

pembesaran kelenjar gondok dan tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

b) Dada

Frekuensi nafas 20x/menit, irama reguler, pergerakan dinding dada simetris, tidak ada otot bantu nafas, klien terpasang double lumen, tidak ada suara tambahan di lapang paru.

Inspeksi : Frekuensi dada normal

Palpasi : Retraksi dada normal

Perkusi : Sonor

Auskultasi : Suara nafas vesikuler

c) Abdomen

Perut berbentuk bulat tidak ada distensi abdomen, suara peristaltik usus 15x/menit, tidak ada nyeri tekan.

Inspeksi : Perut soft

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Tidak ada pembesaran atau benjolan

Auskultasi : Bising usus 15x/menit

d) Integumen

Kulit klien teraba hangat.

e) Ekstremitas

kekuatan otot klien 4

4	4
---	---

4) Pemeriksaan Penunjang

a) Data laboratorium

Pada 02 Januari 2017 Kimia darah

Tabel 3.1: Hasil kimia darah

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
Glukosa sewaktu	150	Mg/dl	70-200
Hemoglobin	9,1	g/dl	12.0-14.0
Albumin	3,9	g/dl	3.4-4.8
Ureum	130	Mg/dl	10-40
Creatinin	8,3	Mg/dl	0.5-1.5

b) Terapi

Obat oral

- Amlodiphin 10 -hemapo (hormone eritopoitin)

## B. Analisa Data

Tabel 3.2: Analisa data

No	Data	Etiologi	Problem
1.	Data Subyektif: a. Klien mengatakan nyeri kepala b. Klien mengatakan mempunyai riwayat DM dan hipertensi  Data Obyektif: a. ureum : 130 mg/dl b. Creatinin : 8,3 mg/dl c. TD : 180/90 mmHg	Hipertensi	Perfusi jaringan kardiovaskuler tidak efektif
2.	Data Subyektif: a. Klien mengatakan haus terus b. Klien mengatakan minumnya tidak dibatasi 3000ml/24jam Data obyektif a. Ttv: TD 180/90 mmHg N:80X/menit RR:20X/menit b. Oiguria/anuria : 500 cc c. IWL: 780cc d. Berat badan kering 49 kg dan berat basah klien 52 kg	Kegagalan mekanisme regulasi	Kelebihan volume cairan
3.	Data Subjektif :  a. Klien mengatakan badan terasa lemes b. Klien mengatakan aktifitasnya dibantu oleh suaminya	Kelemahan umum	Intoleransi aktivitas

	Data Objektif :		
	a. keadaan umum klien lemah		
	b. TD 180/90 mmhg		
	c. Hb 9,1 g/dl		

### C. Prioritas Masalah Keperawatan

1. Perfusi jaringan kardiovaskuler tidak efektif berhubungan dengan hipertensi
2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan Kegagalan mekanisme regulasi
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum

### D. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.3: Intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1. Perfusi jaringan kardiovaskuler tidak efektif b/d hipertensi	<p>Noc:</p> <p>- Vital sign</p> <p>Setelah dilakukan perawatan selama 3x4 jam, diharapkan masalah penurunan curah jantung teratasi, dari bermasalah meningkat menjadi tidak bermasalah dengan indikator:</p> <p>5. Tanda vital dalam rentang normal (TD,</p>	<p>Cardiac pump Effectiveness</p> <p>1.1. Evaluasi nyeri dada (intensitas, lokasi, radiasi, durasi, prespitasi)</p> <p>1.2. Monitor vital signs</p> <p>1.3. Monitor keseimbangan cairan (intake, out put, dan bab harian)</p> <p>1.4. Intruksikan pasien dan keluarga agar mengurangi aktivitas dan pergerakan</p>

