

**LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA
PASIEN NY.C DENGAN HIPERTENSI DISERTAI ANSIETAS DAN NY.M
DENGAN HIPERTENSI DISERTAI ARTHRITIS REUMATOID DI PSTW
BUDI MULIA 1 CIPAYUNG JAKARTA TIMUR TAHUN 2023**



**Disusun Oleh
EVA JULIANTI,S.Kep
221560311029**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
BEKASI 2023**

**LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA
PASIEN NY.C DENGAN HIPERTENSI DISERTAI ANSIETAS DAN NY.M
DENGAN HIPERTENSI DISERTAI ARTHRITIS REUMATOID DI PSTW
BUDI MULIA 1 CIPAYUNG JAKARTA TIMUR**

TAHUN 2023

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS
DIAJUKAN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT UNTUK MEMPEROLEH
GELAR NERS**



Disusun Oleh

EVA JULIANTI,S.Kep

221560311029

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
BEKASI 2023**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama Mahasiswa : Eva Julianti,S.Kep

NPM : 211560311029

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini Menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners dengan Judul “Kasus Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Ny.C Dengan Hipertensi Disertai Ansietas Dan Ny.M Dengan Hipertensi Disertai Arthritis Reumatoid Di Pstw Budi Mulia 1 Cipayung Jakarta Timur Tahun 2023”. Adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidak sesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pertnyataan ini saya buat dengan sesungguhnya di Bekasi pada tanggal 17 April 2023

Yang Menyatakan

Eva Julianti

LEMBAR PERSETUJUAN

**Tugas Akhir Ini Telah Diperiksa Oleh Preceptor Satu Dan Preceptor Dua Dan Disetujui
Untuk Melaksanakan Seminar Hasil**

Bekasi, 17 April 2023

Menyetujui

Penguji I

Penguji II



Lisna Agustina, S.Kep.,Ns.,M.Kep
_NIDN : 0404088405



Ns Roulita, S.Kep.,M.Kep
NIDN : 0310087002

Mengetahui

Kepala Program Studi Keperawatan

(S1 & Profesi Ners)



Kiki Denati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302

LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Eva Julianti, S.Kep
NPM : 22.156.03.11.029
Program Studi : Profesi Ners
Judul Karya Ilmiah Akhir : **Laporan Kasus Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Ny.C Dengan Hipertensi Disertai Ansietas Dan Ny.M Dengan Hipertensi Disertai Arthritis Reumatoid Di Pstw Budi Mulia 1 Cipayung Jakarta Timur Tahun 2023**

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada Tanggal 17 April 2023
Bekasi, 17 April 2023

Penguji I



Lisna Agustina, S.Kep.Ns.,M.Kep
NIDN : 0404088405

Penguji II



Ns. Roulita, S.Kep., M.Kep
NIDN : 0310087002

Mengetahui

Wakil Ketua I Bidang Akademik Keperawatan
STIKes Medistra Indonesia

Puri Kresnawati, SST.,M.KM
NIDN. 0309049001

Kepala Program Studi Ilmu (S1)
dan Pendidikan Profesi Ners



Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302

Disahkan

Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawati Sirait, SST.,M.Kes
NIDN. 0319017902

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “Laporan Kasus Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Ny.C Dengan Hipertensi Disertai Ansietas Dan Ny.M Dengan Hipertensi Disertai Arthritis Reumatoid Di Pstw Budi Mulia 1 Cipayang Jakarta Timur Tahun 2023”. sesuai dengan harapan. Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar profesi keperawatan (Ners) pada Program Studi Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari kata kesempurnaan, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak. Selesaiannya Tugas Akhir ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materil secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis dalam penyusunan Tugas Akhir ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati:

1. Usman Ompusunggu, S.E., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Saver Mangadar Ompusunggu SE selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia
4. Puri Kresnawati, SST., M.Kes., selaku Waki I Ketua I Bidang Akademik
5. Sinda Ompusunggu,SH selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Keuangan
6. Hainun Nisa, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni
7. Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Kepala Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Medistra Indonesia
8. Nurti Y.K.Gea S.Kep.,Ns.,M.Kep SP.An , Selaku Koordinator Profesi
9. Ns. Roulita, S.Kep. M.Kep Selaku Dosen Pembimbing Kian Profesi Ners
10. Lisna Agustina,S.Kep.,Ns.,M.Kep Selaku Dosen Penguji Kian Profesi Ners

