	<p>perawatan lebih lanjut klien akhirnya berobat ke RSUD Bangil.</p> <p>Klien mengatakan sebelum sakit, selera makan baik, makan 3x/ hari dengan menu nasi dan lauk pauk, minum air putih kurang lebih 1500 ml/ hari. Ketika sakit klien mengatakan selera makan menurun, karena tidak terbiasa makan makanan diet yang diberikan oleh tim gizi, makan 3x/ hari dengan menu nasi dan lauk pauk, minum air putih kurang lebih 500ml/ hari, klien diit rendah garam.</p>	<p>perlu perawatan lebih lanjut klien akhirnya berobat ke RSUD Bangil</p> <p>Klien mengatakan sebelum sakit, selera makan baik makan 3x/ hari dengan menu nasi lauk pauk minum air putih kurang lebih 1500 ml/hari. Ketika sakit klien mengatakan nafsu makan menurun karena tidak terbiasa makan makanan dari rumah sakit, makan 3x/ hari dengan menu nasi dan lauk pauk, seporasi tidak habis, minum air putih kurang lebih 500ml/ hari. Klien diit rendah garam.</p>
Pola eliminasi	<p>Klien mengatakan kebiasaan BAK dirumah kurang lebih 5x /hari, warna kuning jernih, bau khas urine dan BAB 1x/ hari, warna kuning dan khas bau feces. Ketika dirumah sakit klien terpasang kateter produksi urin perhari kurang lebih 800ml selama 2 hari dirumah sakit klien belum BAB.</p>	<p>Klien mengatakan kebiasaan BAK dirumah 6x/ hari warna kuning jernih, bau khas urine dan BAB 1x/ hari, warna kuning dan khas bau feces. Ketika dirumah sakit klien terpasang kateter produksi urine perhari 900ml dan selama 3 hari di rumah sakit klien belum BAB.</p>
Pola istirahat - tidur	<p>Klien mengatakan ketika istirahat tidur di rumah kurang lebih 7-8 jam/hari dengan perlengkapan dan penerangan yang baik. Klien mengatakan susah tidur ketika dirumah sakit, kadang terbangun karena merasakan sakit pada badannya, tidur 4-5jam/ hari dengan perlengkapan dan penerangan yang tidak sesuai dengan kebiasaan klien di rumah.</p>	<p>Klien mengatakan ketika istirahat tidur dirumah kurang lebih 7 jam/hari dengan perlengkapan dan penerangan yang baik. Klien mengatakan susah tidur ketika di rumah sakit, kadang terbangun karena banyak yang ramai dan merasakan pusing, tidur 5-6 jam/hari.</p>
Pola aktivitas	<p>Disaat Ny. L dirumah selalu melakukan aktivitas dengan mandiri. Tetapi dirumah sakit semuanya dibantu oleh keluarganya.</p>	<p>Disaat Ny. T dirumah selalu melakukan aktivitas dengan mandiri. Tetapi dirumah sakit semuanya dibantu oleh keluarganya.</p>
Pola reproduksi seksual	<p>Ny. L sudah menikah dan memiliki 3 anak.</p>	<p>Ny. T sudah menikah dan memiliki 2 anak.</p>
Pola penanggulangan stress	<p>Ny. L tidak mengalami stress panjang karena disetiap klien mempunyai masalah selalu memusyawarakan dengan</p>	<p>Ny. T tidak mengalami stress panjang karena disetiap klien mempunyai masalah selalu memusyawarakan dengan</p>

keluarga untuk menentukan jalan keluaranya. keluarga untuk menentukan jalan keluaranya.

4) Pemeriksaan fisik (pendekatan head to toe/ pendekatan sistem)

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

Observasi	Klien 1	Klien 2
S	36 ² °C	36 ⁰ °C
N	86x/menit	81x/menit
TD	180/100 mmHg	200/120 mmHg
RR	20x/menit	21x/menit
GCS	4 5 6	4 5 6
Kesadaran	Composmentis	Composmentis
Keadaan umum	Lemah (+) cenut cenut (+) mual muntah (-) pusing (+) terasa lemah pada ekstermitas atas dan bawah di sebelah kiri (+)	Lemah (+) mual muntah (+) pusing (+) terasa lemah pada ekstermitas atas dan bawah disebelah kiri (+)
Pemeriksaan head to toe		
1. Kepala	Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, rambut putih sebagian. Palpasi : tidak ada tumor.	Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, rambut putih sebagian. Palpasi : tidak ada tumor
2. Hidung	Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada secret, tidak ada lesi. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.	Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada secret Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.
3. Telinga	Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada lesi, bersih. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.	Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada lesi, agak kotor. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.
4. Mulut dan faring	Inspeksi : mukosa kering, bibir simetris, tidak sariawan, tidak menggunakan gigi palsu. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.	Inspeksi : mukosa kering, bibir simetris, tidak sariawan, tidak menggunakan gigi palsu. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.
5. Leher	Inspeksi : tidak ada lesi, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.	Inspeksi : tidak ada lesi, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.
6. Mata	Inspeksi : bentuk simetris, alis simetris. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.	Inspeksi : bentuk simetris, alis simetris. Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.
7. Thorak, Paru, dan jantung	Inspeksi : bentuk dada simetris, pergerakan dinding dada simetris, tidak ada tarikan interkoste, keluhan sesak (-), batuk (-), tidak ada nyeri saat bernafas. Palpasi : tidak ada nyeri	Inspeksi : bentuk dada simetris, pergerakan dinding dada simetris, tidak ada tarikan interkoste, keluhan sesak (-), batuk (-), tidak ada nyeri saat bernafas. Palpasi : tidak ada nyeri

	tekan pada daerah dada. Perkusi : suara sonor (paru kiri dan kanan) Auskultasi : suara nafas vasikuler, suara jantung normal, tidak ada bunyi tambahan.	tekan pada daerah dada. Perkusi : tidak ada nyeri tekan pada daerah dada. Auskultasi : suara nafas vasikuler, suara jantung normal, tidak ada bunyi tambahan.								
8. Abdomen	Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada lesi. Palpasi : tidak ada nyeri tekan. Perkusi : bunyi timpani. Auskultasi :	Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada lesi. Palpasi : tidak ada nyeri tekan. Perkusi : bunyi timpani. Auskultasi :								
9. Ekstermitas	Inspeksi : tidak ada lesi. Palpasi : tubor kulit normal, tidak ada nyeri tekan, kekuatan otot	Inspeksi : tidak ada lesi Palpasi : tubor kulit normal, tidak ada nyeri tekan, kekuatan otot								
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px 5px;">5</td><td style="padding: 2px 5px;">4</td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">5</td><td style="padding: 2px 5px;">4</td></tr> </table>	5	4	5	4	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px 5px;">5</td><td style="padding: 2px 5px;">3</td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">5</td><td style="padding: 2px 5px;">3</td></tr> </table>	5	3	5	3
5	4									
5	4									
5	3									
5	3									
Data psikososial spiritual	Klien aktif dalam lingkungan masyarakat, mengikuti seluruh rangkaian kegiatan yang ada didalam lingkungannya yaitu pengajian rutin. Klien beragama islam dan selalu menjalankan kewajiban selayaknya orang islam lainnya yaitu beribadah	Klien aktif dalam lingkungan masyarakat, mengikuti seluruh rangkaian kegiatan yang ada didalam lingkungannya yaitu pengajian rutin dan ikut arisan ibu PKK. Klien beragama islam dan selalu menjalankan kewajiban selayaknya orang islam lainnya yaitu beribadah.								

5) Hasil pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada Ny. L 1. Laboratorium : Terlampir 2. GDA : Tgl 26-02-2017 (110) 3. Ct-Scan : Tgl 01-03-2017 gambaran tampak lesi hiperdens berdensitas darah volume +/- 29,02 cc di lonus temporo-parietal kiri disertai perifofocal edema 4. Pemeriksaan laboratorium : Tgl 26-02-2017	Pemeriksaan diagnostik pada Ny. T 1. Laboratorium : Terlampir 2. GDA : Tgl 28-02-2017 (128) 3. Ct-Scan : Tgl 28-02-2017 gambar tampak temporal dextra perdarahan ICH 39,42 cc 4. Pemeriksaan laboratorium : Tgl 28-02-2017
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabel 4.5 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil		Nilai normal
	Klien 1	Klien 2	
Hematologi			
Darah lengkap			
- Leukosit (WBC)	7,46	12,0	
- Neutrofil	5,6	10,3	
- Limfosit	1,0	1,3	
- Monosit	0,5	0,4	
- Eosinofil	0,2	0,0	
- Basofil	0,0	0,0	
- Neutrofil %	H 75,3	H 85,8	39,3-73,7 %
- Limfosit %	L 13,5	L 10,5	18,0-48,3 %
- Monosit %	L 6,1	L 3,7	4,40-12,7 %
- Eosinofil %	L 2,8	L 0,0	0,600-7,30 %