	<p>N,RR,T) (5)</p> <p>6. Dapat menintoleransi aktifitas, tidak ada kelelahan(5)</p> <p>7. Tidak edema paru, perifer, dan tidak ada asites(5)</p> <p>8. Tidak ada penurunan kesadaran(5)</p> <p>Dengan indikator skor :</p> <p>7. Parah</p> <p>8. Berat</p> <p>9. Sedang</p> <p>10. Ringan</p> <p>11. Tidak satu pun</p>	<p>1.5. Jadwalkan latihan dan istirahat secara teratur untuk menghindari kelelahan</p> <p>1.6. Memonitor intoleransi aktivitas pasien</p> <p>1.7. Berikan dukungan pada pasien dan keluarga</p> <p>1.8. Instruksikan pasien untuk melaporkan segala ketidaknyamanan dibagian dada</p> <p>1.9. Berikan rileksasi, dukungan spiritual pada pasien dan keluarga</p> <p>1.10. kenali adanya peningkatan tekanan darah</p> <p>1.11. Monitor intake, output, Berat badan harian</p> <p>1.12. Minimalkan stresor lingkungan</p> <p>Vital Signs</p> <p>1.13. Monitor tekanan darah, nadi, suhu, frekuensi pernafas</p> <p>1.14. Monitor warna kulit, suhu dan kelembaban</p>
<p>2. Kelebihan volume cairan b.d kegagalan mekanisme regulasi</p>	<p>NOC:</p> <p>- Fluid Balance</p> <p>Setelah dilakukan perawatan selama 3x4 jam, diharapkan kelebihan volume cairan tubuh dapat berkurang dengan indikator:</p>	<p>Electrolyte Management ( Management Elektrolit)</p> <p>1.1 Monitor tanda dan gejala ketidakseimbangan cairan</p> <p>1.2 Perbaiki laporan intake dan output secara tepat</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. TTV klien dalam batasnormal (TD: sistol = 100-130/diastol= 70-90 mmHg, Nadi: 70-80x/i , Suhu: 36.0-37.0<sup>0</sup>C, RR: 16-18x/i) (5)</li> <li>2. Keseimbangan intake dan output cairan selama 24 jam (5)</li> <li>3. Kestabilan berat badan(5)</li> <li>4. Kelembaban membran mukosa(5)</li> <li>5. Tidak ada edema(5)</li> </ol> <p>Dengan indikator skor :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berat menyimpang dari nilai normal</li> <li>2. Substansial menyimpang dari nilai normal</li> <li>3. Sedang menyimpang dari nilai normal</li> <li>4. Ringan menyimpang dari nilai normal</li> <li>5. Tidak menyimpang dari nilai normal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.3 Pertahankan catatan intake dan output yang akurat</li> <li>1.4 Monitor respon pasien untuk menentukan terapi elektrolit</li> </ol> <p>Fluid Monitoring (Monitor Cairan)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.5 Tentukan jumlah, tipe intake cairan, dan kebiasaan eliminasi</li> <li>1.6 Tentukan kemungkinan faktor resiko untuk ketidakseimbangan cairan</li> <li>1.7 Monitor membran mukosa, turgor kulit, kekeringan Monitor indikasi retensi / kelebihan cairan (cracles, CVP, edema, distensi vena leher, asites)</li> <li>1.8 Monitor berat badan</li> </ol>
--	---	--

<p>3. Intoleransi aktifitas bd kelemahan umum</p>	<p><b>NOC</b></p> <p>- konservasi energy</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 4 jam pasien mampu memenuhi aktifitas dengan indicator</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. berpartisipasi dalam aktifitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR(5)</li> <li>2. mampu melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri (5)</li> <li>3. keseimbangan aktivitas dan istirahat (5)</li> </ol> <p>Dengan indikator skor :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berat dikompromi</li> <li>2. Substansial dikompromikan</li> <li>3. Sedang dikompromikan</li> <li>4. Ringan dikompromikan</li> <li>5. Tidak dikompromikan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan</li> <li>4.2 monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien</li> <li>4.3 sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktifitas</li> <li>4.4 perbaiki defisit status fisiologi (misal kemoterapi yang menyebabkan anemia) sebagai prioritas utama</li> </ol>
---	--	---