11. Seluruh dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang tidak bisa disebutkan satu persatu
12. Ns.Rahmat Prastyana S,S.Kep selaku CI PSTW Budi Mulia 1 Cipayung
13. Bapak / Ibu dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia
14. Orang tua dan kakak tercinta, yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material terutama doa yang tiada henti-hentinya sehingga penulis dapat berjalan sejauh ini.
15. Pemilik tanggal lahir 31 Januari 1999, yang telah menemani dan memberikan doa serta dukungan sehingga dapat terselesaikan karya ilmiah ini.
16. Rekan – rekan seperjuangan kelas profesi Ners angkatan XI STIKes Medistra Indonesia yang telah banyak memberikan kenangan, pengalaman, dan dukungan yang luar biasa serta motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners

Dalam hal ini penulis menyadari, bahwa penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari kesempurnaan. Maka kepada para pembaca khususnya mahasiswa Program Studi Profesi Ners dan umumnya kepada seluruh mahasiswa STIKes Medistra Indonesia. Jika ada kesalahan dan kekeliruan dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis mohon kesediannya untuk memberikan kritik dan saran yang konstruktif, serta motivasi-motivasi yang membangun.

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
LAMPIRAN – LAMPIRAN	ix
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
1) Tujuan Umum.....	6
D. Manfaat.....	7
1) Manfaat Teoritis.....	7
2) Manfaat Praktis.....	7
BAB II.....	8
TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Lansia.....	8
2.1.1 Definisi Lansia.....	8
2.1.2 Klasifikasi lansia	8
2.1.3 Ciri-Ciri Lansia.....	9
2.1.4 Kualitas Hidup Lansia	10
2.1.5 Teori-teori Proses Menua.....	10
2.2 Konsep Hipertensi	13
2.2.1 Definisi Hipertensi	13
2.2.2 Patofisiologi Hipertensi	13
2.2.3 Etiologi Hipertensi.....	14
2.2.4 Klasifikasi Hipertensi.....	15
2.2.5 Manifestasi Klinis	15

2.2.6	Komplikasi Hipertensi	16
2.2.7	Penatalaksanaan Hipertensi	17
2.2.8	Pemeriksaan Penunjang Hipertensi.....	18
2.2.9	Penatalaksanaan medis	19
2.2.10	Terapi relaksasi nafas dalam	20
2.2.11	Phatway Hipertensi	22
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi	23
1.	Pengkajian	23
2.	Diagnose yang muncul	23
3.	Intervensi	23
4.	Implementasi.....	26
5.	Evaluasi	26
BAB III	.....	28
ASUHAN KEPERAWATAN KEPERAWATAN	.....	28
BAB IV	.....	106
PEMBAHASAN	.....	106
A.	Pengkajian	106
B.	Diagnosa Keperawatan	109
C.	Intervensi Keperawatan	111
D.	Implementasi	114
E.	Evaluasi	115
BAB V	.....	116
PENUTUP	.....	116
A.	KESIMPULAN	116
B.	Saran	117
DAFTAR FUSTAKA	.....	118
<i>Lampiran – lampiran</i>	.....	121