- Basofil %	0,4	0,0	0,00-1,70 %
- Eritrosit (RBC)	5,050	5,200	4,2-11,0 10 ⁶ /UL
- Haemoglobin (HGB)	14,00	15,80	12,0-16,0 g/dL
- Hematokrit (HCT)	42,00	42,50	38-47 %
- MCV	83,10	81,40	81,1-96,0 Um ³
- MCH	27,80	30,30	27,0-31,2 pg
- MCHC	33,40	H 37,20	31,8-35,4 g/dL
- RDW	14,10	12,00	11,5-14,5 %
- PLT	313	320	155-366 10 ³ /UL
- MPV	6,2	7,1	6,90-10,6 FL
Kimia klinik			
FAAL HATI			
- AST/SGOT	-	28,81	<31 U/L
- ALT/SGPT	-	20,06	<39 U/L
Lemak			
- Triglicerida	-	67	<150 mg/dL
- Kolesterol	-	242	<200 mg/dL
- Kolesterol HDL	-	H 89,74	>44 mg/dL
- Kolesterol LDL	-	H 112,11	<100 mg/dL
KIMIA KLINIK			
FAAL GINJAL			
- BUN	9	11	7,8-20,23 mg/dL
- Kreatinin	0,953	0,960	0,6-1,0 mg/dL
- Uric-Acid	-	L 2,12	2,3-6,1 mg/dL
ELEKTROLIT			
ELEKTROLIT			
SERUM			
- Natrium (Na)	142,70	144,20	135-147 mmol/L
- Kalium (K)	4,17	3,97	3,5-5 mmol/L
- Klorida (Cl)	104,60	102,50	95-105 mmol/L
- Kalsium Ion	1,299	1,290	1,16-1,32 mmol/L
GULA DARAH			
Gula darah sewaktu	110	128	<200 mg/dL
HEMATOLOGI			
FAAL			
HEMOSTASIS			
- APTT	-	29,30	27,4-39,3 detik
- Pasien	-	-	-
Protombin time	-	14,70	11,3-14,7 detik
- Pasien	-	1,11	-
INR			

Tabel 4.6 Terapi obat

Terapi			
Klien 1		Klien 2	
Infus asering	2 fles/hari	Infus asering	2 fles/hari
Injeksi mecobalamin	1 x 500 mg	Injeksi citicolin	3 x 250 mg
Injeksi citicolin	2 x 250 mg	Injeksi mecobalamin	1 x 500 mg
Injeksi pantoprazole	1 x 40 mg	Injeksi pantoprazol	1 x 40 mg
Injeksi ondansentron	2 x 4 mg	Injeksi metamizol	3 x 1 gram
Injeksi metamizol	3 x 1 gram	p.o candesartan	0 – 0 – 16 mg
Injeksi ceftriaxon	2 x 1 gram	p.o amlodipine	10 – 0 – 0 mg

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.7 Analisa Data

Analisa data	Etiologi	Masalah				
	Klien 1					
Data subyektif : Klien mengatakan kepala cekot-cekot dan badan terasa lemas Data obyektif : Keadaan umum : Lemah Kesadaran : composmentis GCS : 4 5 6 GDA : 110 mg/dL TTV TD : 180/100 mmHg N : 80x/menit S : 36 ² °C RR : 20x/menit Klien tampak lemah, konjungtiva pucat, sklera putih, akral dingin, mukosa bibir kering, terpsang katheter, lemas pada ekstermitas atas dan bawah bagian kiri, kekuatan otot	Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Pembuluh darah Sistemik ↓ Vasokonstriksi ↓ Afterload ↓ Fatigue	Intoleransi aktivitas				
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">5</td> <td style="padding: 2px 5px;">4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">5</td> <td style="padding: 2px 5px;">4</td> </tr> </table>	5	4	5	4	Intoleransi aktivitas	
5	4					
5	4					
	klien 2					
Data subyektif : klien mengatakan kepala pusing, dan badan lemas Data obyektif : Keadaan umum : lemas Kesadaran : composmentis GCS : 4 5 6, CRT < 2 detik GDA : 128 mg/dL TTV TD : 200/120 mmHg N : 81x/menit S : 36 ⁰ C RR : 21x/menit Klien tampak lemah, konjungtiva pucat, sclera putih, akral dingin, mukosa bibir kering, terpasang kateter, lemas pada ekstermitas atas dan bawah bagian kiri, kekuatan otot	Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Pembuluh darah Sistemik ↓ Vasokonstriksi ↓ Afterload ↓	intoleransi aktivitas				
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">5</td> <td style="padding: 2px 5px;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">5</td> <td style="padding: 2px 5px;">3</td> </tr> </table>	5	3	5	3		
5	3					
5	3					

Fatigue



Intoleransi aktivitas

4.1.4 Diagnosa keperawatan

Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan

Data	Etiologi	Problem (masalah)				
<p>Klien 1 Data subyektif : Klien mengatakan kepala cekot-cekot dan badan terasa lemas Data obyektif : Keadaan umum : Lemah Kesadaran : composmentis GCS : 4 5 6 GDA : 110 mg/dL TTV TD : 180/100 mmHg N : 80x/menit S : 36^oC RR : 20x/menit Klien tampak lemah, konjungtiva pucat, sclera putih, akral dingin, mukosa bibir kering, terpsang katheter, lemas pada ekstermitas atas dan bawah bagian kiri, kekuatan otot</p> <table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </table>	5	4	5	4	<p>Intoleransi aktivitas</p>	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring</p>
5	4					
5	4					
<p>Klien 2 Data subyektif : klien mengatakan kepala pusing, badan lemas Data obyektif : Keadaan umum : lemah Kesadaran : composmentis GCS : 4 5 6, CRT < 2 detik GDA : 128 mg/dL TTV TD : 200/120 mmHg N : 81x/menit S : 36^oC RR : 21x/menit Klien tampak lemah, konjungtiva pucat, sklera putih, akral dingin, mukosa bibir kering, terpasang kateter, lemas pada ekstermitas atas dan bawah bagian kiri, kekuatan otot</p> <table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table>	5	3	5	3	<p>Intoleransi aktivitas</p>	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring</p>
5	3					
5	3					

4.1.5 INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 4.9 Intervensi Keperawatan

DIAGNOSIS KEPERAWATAN (Tujuan, Kriteria Hasil)	NOC	NIC
<p>Klien 1</p> <p>Intoleransi aktifitas Definisi: ketidakcukupan energy psikologis dan fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktifitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas. 2. Respon frekwensi jantung abnormal terhadap aktivitas 3. .Perubahan EKG yang mencerminkan aritmia. 4. Perubahan EKG yang mencerminkan iskemia. 5. Ketidaknyamanan setelah beraktivitas. 6. Dispnea setelah beraktivitas. 7. Menyatakan merasa letih. 8. Menyatakan merasa lemah. <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tirah baring atau mobilisasi. 2. Kelemahan umum. 3. Ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen. 4. Imobilitas, gaya hidup monoton 	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Energy conservation. 2. Activity tolerance. 3. Self care: ADLs, <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi, dan RR. 2. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri. 3. Tanda-tanda vital normal. 4. Energi psikomotor. 5. Level kelemahan. 6. Mampu berpindah: dengan atau tanpa bantuan alat. 7. Status kardiopulmunari adekuat. 8. Sirkulasi status baik 9. status respirasi : pertukaran gas dan ventilasi adekuat. 	<p>NIC</p> <p>Activity Therapy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasikan dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalam merencanakan program terapi yang tepat. Rasional: terapi medic yang tepat dapat memungkinkan pemulihan tingkat aktivitas 2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. Rasional: menelaah kemampuan aktivitas klien 3. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek. Rasional: untuk melindungi saat melakukan aktivitas 4. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai. Rasional: pemenuhan aktivitas dapat terpenuhi sesuai dengan keinginan. 5. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang. Rasional: kebutuhan aktivitas lebih teratur 6. Bantu pasien atau keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas. Rasional: menghindari pemaksaan penggunaan energi dalam beraktivitas. 7. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan. Rasional: memberikan penguatan dan motivasi pada klien agar mampu melakukan aktivitas. 8. Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual. Rasional: mengurangi resiko kelelahan saat beraktivitas

Klien 2**Intoleransi aktifitas**

Definisi: ketidakcukupan energy psikologis dan fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktifitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan.

Batasan karakteristik:

1. Respon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas.
2. Respon frekwensi jantung abnormal terhadap aktivitas.
3. Perubahan EKG yang mencerminkan aritmia.
4. Perubahan EKG yang mencerminkan iskemia.
5. Ketidaknyamanan setelah beraktivitas.
6. Dispnea setelah beraktivitas.
7. Menyatakan merasa letih.
8. Menyatakan merasa lemah.