#### E. Intervensi inovasi

1. Menurunkan tekanan darah klien dengan tindakan terapi *healing touch* dan *reiki*

*Healing touch* adalah terapi yang diyakini dapat mengidentifikasi dan memperbaiki ketidak seimbangan energy klien dengan meletakkan/ mengusapkan tangan di atas pasien atau tubuh yang merasa sakit (Kamalluddin, 2010). Dalam peran ini otak dan kulit adalah organ yang sangat penting. Kulit adalah system organ yang paling penting ia menempatkan nilai yang besar pada nilai terapeutik sentuhan terutama sebagai alat untuk menurunkan efek ketegangan. kulit adalah organ terkuat yang dapat menerima rangsangan pada tubuh manusia, dan ketika reseptor sensoriknya dirangsang, hormon oksitoksin (yang membuat tubuh merasa lebih baik) dilepaskan. Pada saat yang bersamaan kortisol (hormon stress) berkurang. Berhubungan dengan orang lain melalui sentuhan merupakan ekspresi kepedulian secara sederhana dan pengalaman terapeutik yang kuat. Penggunaan sentuhan telah di aplikasikan secara universal dalam konteks penyembuhan. Sentuhan digunakan untuk member kenyamanan, berkomunikasi dan mengaktivasi sifat tubuh dalam penyembuhan diri (Slevin, 2006).

Reiki adalah dalam bahasa jepang bermakna energy kehidupan : ini mempraktikkan sentuhan keseseorang untuk menyalurkan energy keseluruhan untuk meningkatkan kapasitas energy dalam penyembuhan (Dr.mikao,2010).Intervensi yang dilakukan kepada pasien yaitu terapi healing touch, sebelum memulai diawali terlebih dahulu dengan mengobservasiterdiri dari tekanan darah, nadi, pernapasan dan suhu badan

klien. Selanjutnya klien memposisikan klien senyaman mungkin dan setelah itu sesi dimulai dengan:

- 1) *Berdoa bersama pasien memohon bantuan, bimbingan dan kesembuhan*
- 2) *Mengaktifkan Cakra Mahkota dan Cakra Telapak Tangan sendiri*
- 3) *Mengaktifkan Cakra Mahkota pasien.*
- 4) *Membuka Aura pasien (seakan akan membuka selubung aura dari atas ke bawah).*
- 5) *Santai, Pasrah, Senyum, kibaskan tangan 2-3 kali.*
- 6) *Niatkan menyalurkan healing touch dengan Reiki hingga dirasa energi mengalir dari telapak tangan.*
- 7) *Tempelkan tangan, tidak ada niat untuk menyembuhkan dan menyalurkan energi lagi.*
- 8) *Lama menempelkan tangan ke tubuh pasien + 5 sampai 10 menit.*
- 9) *Santai, pasrah, senyum ( apabila tidak dirasa aliran, tarik tangan, kibaskan, niatkan mengalirkan Reiki, tempelkan lagi ke posisi terakhir.*
- 10) *Kalau masih tidak ada aliran, santai – Reiki energi cerdas dan otomatis. Bagian tubuh tersebut memang tidak butuh energi ).*
- 11) *Bila yang mengobati lebih dari satu orang, maka biasanya dilakukan secara sinkron yaitu: 1 orang yang memimpin dan yang lain ikut membantu, pada saat setelah menempelkan akan mengatakan sinkronkan kepada Penyembuh lain, sambil mengatakan : saya mensinkronkan energi saya kepada Pak/Ibu yang memimpin.*
- 12) *Setelah selesai tutup aura tubuh pasien dengan cara menyisir dari atas ke bawah sebanyak 2 kali (sekali untuk bagian depan, sekali untuk bagian belakang).*
- 13) *Biarkan pasien relax sejenak sebelum duduk / berdiri.*
- 14) *Berterimakasih kepada Tuhan YME*

Terdapat penelitian terkait yang membahas pengaruh pemberian terapi healing touch dan reiki seperti Penelitian Dwiastuti, Yulisetiyaningrum Dosen