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Klasifikasi Hipertensi Menurut (Arum, 2019).....	15
Tabel 2. 2 Klasifikasi Hipertensi Menurut Jnc.....	15
Tabel 2. 3 Tujuan Berdasarkan Slki Dan Intervensi Berdasarkan Siki Pada Lansia	24
Tabel 3. 1 Katz Indeks Pasien Ke 1	32
Tabel 3. 2 Modifikasi Dari Barthel Indeks Pasien Ke 1	34
Tabel 3. 3 Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ) Pasien Ke 1	35
Tabel 3. 4 Mmse (Mini Mental Status Exam) Pasien Ke 1.....	37
Tabel 3. 5 Pengkajian Keseimbangan Pasien Ke 1	39
Tabel 3. 6 The Timed Up And Go (Tug) Test Pasien Ke 1	41
Tabel 3. 7 Penilaian Potensi Dekubitus (Skor Norton) Pasien Ke 1	42
Tabel 3. 8 Apgar Keluarga Pasien Ke 1	43
Tabel 3. 9 Geriatric Depression Scale (Gds) Pasien Ke 1.....	44
Tabel 3. 10 Analisa Data Pasien Ke-1	45
Tabel 3. 11 Prioritas Diagnosa Keperawatan Pasien Ke-1	47
Tabel 3. 12 Nursing Care Plan (Ncp) Pasien Ke-1	48
Tabel 3. 13 Catatan Perkembangan Pasien Ke-1	50
Tabel 3. 14 Katz Indeks Pasien Ke 2	65
Tabel 3. 15 Modifikasi Dari Barthel Indeks Pasien ke 2.....	68
Tabel 3. 16 Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ) Pasien Ke 2	70
Tabel 3. 17 Mmse (Mini Mental Status Exam) Pasien Ke 2.....	71
Tabel 3. 18 Pengkajian Keseimbangan Pasien Ke 2	74
Tabel 3. 19 The Timed Up And Go (Tug) Test Pasien Ke 2	77
Tabel 3. 20 Penilaian Potensi Dekubitus (Skor Norton) Pasien Ke 2.....	77
Tabel 3. 21 Apgar Keluarga Pasien Ke 2	78
Tabel 3. 22 Geriatric Depression Scale (Gds) Pasien Ke 2.....	80
Tabel 3. 23 Analisa Data Pasien Ke 2.....	81
Tabel 3. 24 Prioritas Diagnosis Keperawatan Pasien Ke-2.....	85
Tabel 3. 25 Nursing Care Plan (Ncp) Pasien Ke-2	86
Tabel 3. 26 Catatan Perkembangan Pasien Ke-2	89

LAMPIRAN – LAMPIRAN

lampiran 1 Laporan Hasil Bimbingan Kian	122
lampiran 2 Leaflet Hipertensi.....	125
lampiran 3 Leaflet Resiko Jatuh.....	126
lampiran 4 Dekomentasi kegiatan aktivitas	127
lampiran 5 Data Demografi.....	128

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas, berdasarkan Undang-Undang No. 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia. Secara global populasi lansia di prediksi terus mengalami peningkatan, UN, World Population Properties, The 2012 Revolution menyebutkan bahwa proporsi lansia di tahun 2013 mencapai 13,4% penduduk dunia, sedangkan untuk Indonesia proporsi lansia di tahun 2013 mencapai 8,9% dan prediksi terus mengalami peningkatan hingga tahun 2100. Struktur populasi lansia merupakan cerminan dari semakin tinggi rata-rata Usia Harapan Hidup (UHH) penduduk Indonesia. Tingginya UHH merupakan salah satu indikator keberhasilan pencapaian pembangunan nasional terutama di bidang kesehatan. (Destiara Hesriantica Zaenurrohmah, 2017)

Usia Harapan Hidup di Indonesia mengalami peningkatan terjadi dari 69,0 pada tahun 2008 menjadi 70,8 pada tahun 2015 dan proyeksi tahun 2030-2035 mencapai 72,2 tahun. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI, Profil Kesehatan Indonesia, 2015 menyebutkan bahwa penduduk lansia paling banyak adalah perempuan. Hal tersebut menunjukkan bahwa harapan hidup yang paling tinggi adalah perempuan. Proses penuaan berdampak pada berbagai aspek kehidupan, baik secara sosial, ekonomi, dan terutama kesehatan. Hal ini disebabkan karena dengan semakin bertambahnya usia, fungsi organ tubuh akan semakin menurun baik karena faktor proses alami yang dapat menyebabkan perubahan anatomi, fisiologis, dan biokimia pada jaringan tubuh yang dapat mempengaruhi fungsi, kemampuan badan dan jiwa. (Destiara Hesriantica Zaenurrohmah, 2017)