Faktor yang berhubungan:

1. Tirah baring atau mobilisasi.
2. Kelemahan umum.
3. Ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen.
4. Imobilitas. Gaya hidup monoton

NOC

1. Energy conservation.
2. Activity tolerance.
3. Self care: ADLs,

Kriteria Hasil:

1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi, dan RR.
2. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri.
3. Tanda-tanda vital normal.
4. Energi psikomotor.
5. Level kelemahan.
6. Mampu berpindah: dengan atau tanpa bantuan alat.
7. Status kardiopulmunari adekuat
8. Sirkulasi status baik
9. Status respirasi : pertukaran gas dan ventilasi adekuat.

NIC**Activity Therapy**

1. Kolaborasi dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalam merencanakan program terapi yang tepat.

Rasional: terapi medic yang tepat dapat memungkinkan pemulihan tingkat aktivitas

2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan.

Rasional: menelaah kemampuan aktivitas klien

3. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek.

Rasional: untuk melindungi saat melakukan aktivitas

4. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai.

Rasional: pemenuhan aktivitas dapat terpenuhi sesuai dengan keinginan.

5. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang.

Rasional: kebutuhan aktivitas lebih teratur

6. Bantu pasien atau keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas.

Rasional: menghindari pemaksaan penggunaan energi dalam beraktivitas.

7. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan.

Rasional: memberikan penguatan dan motivasi pada klien agar mampu melakukan aktivitas.

8. Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual.

Rasional: mengurangi resiko kelelahan saat beraktivitas

4.1.6 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Klien 1

Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN			
Hari/tanggal 01 maret 2017	Hari/tanggal 02 maret 2017	Hari/tanggal 03 maret 2017	Pa raf
08:30	Melakukan bina hubungan saling percaya pada pasien dan keluarga pasien untuk menjalin kerja sama yang baik dan komunikasi terapeutik.	08:00	Membantu pasien atau keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas dengan cara menghindari pemaksaan penggunaan energy dalam beraktivitas
08:45	Membantu pasien atau keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas dengan cara menghindari pemaksaan penggunaan energy dalam beraktivitas	09:00	Membantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan dengan cara memberikan motivasi kepada klien agar mampu melakukan aktivitas
09:00	Berkolaborasi dalam pemberian obat : Terapi infus asering 2 fles/hari Injeksi : Mecobalamin 1 x 500mg Citicolin 2 x 250mg Pantoprazole 1 x 40mg Ondansentron 2 x 4mg Metamizol 3 x 1gr Ceftriaxone 2 x 1gr	10:30	Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual dengan cara mengurangi resiko kelelahan saat beraktivitas
10:00	Membantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan dengan cara memberikan motivasi kepada klien agar mampu melakukan aktivitas	11:00	Mengajarkan mobilisasi pada pasien dengan cara mubah posisi pasien
10:30	Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual dengan cara mengurangi resiko kelelahan	11:30	Monitor TTV dengan cara Melakukan TTV dengan hasil: TD : 170/100 mmHg N : 76 x/menit
		10:50	Monitor TTV dengan cara melakukan TTV dengan hasil: TD : 150/90 mmHg N : 78 x/menit S : 36 ⁵ °C RR : 20 x/menit
		08: 50	Membantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan dengan cara memberikan moti~vasi kepada klien agar mampu melakukan aktivitas
		09:30	Membantu pasien atau keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas dengan cara menghindari pemaksaan penggunaan energy dalam beraktivitas
		11:20	Mengajarkan mobilisasi pada pasien dengan cara mengubah posisi pasien
		11:50	Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual dengan cara mengurangi resiko kelelahan

	saat beraktivitas	S : 36 ⁸ °C RR : 22x/menit	saat beraktivitas
11:00	Mengajarkan mobilisasi pada pasien dengan cara mengubah posisi pasien		
11:30	Monitor TTV dengan cara melakukan TTV dengan hasil : TD : 180/100 mmHg N : 80 x/menit S : 36 ² °C RR : 20 x/menit		

Klien 2**IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**

	Hari/tanggal 01 maret 2017	Hari/tanggal 02 maret 2017	Hari/tanggal 03 maret 2017	Pa raf	
08:20	Melakukan bina hubungan saling percaya pada pasien dan keluarga pasien untuk menjalin kerja sama yang baik dan komunikasi terapeutik.	08:30	Membantu pasien atau keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas dengan cara menghindari pemaksaan penggunaan energy dalam beraktivitas	08:35	Membantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan dengan cara memberikan motivasi kepada klien agar mampu melakukan aktivitas
08:50	Membantu pasien atau keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas dengan cara menghindari pemaksaan penggunaan energy dalam beraktivitas	09:00	Membantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan dengan cara memberikan motivasi kepada klien agar mampu melakukan aktivitas	09:00	Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual dengan cara mengurangi resiko kelelahan saat beraktivitas
09:00	Berkolaborasi dalam pemberian obat : Terapi infus asering 2 fles/hari Injeksi : Mecobalamin 1 x 500mg Citicolin 2 x 250mg Pantoprazole 1 x 40mg Metamizol 3 x 1gr	10:20	Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual dengan cara mengurangi resiko kelelahan saat beraktivitas	10:30	Membantu pasien atau keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas dengan cara menghindari pemaksaan penggunaan energy dalam beraktivitas
10:15	Membantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan	10:50	Mengajarkan mobilisasi pada pasien dengan cara mengubah posisi	11:00	Melakukan TTV: TD : 170/100 mmHg N : 77 x/menit

	penguatan dengan cara memberikan motivasi kepada klien agar mampu melakukan aktivitas		pasien		S : 36 ⁵ °C RR : 22x/menit
10:45	Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual dengan cara mengurangi resiko kelelahan saat beraktivitas	11:20	Monitor TTV dengan cara melakukan TTV: TD : 180/110 mmHg N : 76x/menit S : 36 ⁷ °C RR : 22x/menit	11:30	Mengajarkan mobilisasi pada pasien dengan cara mubah posisi pasien
11:15	Mengajarkan mobilisasi pada pasien dengan cara mengubah posisi pasien				
11:45	Monitor TTV dengan cara melakukan TTV: TD : 200/120 mmHg N : 81x/menit S : 36 ⁰ °C RR : 21x/menit				

4.1.7 EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan

EVALUASI	Hari 1 01 maret 2017	Hari 2 02 maret 2017	Hari 3 03 maret 2017
Klien 1	<p>S : Klien mengatakan kepala cekot-cekot dan badan lemas</p> <p>O : Keadaan umum : lemah</p> <p>Kesadaran : Composmentis</p> <p>GCS 4-5-6, CRT < 2 detik</p> <p>GDA : 136</p> <p>TTV</p> <p>TD : 180/100 mmhg</p> <p>N : 80 x/menit</p> <p>S : 36² °C</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>a. konjungtiva pucat.</p> <p>b. Sklera putih.</p> <p>c. Akral hangat.</p> <p>d. Mukosa bibir kering.</p> <p>e. Terpasang kateter.</p> <p>f. Lemas pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri, klien tidak bisa menggerakkan ekstermitas atas dan</p>	<p>S : klien mengatakan kepala pusing dan badan lemas</p> <p>O : keadaan umum : lemah</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>GCS 4-5-6, CRT < 2 detik</p> <p>TTV</p> <p>TD : 170/100 mmHg</p> <p>N : 76 x/menit</p> <p>S : 36⁸ °C</p> <p>RR : 22 x/menit</p> <p>a. konjungtiva pucat.</p> <p>b. sklera putih.</p> <p>c. Akral hangat.</p> <p>d. Mukosa bibir kering.</p> <p>e. Terpasang kateter.</p> <p>f. Lemas pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri, klien bisa menggerakkan ekstermitas atas dan</p>	<p>S : klien mengatakan pusing kepala berkurang</p> <p>O : keadaan umum : lemah</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>GCS 4-5-6, CRT < 2 detik</p> <p>TTV</p> <p>TD : 150/90 mmHg</p> <p>N : 78x/menit</p> <p>S : 36⁵ °C</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>a. konjungtiva pucat.</p> <p>b. sklera putih.</p> <p>c. Akral hangat.</p> <p>d. Mukosa bibir kering.</p> <p>e. Terpasang kateter.</p> <p>f. Lemas pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri, klien bisa menggerakkan ekstermitas atas dan</p>

	<p>bawah bagian kiri. g. kekuatan otot</p> <table border="1"> <tr><td>5</td><td>4</td></tr> <tr><td>5</td><td>4</td></tr> </table> <p>h. kulit kering. i. Terpasang infus asering 2 flesh/hari. j. Klien merubah posisinya setiap 2 jam sekali dibantu oleh keluarganya. A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi (Poin a – g)</p>	5	4	5	4	<p>bawah bagian kiri dengan bantuan keluarganya. g. kekuatan otot</p> <table border="1"> <tr><td>5</td><td>4</td></tr> <tr><td>5</td><td>4</td></tr> </table> <p>h. kulit kering. i. Terpasang infus asering 2 flesh/hari j. Klien merubah posisinya setiap 2 jam sekali dibantu oleh keluarganya. k. Tekanan darah klien sedikit menurun A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi (poin a, b, d)</p>	5	4	5	4	<p>bawah bagian kiri sendiri tetapi juga sedikit dibantu dengan keluarganya. g. kekuatan otot</p> <table border="1"> <tr><td>5</td><td>4</td></tr> <tr><td>5</td><td>4</td></tr> </table> <p>h. kulit kering. i. Terpasang infus asering 2 flesh/hari j. Klien merubah posisinya setiap 2 jam sekali dibantu oleh keluarganya. k. Tekanan darah klien sedikit menurun l. Klien sudah bisa menghindari pemaksaan penggunaan energi A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi (poin b, d)</p>	5	4	5	4
5	4														
5	4														
5	4														
5	4														
5	4														
5	4														
Klien 2	<p>S : Klien mengatakan kepala pusing dan badan lemas O : Keadaan umum : lemah Kesadaran : Composmentis m. GCS 4-5-6, CRT < 2 detik GDA : 128 TTV TD : 200/120 mmHg N : 81x/menit S : 36⁰C RR : 21x/manit a. Konjungtiva pucat b. sklera putih. c. Akral hangat. d. Mukosa bibir kering. e. Terpasang kateter. f. Lemas pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri, klien tidak bisa menggerakkan ekstermitas atas dan bawah bagian kiri. g. kekuatan otot</p>	<p>S : klien mengatakan kepalanya masih pusing dan badan lemas O : keadaan umum : lemah Kesadaran : composmentis j. GCS 4-5-6, CRT < 2 detik TTV TD : 180/110 mmHg N : 76x/menit S : 36⁷0C RR : 22x/menit a. Konjungtiva pucat b. sklera putih. c. Akral hangat. d. Mukosa bibir kering. e. Terpasang kateter. f. Lemas pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri, klien tidak bisa menggerakkan ekstermitas atas dan bawah bagian kiri. g. kekuatan otot</p>	<p>S : klien mengatakan pusing sedikit berkurang dan badan masih lemas O : keadaan umum : lemah Kesadaran : composmentis l. GCS 4-5-6, CRT < 2 detik TTV TD : 170/100 mmHg N : 77x/menit S : 36⁵0C RR : 22x/menit a. Konjungtiva pucat b. sklera putih. c. Akral hangat. d. Mukosa bibir kering. e. Terpasang kateter. f. Lemas pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri, klien tidak bisa menggerakkan ekstermitas atas dan bawah bagian kiri dengan bantuan</p>												

5	3
5	3

h. kulit kering.
 i. Terpasang infus asering 2 flesh/hari
A : Masalah teratasi sebagian
P : Lanjutkan intervensi
 (Poin a – g)

5	3
5	3

h. kulit kering.
 i. Terpasang infus asering 2 flesh/hari
 j. Klien merubah posisinya setiap 2 jam sekali dibantu oleh keluarganya.
 k. tekanan darah klien sedikit menurun.
A : Masalah teratasi sebagian
P : Lanjutkan intervensi (Poin a, b, d)

keluarganya.
 g. kekuatan otot

5	3
5	3

h. kulit kering.
 i. Terpasang infus asering 2 flesh/hari
 j. Klien merubah posisinya setiap 2 jam sekali dibantu oleh keluarganya.
 k. tekanan darah klien sedikit menurun.
A : Masalah teratasi sebagian
P : Lanjutkan intervensi (Poin a, b, d)

4.2 Pembahasan

Pada bab ini penulis akan membahas tentang analisa antara studi kasus asuhan keperawatan pada klien yang mengalami hipertensi dengan masalah intoleransi aktivitas di Ruang Krissan RSUD Bangi Kabupaten Pasuruan.

Hipertensi merupakan keadaan ketika tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan diastolik lebih dari 80 mmHg. Hipertensi sering menyebabkan perubahan pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan semakin tingginya tekanan darah. Pengobatan awal pada penyakit hipertensi sangatlah penting karena dapat mencegah timbulnya komplikasi pada beberapa organ tubuh seperti jantung, ginjal, dan otak. Penyelidikan epidemiologis membuktikan bahwa tingginya tekanan darah berhubungan erat dengan mordibitas dan mortalitas penyakit kardiovaskuler (Arif Muttaqin, 2009).

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian kemampuan aktivitas dilakukan dengan tujuan untuk menilai kemampuan gerak, duduk, berdiri, bangun dan berpindah tanpa

bantuan. Kategori tingkat kemampuan aktivitas adalah sebagai berikut: (Potter & Perry, 2005). Pengkajian terhadap intoleransi aktivitas meliputi tingkat aktivitas sehari-hari, tingkat kelelahan, gangguan pergerakan, pemeriksaan fisik utama pada postur, ekstremitas perubahan seperti nadi, tekanan darah serta perubahan tanda-tanda vital selama melakukan aktivitas dan perubahan posisi. Pengkajian terhadap kekuatan otot, juga perlu diperhatikan, untuk menentukan derajat kekuatan otot atau kemampuan otot perlu dilakukan pemeriksaan derajat kekuatan otot yang di buat ke dalam enam derajat (0– 5). Derajat ini menunjukkan tingkat kemampuan otot yang berbeda-beda sebagai berikut (Nikmatur & Saiful, 2012). Pengkajian merupakan tahap awal dari suatu proses keperawatan, kegiatan yang dilakukan pada tahap tersebut adalah mengumpulkan data, seperti riwayat keperawatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan data sekunder lainnya meliputi : catatan hasil pemeriksaan diagnostik, dan literatur. pengumpulan data dilakukan antara tanggal 01 maret 2017 sampai dengan 03 maret 2017 dengan wawancara, observasi langsung serta pemeriksaan fisik.

1. Data subjektif

Pada tinjauan kasus pada klien yang mengalami hipertensi dengan masalah intoleransi aktivitas didapatkan klien 1 : Klien mengatakan kepala cekot-cekot, badan terasa lemas. sedangkan klien 2 : Klien mengatakan kepala pusing, badan lemas.

Menurut peneliti mendapatkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta. Pada data subjektif klien hipertensi akan mengeluh

kepala pusing, dikarenakan pengukuran tekanan darah yang tinggi. Karena tanda dan gejala hipertensi yang timbul pada klien sama dengan teori yang ada.

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah dimana tekanan sistolik diatas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg pada golongan manula, hipertensi di definisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg. Penyebab hipertensi belum bisa di pastikan lebih jelas tetapi di antara faktor-faktor ini bisa menyebabkan hipertensi di antaranya faktor usia yang sudah mulai menua, faktor dari keturunan keluarga, merokok, obesitas atau kelebihan berat badan, kurangnya olah raga, terlalu banyak mengonsumsi garam (Ns. Andra & Ns. Yessie 2013). Menurut jurnal Universitas Sumatera Utara hubungan hipertensi dengan intoleransi aktivitas berpusat pada proses ketidakmampuan tubuh memproduksi energi yang cukup untuk menyelesaikan aktivitas sehari-hari. Keadaan tersebut dapat ditandai dengan adanya kelelahan atau kelemahan fisik yang dialami oleh penderita hipertensi.

2. Data objektif

Pada pemeriksaan fisik klien 1 didapatkan keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, TD 180/100 mmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36°C , RR 20 x/menit, klien tampak lemah, konjungtiva pucat, sklera putih, akral dingin, mukosa bibir kering, terpasang kateter, lemah pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri. Sedangkan pada klien 2 didapatkan keadaan umum lemah, kesadaran

composmentis, GCS 4-5-6, akral hangat, TD 200/120 mmHg, Nadi 81x/menit, Suhu 36 °C, RR 21x/menit, klien mengeluh kepala pusing dan lemah pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri.

Dalam tahap ini peneliti mendapatkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta. Pada pemeriksaan fisik hipertensi tanda-tanda vital klien mengalami kenaikan dikarenakan klien kepala pusing, tidak bisa tidur, hampir sampai tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari. Pada pemeriksaan fisik hipertensi tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah tinggi. Hipertensi berkaitan dengan kenaikan sistoliknya diatas 140 mmHg dan tekanan diastoliknya diatas diatas 90 mmHg pada populasi manula.

Pada pemeriksaan fisik tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, pengumpulan cairan (eksudat), penyempitan pembuluh darah. Setiap individu yang menderita hipertensi kadang tidak menampakkan gejala sampai bertahun-tahun. Gejala bila ada menunjukkan adanya kerusakan vaskuler, dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan. Perubahan patologis pada ginjal dapat bermanifestasikan sebagai nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) dan azetoma (peningkatan nitrogen urea darah (BUN) dan kreatinin. Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien yang bermanifestasi sebagai paralysis sementara pada satu sisi

(hemiplegia atau gangguan tajam penglihatan (Ns. Andra & Ns Yessi, 2013).

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Pada klien 1 dan klien 2 diagnosa yang muncul adalah intoleransi aktivitas. Peneliti memprioritaskan diagnosa intoleransi aktivitas pada urutan pertama karena apabila masalah tidak segera ditangani, maka semua kebutuhan pasien akan selalu memerlukan bantuan dari keluarga atau orang lain.