Meningkatnya populasi lansia ini tidak dapat dipisahkan dari masalah kesehatan yang terjadi pada lansia, menurunnya fungsi organ memicu

terjadinya berbagai penyakit degeneratif. Penyakit degeneratif pada lansia ini jika tidak ditangani dengan baik maka akan menambah beban finansial negara yang tidak sedikit dan akan menurunkan kualitas hidup lansia karena meningkatkan angka morbiditas bahkan dapat menyebabkan kematian (Depkes, 2013). Beberapa penyakit degeneratif yang paling banyak diderita oleh lansia antara lain, gangguan sendi, hipertensi, katarak, stroke, gangguan mental, emosional, penyakit jantung dan diabetes melitus (Rosyid, 2017).

Tekanan darah tinggi atau hipertensi merupakan penyakit yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah yang melebihi normal. Penyakit hipertensi salah satunya dipengaruhi oleh pekerjaan yang menguras aktivitas masyarakat. Aktivitas yang sehat dan makanan yang sehat merupakan pilihan tepat untuk menjaga diri terbebas dari hipertensi. Hal ini terjadi karena jantung bekerja lebih keras untuk memompa darah agar kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh dapat terpenuhi. Jika dibiarkan terus-menerus tanpa diberi tindakan dapat mengganggu fungsi organ-organ vital seperti jantung dan ginjal. Singkatnya pengertian dari hipertensi yaitu meningkatnya tekanan darah sistolik hingga melebihi batas normal (120-139 mmHg) dan tekanan diastolik melebihi batas normal (80-99 mmHg) (Chouk Norist Hasiando, 2019).

DKI Jakarta merupakan ibukota Indonesia dengan kepadatan penduduk tertinggi di Indonesia dengan nilai 15.328 jiwa/km² (Badan Pusat Statistik, 2015). Seiring dengan padatnya penduduk, risiko terjadinya hipertensi dapat mengalami peningkatan. Berdasarkan data Riskesdas pada tahun 2013 dan 2018, prevalensi hipertensi di Provinsi DKI Jakarta meningkat dari 25% menjadi 34,1%. (31,7%). (Asriah Septiawati Jabani, 2021). Secara nasional hasil Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa prevalensi penduduk dengan tekanan darah tinggi sebesar 34,11%. Prevalensi tekanan darah tinggi pada perempuan (36,85%) lebih tinggi dibanding dengan laki-laki (31,34%). Prevalensi di perkotaan sedikit lebih tinggi (34,43%) dibandingkan dengan perdesaan (33,72%). Prevalensi

semakin meningkat seiring dengan penambahan umur (Kemenkes RI,2019).

Sementara itu menurut National Health Nutrition Examination Survey (NHNES), di amerika orang dewasa dengan hipertensi pada tahun 2016-2018 tercatat sekitar 39-51% hal ini menunjukkan terjadinya peningkatan sekitar 15 juta orang dari total 58-65 juta juga menderita hipertensi (Nur Afni Karim, 2018). Prevalensi kejadian hipertensi lansia dalam 3 tahun terakhir mengalami fluktuatif dimana prevalensi lansia usia diatas 60 tahun pada tahun 2018 sebanyak 9.221 kasus, pada tahun 2019 sebanyak 8.861 kasus dan pada tahun 2020 sebanyak 9.441 kasus. Hipertensi pada lansia sangat terkait dengan gaya hidup dan perilaku beresiko kesehatan. (Asriah Septiawati Jabani, 2021).

Berdasarkan data World Health Organization (WHO) tahun melaporkan hingga tahun 2018 terdapat satu milyar orang di dunia menderita hipertensi dan diperkirakan sekitar 7,5 juta orang atau 12,8% kematian dari seluruh total kematian yang disebabkan oleh penyakit ini, tercatat 45% kematian akibat jantung koroner dan 51% akibat stroke yang juga disebabkan oleh hipertensi. Menurut American Heart Association (2018) tercatat sekitar 77,9 juta orang di amerika serikat dengan perbandingan 1 dari 3 orang dewasa menderita hipertensi. Jumlah ini diperkirakan akan meningkat pada tahun 2030 sekitar 83,2 juta orang atau 7,2%.