Dalam diagnosa ini peneliti mendapatkan bahwa tidak ada kesenjangan teori dan fakta. Peneliti mengambil diagnosa pada klien 1 dan klien 2 intoleransi aktivitas berhubungan tirah baring. Karena didapatkan kedua klien mengeluh kepala pusing dan badan lemas tidak bisa digerakkan, karena itulah peneliti mengambil diagnosa yang berhubungan dengan tirah baring.

Diagnosa keperawatan adalah cara mengidentifikasi, memfokuskan, dan mengatasi kebutuhan spesifik pasien serta respon terhadap masalah aktual, resiko tinggi ataupun potensial. Diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring (Nuratif & Kusuma, 2015). Intoleransi aktivitas adalah ketidak cukupan energi secara fisiologis maupun psikologis untuk meneruskan atau menyelesaikan aktivitas yang diminta sehari-hari. Diagnosa tersebut dapat ditegakkan jika ada data batasan karakteristik yaitu respon abnormal, tekanan darah terhadap aktivitas, adanya ketidaknyamanan saat beraktivitas. Alasan diagnosa tersebut diangkat karena ditemukan tanda-tanda yang mendukung yaitu secara subyektif

pasien mengatakan lemas pada ekstermitas atas dan bawah, pasien selalu dibantu keluarga dan data obyektif yaitu pasien terlihat berbaring di tempat tidur (E setyawati, 2012).

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan secara sederhana dapat diartikan sebagai suatu dokumentasi tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan, dan intervensi keperawatan *Sumber NANDA NIC-NOC, 2015-2017*. Intervensi yang diberikan adalah *NOC Energy conservation, Activity tolerance, Self care ADLs*, kriteria hasil berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi, dan RR. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri. Tanda-tanda vital normal, level kelemahan, mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan alat. *NOC Activity Therapy*: kolaborasi dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalam merencanakan program terapi yang tepat, bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan, bantu pasien atau keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas, bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan.

Dalam tahap ini peneliti mendapatkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta. Hal ini terjadi karena intervensi yang direncanakan berdasarkan kebutuhan pasien, sehingga intervensi tersebut dapat mengatasi masalah yang dialami pasien.

Menurut (NANDA, 2012) didapatkan 3 diagnosa yaitu : intoleransi aktivitas, gangguan mobilitas fisik dan deficit perawatan diri. Adapun batasan karakteristik yang mendukung dari intoleransi aktivitas adalah

respon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas, respon frekuensi jantung abnormal terhadap aktivitas, ketidaknyamanan saat beraktivitas, *dyspnea* menyatakan merasa letih dan menyatakan merasa lemah.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Merupakan pengelolaan dari perwujudan intervensi meliputi kegiatan validasi, rencana keperawatan, mendokumentasikan rencana, memberikan askep dalam pengumpulan data, serta melaksanakan advis dokter dan ketentuan RS, melakukan kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian terapi dan melaksanakan pemberian terapi pada klien 1 diberikan infus asering 2 flesh/hari, memberikan injeksi mecobalamin 1 x 500 mg, citicolin 2 x 250 mg, pantoprazole 1 x 40 mg, ondansentron 2 x 4 mg, metamizol 3 x 1 gram, ceftriaxon 2 x 1 gram. Sedangkan pada klien 2 memberikan infus asering 2 flesh/hari, injksi citicolin 3 x 250 mg, mecobalamin 1 x 500 mg, pantoprazol 1 x 40 mg, metamizol 3 x 1 gram, dan p.o candesartan 0 - 0 - 16 mg, amlodipine 10 - 0 - 0 mg.

Menurut peneliti implementasi yang dilakukan pada studi kasus pada kedua klien dengan intoleransi aktivitas sudah sesuai dengan teori dan hasil studi kasus, sehingga tidak ada kesenjangan antara hasil laporan studi kasus dengan teori. Adapun implementasi yang dapat dilakukan oleh peneliti kasus ini, hanya dapat dilakukan selama 3 hari rawat. Hal ini disebabkan karena secara umum kondisi kesehatan pasien yang sudah pulih atau membaik.

Menurut Bararah (2013), implementasi adalah pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap

perencanaan. Jenis tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri, saling ketergantungan/kolaborasi, dan tindakan rujukan/ketergantungan. Implementasi tindakan keperawatan dengan masalah intoleransi aktivitas disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Oleh karena itu, sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan yang masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisi saat ini. Menurut E Setyawati (2012), tindakan keperawatan untuk mengatasi diagnosa ini adalah menentukan penyebab intoleransi aktivitas (fisik/psikologis), catat kemampuan untuk mentoleransi aktivitas. Kekuatan dari tindakan ini adalah dilakukan dengan baik, karena adanya keterlibatan keluarga yang selalu membantu kebutuhan pasien.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Pada hari pertama klien 1 kepala cekot-cekot dan badan terasa lemas, keadaan umum : lemah, kesadaran : composmentis, GCS : 4 - 5 - 6, lemas pada ekstermitas atas dan bawah bagian kiri, klien tidak bisa menggerakkan ekstermitas atas dan bawah bagian kiri, kekuatan otot kanan 5 kiri 4, TD : 180/100 mmHg, RR : 20 x/menit, S : 36² °C, N : 80 x/menit, masalah belum teratas dan lanjutkan intervensi dengan terapi infus asering 2 flash/hari, memberikan injeksi mecobalamin 1 x 500 mg, citicolin 2 x 250 mg, pantoprazole 1 x 40 mg, ondansentron 2 x 4 mg, metamizol 3 x 1 gram, ceftriaxon 2 x 1 gram. Hari kedua kepala pusing dan badan masih lemas, keadaan umum : lemah, kesadaran : composmentis, GCS : 4 - 5 - 6, lemas pada ekstermitas atas dan bawah bagian kiri, klien sedikit bisa

menggerakkan ekstermitas atas dan bawah bagian kiri dengan bantuan keluarga, kekuatan otot kanan 5 kiri 4, TD : 170/100 mmHg, N : 76 x/menit, S : 36⁸ °C, RR : 22 x/menit, masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi dengan terapi infus asering 2 flash/hari, memberikan injeksi mecobalamin 1 x 500 mg, citicolin 2 x 250 mg, pantoprazole 1 x 40 mg, ondansentron 2 x 4 mg, metamizol 3 x 1 gram, ceftriaxon 2 x 1 gram. Hari ke tiga pusing sedikit berkurang dan badan masih lemas, keadaan umum : lemah, kesadaran : composmentis, GCS : 4 - 5 - 6, lemas pada ekstermitas atas dan bawah bagian kiri, klien bisa menggerakkan ekstermitas atas dan bawah bagian kiri tetapi juga sedikit dibantu dengan keluarganya , kekuatan otot kanan 5 kiri 4, TD : 150/90 mmHg, N : 88 x/menit, S : 36⁵ °C, RR : 20 x/menit, masalah teratasi sebagian dan lanjutkan intervensi dengan terapi infus asering 2 flash/hari, memberikan injeksi mecobalamin 1 x 500 mg, citicolin 2 x 250 mg, pantoprazole 1 x 40 mg, ondansentron 2 x 4 mg, metamizol 3 x 1 gram, ceftriaxon 2 x 1 gram.

Sedangkan klien 2 hari pertama kepala pusing dan badan lemas, keadaan umum : lemah, kesadaran : composmentis, GCS : 4 - 5 - 6, lemas pada ekstermitas atas dan bawah bagian kiri, klien tidak bisa menggerakkan ekstermitas atas dan bawah bagian kiri, kekuatan otot kanan 5 kiri 3, TD : 200/120 mmHg, N : 81 x/menit, S : 36 °C, RR : 21 x/menit, masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi dengan terapi infus asering 2 flash/hari, memberikan injeksi mecobalamin 1 x 500 mg, citicolin 2 x 250 mg, pantoprazole 1 x 40 mg, ondansentron 2 x 4 mg, metamizol 3 x 1 gram, ceftriaxon 2 x 1 gram. Hari kedua kepalanya masih pusing dan badan lemas,

keadaan umum : lemah, kesadaran : composmentis, GCS : 4 - 5 - 6, lemas pada ekstermitas atas dan bawah bagian kiri, klien belum bisa menggerakkan ekstermitas atas dan bawah bagian kiri, kekuatan otot kanan 5 kiri 3, TD : 180/100 mmHg, N : 76 x/menit, S : 36⁸ °C, RR : 22 x/menit, masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi dengan terapi infus asering 2 flash/hari, memberikan injeksi mecobalamin 1 x 500 mg, citicolin 2 x 250 mg, pantoprazole 1 x 40 mg, ondansentron 2 x 4 mg, metamizol 3 x 1 gram, ceftriaxon 2 x 1 gram. Hari ke tiga pusing sedikit berkurang dan badan masih lemas, keadaan umum : lemah, kesadaran : composmentis, GCS : 4 - 5 - 6, lemas pada ekstermitas atas dan bawah bagian kiri, klien tidak bisa menggerakkan ekstermitas atas dan bawah bagian kiri dengan bantuan keluarganya, kekuatan otot kanan 5 kiri 3, TD : 180/100 mmHg, N : 78 x/menit, S : 36³ °C, RR : 22 x/menit, masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi dengan terapi infus asering 2 flash/hari, memberikan injeksi mecobalamin 1 x 500 mg, citicolin 2 x 250 mg, pantoprazole 1 x 40 mg, ondansentron 2 x 4 mg, metamizol 3 x 1 gram, ceftriaxon 2 x 1 gram.

Menurut peneliti pada hari pertama klien 1 teratasi karena klien belum bisa menggerakkan badannya TD : 180/100 mmHg, N : 80 x/menit, S : 36² °C, RR : 20 x/menit. pada hari kedua masalah teratasi sebagian karena klien bisa menggerakkan badannya meskipun dengan bantuan dari keluarganya TD : 170/100 mmHg, N : 76 x/menit, S : 36⁸ °C, RR : 22 x/menit. Hari ketiga masalah teratasi sebagian karena klien bisa menggerakkan badannya sendiri TD: 150/90 mmHg, N : 78 x/menit, S : 36⁵ °C, RR : 20 x/menit. Pada klien 2 hari pertama masalah belum teratasi karena klien belum bisa

menggerakkan badannya TD : 200/120 mmHg, N : 81 x/menit, S : 36⁰C, RR : 21 x/menit. Hari kedua masalah belum teratasi karena klien belum bisa menggerakkan badannya meski dengan bantuan dari keluarganya TD : 180/110 mmHg, N : 76 x/menit, S : 36⁷ 0C, RR : 22 x/menit. Hari ketiga masalah teratasi sebagian karena klien bisa menggerakkan badannya tetapi dengan bantuan dari keluarganya TD : 170/100 mmHg, N : 77 x/menit, S : 36⁵ 0C, RR : 22 x/menit.

Tindakan keperawatan pada diagnosa pertama yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring, setelah dilakukan tindakan selama 3 hari keluarga klien mengatakan sedikit sudah bisa menggerakkan badannya. Diagnosa pertama pada masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi sebagian. Antara studi lapangan dan teori tidak terdapat kesenjangan karena masing-masing diagnosa masalah yang terjadi dapat teratasi sebagian.

Diagnosa intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring kriteria hasil yang diharapkan yaitu pasien dapat memenuhi kebutuhannya secara optimal. Pasien bisa berganti posisi tidur dengan cara miring kanan atau miring kiri, ekstermitas atas dan bawah sudah bisa digerakkan. Sehingga masalah keperawatan teratasi sebagian, maka dapat mempertahankan rencana keperawatan yaitu dengan mendekatkan semua barang yang dibutuhkan didekat pasien agar pasien tidak tergantung pada orang lain (R Aprilawati, 2012).

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan apa yang penulis dapatkan dalam laporan studi kasus pembahasan pada asuhan keperawatan pada klien hipertensi dengan masalah intoleransi aktivitas pada Ny. L dan Ny. T diruang Krissan RSUD Bangil, maka penulis mengambil kesimpulan:

5.1.1 Pengkajian

1. Pada klien 1

Keluarga klien mengatakan dua hari yang lalu pasien mengeluh pusing lalu di periksakan ke dokter terdekat, setelah itu pada tanggal 28 februari 2017 pasien dari sawah mengeluh kepala pusing, mual, muntah, tangan dan kaki lemas sebelah kiri lalu klien di bawa keluarganya ke puskesmas prigen lalu dirujuk ke RSUD Bangil Pasuruan dan rawat inap di ruang Krissan.

2. Pada klien 2

Keluarga klien mengatakan Pada tanggal 26 februari pasien mendadak tidak sadar habis makan mie pukul 23:00 kaki dan tangan kanan lemah lalu di bawa keluarganya ke rumah sakit Aisiah lalu di rujuk ke RSUD Bangil Pasuruan dan rawat inap di ruang Krissan.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Dari pengkajian dua klien tersebut, maka penulis mengambil diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring. Peneliti memprioritaskan diagnosa intoleransi aktivitas pada urutan pertama

karena apabila masalah tidak segera ditangani maka semua kebutuhan pasien akan selalu memerlukan bantuan dari keluarga atau orang lain.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien 1 dan 2 yaitu Rencana keperawatan secara sederhana dapat diartikan sebagai suatu dokumentasi tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan, dan intervensi keperawatan *Sumber* : NANDA NIC-NOC, 2015-2017. Intervensi yang diberikan adalah NOC *Activity tolerance*, berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi, dan RR, mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri, tanda-tanda vital normal, energi psikomotor, level kelemahan, mampu berpindah: dengan atau tanpa bantuan alat, status kardiopulmonari adekuat, sirkulasi status baik, status respirasi: pertukaran gas dan ventilasi adekuat. Dalam tahap ini peneliti mendapatkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta. Hal ini terjadi karena intervensi direncanakan berdasarkan dengan kebutuhan dan masalah pasien, sehingga intervensi tersebut dapat mengatasi masalah yang dialami klien.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada klien 1 dan 2 yaitu pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Jenis tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri, saling ketergantungan/kolaborasi, dan tindakan rujukan/ketergantungan. Implementasi tindakan keperawatan dengan

masalah intoleransi aktivitas disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata sering implementasi jauh berbeda dengan rencana. Oleh karena itu, sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisi saat ini. Perawat juga menilai diri sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, teknik sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan. Implementasi yang dapat dilakukan oleh peneliti selama 3 hari rawat, dengan hasil secara umum kondisi kesehatan pasien sudah pulih atau membaik.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada klien 1 dan klien 2 didapatkan pada hari pertama klien mengatakan kepala cekot-cekot dan badan lemas pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri tidak bisa di gerakkan, hari kedua klien mengatakan kepala pusing dan badan lemas pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri, dan pada hari ketiga klien mengatakan pusing kepala berkurang dan badan masih lemas. Dengan demikian intervensi dan implementasi yang sudah dilakukan selama tiga hari didapatkan evaluasi dengan masalah intoleransi aktivitas masih dalam tahap masalah teratasi sebagian.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis menyampaikan saran antara lain:

1. Bagi Pasien Dan Keluarga

Dengan adanya bimbingan yang dilakukan oleh perawat dan penulis selama proses pemberian asuhan keperawatan, diharapkan keluarga klien ikut berpartisipasi dalam perawatan dan pengobatan dalam upaya mempercepat proses penyembuhan serta bisa menerima dan melaksanakan peraturan yang telah ditetapkan oleh ruangan.

2. Bagi institusi pendidikan

Institusi diharapkan bisa lebih meningkatkan pengayaan, penerapan, dan pengajaran asuhan keperawatan bagi mahasiswanya, penambahan saran dan prasarana yang dapat menunjang ketrampilan mahasiswa dalam segi *knowledge*, afektif dan psikomotor serta skill station.

3. Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya dapat menggunakan atau memanfaatkan waktu se efektif mungkin, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan kepada klien secara maksimal.

Daftar Pustaka

- Arif Muttaqin. 2009. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular*. Jakarta: Salemba Medika
- Armilawati.2007. *Hipertensi dan faktor resikonya dalam kajian epidemiologi*.
Diunduh pada tanggal 3 Desember 2016 melalui eprints.ums.ac.id
- Bararah, Taqiyah & Jauhar, Mohammad. 2013. *Asuhan Keperawatan: Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional. Jilid 1*. Jakarta : Prestasi Pustaka
- Bulechek G, dkk. 2015. *Nursing Interventions Clarification (NIC)*. Singapore: Elsevier Inc
- Hamid. 2014. eprints.ung.ac.id. di unduh pada tanggal 3 desember 2016
- Lynda Jual Carpenito. 2010. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Edisi 13*. Jakarta: EGC
- Nurarif. A. H & Kusuma. H. 2015. *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: MediAction
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta
- Nikmatur & Saiful. 2012. *Proses keperawatan teori & aplikasi*. Yogyakarta: AR.RUZZ media
- Nanda Internasional. 2015. *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2015-2017*. Edisi: 10. EGC: Jakarta
- Suryana. 2014. *Kadar zinc, cuprum dan selenium pada penderita hipertensi*.
Adln.lib.unair.ac.id. di akses pada tanggal 18 januari 2017
- Tarwoto & Wartonah. 2006. *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Tri, Maharani, dkk. 2016. *Panduan Karya Tulis Ilmiah: Studi Kasus Program Studi D-III Keperawatan*. Jombang: STIKes ICMe

Universitas Sumatera Utara. 2014. Diunduh pada tanggal 3 desember 2016 melalui repository.usu.ac.id

Librianti. 2015. *Hubungan kebiasaan olah raga dan indeks masa tubuh*. Surabaya: universitas Surabaya

Wajan juni Udjianti. 2010. *Keperawatan Kardiovaskular*. Jakarta: Salemba Medika



JADWAL KEGIATAN KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN Th. 2016

No	Kegiatan	Bulan																							
		September				Desember				Januari				Februari				Maret				April			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pendaftaran Mahasiswa Peserta Studi Kasus																								
2	Pembimbingan Proposal Studi Kasus																								
3	Pendaftaran Ujian Proposal Studi Kasus																								
4	Ujian Proposal Studi Kasus																								
5	Revisi Proposal Studi Kasus																								
6	Pengambilan dan pengolahan data																								
7	Pembimbingan Hasil																								
8	Pendaftaran Ujian Sidang Studi Kasus																								
9	Ujian Sidang Studi Kasus																								
10	Revisi Studi Kasus dan Pengumpulan Studi Kasus																								

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Nama Mahasiswa : Evi diah Agustin
NIM : 14.12.100.16
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien yang mengalami hipertensi dengan intoleransi aktivitas di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan

Bahwa saya meminta Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berperan serta dalam penyusunan studi kasus sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya akan memberikan penjelasan tentang tujuan laporan kasus ini dan saya akan merahasiakan identitas, data informasi yang klien berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan klien berhak mengundurkan diri

Demikian permohonan ini saya buat dan apabila klien mempunyai pertanyaan, klien dapat menanyakan langsung kepada peneliti yang bersangkutan

Jombang, 01 Maret 2017

Peneliti



Evi Diah Agustin

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. Lasiani
Umur : 55 tahun
Alamat : Prigen - Pasuruan

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya akan berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian

Jombang, 01 Maret 2017

Responden



()

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Niy . Tamuni
Umur : 60 tahun
Alamat : Sukerojo . Pasuruan

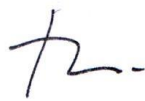
Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya akan berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian

Jombang, 01 Maret 2017

Responden

()

**PENGAJIAN DATA KEPERAWATAN
DIRUANG :**

Tanggal masuk : Ruangan / kelas :
DMK :
No. Rekam Medik : No. Kamar :

I. IDENTITAS

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis kelamin :
4. Agama :
5. Suku/bangsa :
6. Pendidikan :
7. Pekerjaan :
8. Alamat :
9. Penanggung jawab : Askes / Astek / Jamsostek / sendiri

II. RIWAYAT SAKIT DAN KESEHATAN

1. Keluhan utama :
2. Riwayat Penyakit Sekarang :
3. Riwayat Penyakit kesehatan yang lalu dan riwayat kesehatan keluarga :
4. Riwayat Alergi :

III. POLA FUNGSI KESEHATAN

1. Pola Kebiasaan klien
 - a. Nutrisi : tak anoreksia mual vomitus sonde infus diit :
 - b. Eliminasi : tak konstipasi diare ostomi Retensi urin
 kateter anuria oliguria perdarahan inkontinensia alvi
 - c. Istirahat : tak insomnia hipersomnia lain-lain :
 - d. Aktifitas : mandiri tergantung sebagian tergantung penuh lain-lain :
2. Data Psikologis, sosiologis dan spiritual
 - a. Psikologis : tak gelisah takut sedih rendah diri
 marah Acuh mudah tersinggung lain-lain :
 - b. Sosiologis : tak menarik diri komunikasi lain-lain :
 - c. Spiritual : perlu dibantu dalam beribadah
 Lain-lain :

IV. Pemeriksaan Fisik;

Batas normal	Hasil pemeriksaan
Tanda-tanda vital Suhu 36-37 C, nadi 60-100 x/menit, tensi rata-rata 130/80 mmhg, RR 16-24 x/menit	Tanda-tanda vital a. Suhu : °C b. Nadi : x/menit c. Tekanan darah : mmhg d. Respirasi rate : x/menit

Pemeriksaan Head - to - toe (kepala ke kaki)

<p>Kesadaran compos mentis, GCS 15,</p> <p>visus mata 6/6, tidak buta warna, hidung, sekret jernih, telinga bersih, tidak ada ggn. Pendengaran, Bibir normal, gigi lengkap bersih, selaput lendir mulut lembab, lidah normal bersih, tidak ada kesulitan menelan, kelenjar thyroïd tidak teraba</p> <p>Bentuk dada simetris, Poia nafas reguler, suara tambahan tidak ada</p> <p>Nadi frekuensi 80 - 100 x/mt reguler, auskultasi bunyi jantung normal, tidak ada suara tambahan</p> <p>Abdomen datar, nyeri umum dan nyeri khusus tidak ada, ascites tidak ada.</p> <p>Warna kulit kemerahan / pigmentasi, akral hangat, turgor elastik, krepitasi dan oedem tidak ada</p> <p>Pergerakan bebas, kemampuan kekuatan otot niali 5</p>	a. Kesadaran	: <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Somnolent <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> Koma
	b. Kepala	: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> Mesosefal <input type="checkbox"/> asimetris <input type="checkbox"/> hematoma <input type="checkbox"/> lainnya :
	c. Rambut	: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> kotor <input type="checkbox"/> berminyak <input type="checkbox"/> kering <input type="checkbox"/> rontok <input type="checkbox"/> Lainnya :
	d. Muka	: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> asimetris <input type="checkbox"/> bells palsy <input type="checkbox"/> tic facialis <input type="checkbox"/> kelainan congenital <input type="checkbox"/> Lainnya :
	e. Mata	: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> ggn. Penglihatan <input type="checkbox"/> sclera anemis <input type="checkbox"/> tidak ada reaksi cahaya <input type="checkbox"/> Anisokor <input type="checkbox"/> midriasis/miosis <input type="checkbox"/> konjungtifitis <input type="checkbox"/> lainnya :
	f. Telinga	: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> berdengung <input type="checkbox"/> nyeri <input type="checkbox"/> tuli <input type="checkbox"/> keluar cairan <input type="checkbox"/> Lainnya :
	g. Hidung	: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> asimetris <input type="checkbox"/> epistaksis <input type="checkbox"/> lainnya :
	h. Mulut	: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> asimetris <input type="checkbox"/> simetris <input type="checkbox"/> bibir pucat <input type="checkbox"/> kelainan congenital <input type="checkbox"/> Lainnya :
	i. Gigi	: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> karies <input type="checkbox"/> goyang <input type="checkbox"/> tambal <input type="checkbox"/> gigi palsu <input type="checkbox"/> Lainnya :
	j. Lidah	: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> kotor <input type="checkbox"/> mukosa kering <input type="checkbox"/> gerakan asimetris
	k. Tenggorokan	: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> faring merah <input type="checkbox"/> sakit menelan <input type="checkbox"/> tonsil membesar <input type="checkbox"/> Lainnya :
	l. Leher	: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> pembesaran tiroid <input type="checkbox"/> pembesaran vena jugularis <input type="checkbox"/> Kaku kuduk <input type="checkbox"/> keterbatasan gerak <input type="checkbox"/> lainnya :
	m. Dada	: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> asimetris <input type="checkbox"/> retraksi <input type="checkbox"/> ronchi <input type="checkbox"/> rales <input type="checkbox"/> Whesing <input type="checkbox"/> suara S1/S2 <input type="checkbox"/> murmur <input type="checkbox"/> nyeri dada <input type="checkbox"/> aritmia <input type="checkbox"/> Takhikardi <input type="checkbox"/> bradikardi <input type="checkbox"/> palpitasi <input type="checkbox"/> lainnya :
	n. Abdomen	: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> ascites <input type="checkbox"/> nyeri <input type="checkbox"/> benjolan/masa di :
o. Integumen	: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> turgor <input type="checkbox"/> dingin <input type="checkbox"/> bula <input type="checkbox"/> dekubitus <input type="checkbox"/> Fistula <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> baal <input type="checkbox"/> RL positif <input type="checkbox"/> lainnya :	
p. Extremitas	: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> kejang <input type="checkbox"/> tremor <input type="checkbox"/> kelainan congenital <input type="checkbox"/> Inkoordinasi <input type="checkbox"/> plegi di :	
		<input type="checkbox"/> Parese di :

V. Pemeriksaan Penunjang

1.
2.
3.

VI. Diagnosa keperawatan

1.
2.
3.

Perawat

(.....)

VII. Analisa Data

no	Data	etilogi	masalah

VIII. RENCANA KEPERAWATAN

Tgl.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional

IX. TINDAKAN KEPERAWATAN DAN CATATAN PERKEMBANGAN

No dx	Tgl.Jam	Tindakan	TT perawat	Tgl. Jam	Catatan Perkembangan	TT perawat
					S. O. A. p.	

LEMBAR KONSULTASI

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

NAMA : EVI DIAH AGUSTIN

NIM : 141210016

JUDUL : _____

PEMBIMBING I : MAHARANI TRI P. S.Kep.Ns.MM

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1	9/2016	fungsi masalah	
2	10/2016	masalah Vob spesifik → goda menyebabkan	
3	10/2016	masalah masalah	
4	24/2016	masalah farmakologi Sobies	
5	29/2016	masalah perjalanan An Soles	
6	6/2017	daftar pustaka penelitian lampiran 2	
7	7/2017	keperawatan sub 1 (2017) det	

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
8	26/2017 /6	Bab II revisi Head to to Bab IV - revisi Lampiran Bab II	[Signature]
9	9/2017 /6	revisi Bab II - head of to Joe Pembahasan Implementasi	[Signature]
10	12/2017 /6	implementasi di Indonesia abstract	[Signature]
11	14/2017 /6	revisi - produk - jasa	[Signature]
12	16/2017 /6	revisi Kec -> map	[Signature]

LEMBAR KONSULTASI

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

NAMA : EVY DIAH AGUSTIN
 NIM : 1A1210016
 JUDUL :
 PEMBIMBING II : AFIF HIDAYATUL ARHAM S.Kep.Ns.

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1.	24/2016 /12	Revisi penulisan Bab I	[Signature]
2.	28/2016 /12	Revisi penulisan Bab I	[Signature]
3.	03/2017 01	Revisi penulisan BAB I	[Signature]
4.	05/2017 01	Revisi penulisan BAB II	[Signature]
5.	06/2017 01	Revisi penulisan BAB II & III	[Signature]
6.	10/2017 01	Revisi penulisan BAB III	[Signature]
7.	13/2017 06	Revisi penulisan Bab I	[Signature]
8.	15/2017 06	Revisi penulisan + abstrak + pembaharuan	[Signature]
9.	16/2017 06	Revisi penulisan	[Signature]

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"**



Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : '052/KTI-D3KEP/K31/073127/1/2017
Lamp. : -
Perihal : Pre survey data dan Studi Pendahuluan

Jombang, 13 Januari 2017

Kepada :
Yth. Direktur RSUD Bangil
di
Pasuruan

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan Pre survey data dan Studi Pendahuluan kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **EVI DIAH AGUSTIN**
No. Pokok Mahasiswa / NIM : 14 121 0016
Judul Penelitian : *Asuhan Keperawatan pada Klien Hipertensi dengan Intoleransi Aktivitas*

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut diatas.

Demikian permohonan ini dibuat. Atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua,

H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep. Ns., MH
NIK: 01.06.054

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"



Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : '026/KTI-D3KEP/K31/073127/1/2017
Lamp. : -
Perihal : Penelitian

Jombang, 09 Januari 2017

Kepada :
Yth. Direktur RSUD Bangil
di
Pasuruan

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan Penelitian kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **EVI DIAH AGUSTIN**
No. Pokok Mahasiswa / NIM : 14 121 0016
Judul Penelitian : *Asuhan Keperawatan pada Klien Hipertensi dengan Intoleransi Aktivitas*

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut diatas.

Demikian permohonan ini dibuat. Atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua,

H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep. Ns., MH
NIK: 01.06.054



REKOMENDASI PENELITIAN/SURVEY

NO. 072 / 59 /424.104/SUR/RES/2017

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 316), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 14 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kementrian Dalam negeri (Berita negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 168),
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 84 Tahun 2011.
- Menimbang : Surat dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika, tanggal 9 Januari 2017 Nomor : 032/KTI-D3KEP/K31/073127/I/2017 Perihal Ijin Penelitian atas nama EVI DIAH AGUSTIN

Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Pemerintah Kabupaten Pasuruan, memberikan Rekomendasi Kepada :

Nama : EVI DIAH AGUSTIN
NIM : 141210016
Alamat : Bitingrejo RT.02 RW.03 Wirobiting Prambon Sidoarjo
Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
Instansi/Organisasi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang
Kebangsaan : Indonesia

Untuk Melakukan Penelitian/Survey/Kegiatan dengan :

Judul Proposal : "**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN HIPERTENSI DENGAN INTOLERANSI AKTIVITAS DI RUANG KRISAN RSUD BANGIL**"

Tujuan : Penelitian
Bidang Penelitian : Kesehatan
penanggung Jawab : **EVI DIAH AGUSTIN**
Anggota/Peserta : 1. -
2. -
3. -
4. -
5. -
6. -
7. -
8. -
9. -

Waktu Penelitian : 2 (dua) bulan TMT Surat dikeluarkan
Lokasi Penelitian : RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan

Dengan Ketentuan

1. Berkewajiban menghormati dan mentaati Peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/kegiatan;
2. Pelaksanaan penelitian agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
3. Berkewajiban melaporkan hasil penelitian dan sejenisnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Pemerintah Kabupaten Pasuruan dalam kesempatan pertama.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Pasuruan, 3 Pebruari 2017
An. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Pasuruan
Kepala Bidang Kesatuan Bangsa



TEMBUSAN :

- Yth.
1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Pasuruan
 2. Sdr. Camat Bangil Kabupaten Pasuruan
 3. Direktur RSUD Bangil Kab. Pasuruan
 4. Arsip.
 5. -
 6. -



PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL
Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153
Telp.(0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



Bangil, 30 Januari 2017

Nomor : 445.1 / 265 / 424.202/2017 Kepada
Lampiran : - Yth. Ketua Stikes Insan Cendekia Medika
Hal : Persetujuan Study Jl. K.H Hasyim Asyari 171
Pendahuluan Mojosongo
JOMBANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 052/KTI-D3KEP/K31/073127/II/2017 tanggal 13 Januari 2017 perihal Permohonan Ijin Studi Pendahuluan atas nama :

Nama : Evi Diah Agustin
NIM : 14 121 0016
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Klien Hipertensi dengan Intoleransi Aktivitas

maka pada prinsipnya kami **MENYETUJUI** yang bersangkutan untuk melakukan Survei Pendahuluan di RSUD Bangil selama 1 (satu) minggu terhitung mulai tanggal 30 Januari – 1 Februari 2017 dengan ketentuan :

1. Menaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Melaporkan diri kepada petugas di lokasi pengambilan data.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Kepala Bidang Penunjang
Kasub
Kasi



DIDIK MARIYONO, SKM.
Penata Tingkat I
NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Inst. Rekam Medik RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci – Bangil Pasuruan Kode Pos 67153
Telp. (0343) 744900; 747789 Faks. (0343) 744940,747789



Pasuruan, Februari 2017

Nomor : 445.1/322/1424.202/2017
Lampiran : -
Hal : Persetujuan Penelitian

Kepada
Yth. Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Insan Cendekia Medika
Jl. Kemuning No. 57
JOMBANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 026/KTI-D3KEP/K31/073127/II/2017 tanggal 09 Januari 2017 perihal Penelitian serta Surat Rekomendasi Penelitian/Survey Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Nomor : 072/59/424.104/SUR/RES/2017 tanggal 3 Februari 2017 atas nama:

Nama : EVI DIAH AGUSTIN
NIM : 14 121 0016
Judul : Asuhan Keperawatan pada Klien Hipertensi dengan Intoleransi Aktivitas di RSUD Bangil Pasuruan.

maka pada prinsipnya kami MENYETUJUI yang bersangkutan untuk melakukan Penelitian di RSUD Bangil selama 1 (satu) bulan terhitung tanggal 2 Februari – 1 Maret 2017.

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Setelah berakhirnya penelitian wajib menyerahkan laporan hasil penelitian kepada Seksi Diklat RSUD Bangil.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n. DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Plt. Kepala Bidang Penunjang



DIDIK MARIYONO, SKM

Penata Tingkat I

NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruang Krissan RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan.



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153
Telp.(0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



Bangil, 24 Maret 2017

Nomor : 445.1 / 934 / 424.079/2016 Kepada
Lampiran : - Yth. Ketua Stikes Insan Cendekia Medika
Hal : Keterangan Selesai Jl. K.H Hasyim Asyari 171
Penelitian Mojosongo
JOMBANG

Menyambung surat kami Nomor : 445.1/322/424202/2017 tanggal
4 Februari 2017 perihal Persetujuan Penelitian atas nama :

Nama : Evi Diah Agustin
NIM : 14 121 0016
Judul : Asuhan Keperawatan pada Klien Hipertensi dengan
Intoleransi Aktivitas di RSUD Bangil Pasuruan

Maka dapat kami informasikan bahwa mahasiswa tersebut di atas telah menyelesaikan pengambilan data penelitiannya di RSUD Bangil pada tanggal 2 Februari – 1 Maret 2017.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Kepala Bidang Penunjang
u.b
Kasi Diklat



DIDIK MARIYONO, SKM.
Penata Tingkat I
NIP. 19680525 199203 1 012

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : EVI DIAH AGUSTIN

NIM : 141210016

Jenjang : Diploma

Program Studi : Keperawatan

menyatakan bahwa naskah skripsi ini secara keseluruhan adalah hasil penelitian/karya saya sendiri, kecuali pada bagian-bagian yang dirujuk dari sumbernya.

Jombang, 13 Juli 2017

Saya yang menyatakan,



EVY DIAH AGUSTIN

NIM : 141210016