Pengkajian yang dilaksanakan pada tanggal 26 Mei 2018 di PSTW Warga Tama Indralaya di peroleh data jumlah lansia yang tinggal sebanyak 75 orang lansia. Hasil observasi di PSTW Teratai dari 60 orang lansia didapatkan 13 orang penderita Hipertensi tingkat I dan 7 orang penderita Hipertensi tingkat II. Menurut penu hal tersebut disebabkan adanya faktor pencetus lain terjadinya penyakit Hipertensi. Faktor tersebut adalah faktor usia yang dapat mempengaruhi terjadinya Hipertensi, dimana pada usia lansia, kemampuan tubuh mengalami kemunduran fungsi, mengalami

ketegangan pada otot ekstremitas bawah dan serta rentan mengalami penyakit (Kadir, 2019).

Penelitian juga dilakukan dengan Puskesmas Kelurahan Cawang Jakarta Timur karena ditemukan penanganan pasien hipertensi lebih banyak dengan menggunakan farmakologi dan pasien jarang melakukan teknik relaksasi nafas dalam karena pasien kurang memahami cara melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan baik sehingga pasien jarang latihan teknik relaksasi nafas dalam dirumah dan mengakibatkan tekanan darah meningkat. latihan teknik relaksasi nafas dalam ini dilakukan selama 15 menit. Latihan teknik relaksasi nafas dalam dilakukan tiga kali dalam sehari selama empat hari. Hari terakhir sesudah latihan teknik relaksasi nafas dalam dilakukan pengukuran tekanan darah sistolik dan diastolik pada sore hari. (Anggraini, 2020)

Berdasarkan hasil penelitian di dapatkan bahwa tekanan sistolik dan diastolik sesudah dilakukan pengecekan dengan memonitor tanda-tanda vital dan terapi relaksasi nafas mampu mengatasi gangguan atau kecemasan dari psikis yang mempengaruhi tekanan darahnya. Beberapa penderita hipertensi kelompok kontrol mengalami penurunan tekanan darah, kemungkinan penderita hipertensi kelompok kontrol mengalami reaksi di dalam sistem tubuhnya yang meningkatkan aktivitas baroreseptor dan menurunkan tekanan darahnya. Tekanan darah dapat dipengaruhi oleh banyak tingkat dalam pusat otak, selama perjalanan menuju saraf otonom atau selama proses pengiriman pesan pada pembuluh darah (Akhriansyah, 2019).

Faktor penyebab dari hipertensi itu seperti perubahan gaya hidup sebagai contohnya merokok, obesitas, aktivitas fisik dan stres psikososial dan faktor penyebab lain hipertensi pada lansia selain bertambahnya usia diantaranya faktor keturunan, penyakit ginjal, gangguan tidur apnea, pola makan tidak sehat, makanan kurang serat, tinggi lemak dan garam (Asriah Septiawati Jabani, 2021). Karena angka prevalensi hipertensi di Indonesia yang semakin tinggi maka perlu adanya penanggulangan, diantaranya terapi

farmakologi dan nonfarmakologi. Latihan nafas dalam merupakan suatu bentuk terapi nonfarmakologi, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam (nafas lambat dan menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, latihan relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah, (Yulia Fitri, 2018).

Dampak yang diakibatkan dari hipertensi yaitu dapat menyebabkan kerusakan pada sel-sel epitel tunika intima arteri yang dapat merangsang atau memicu atherosclerosis dan thrombus. Organ yang biasa menjadi sasarannya adalah jantung, otak, ginjal dan mata. Penyakit hipertensi dapat menyebabkan berbagai komplikasi. Hipertensi mencetuskan timbulnya plak aterosklerotik di arteri serebral dan arteriol, yang dapat menyebabkan oklusi arteri, cedera iskemik dan stroke sebagai komplikasi jangka panjang. Komplikasi hipertensi menyebabkan sekitar 9,4 kematian di seluruh dunia setiap tahunnya. Hipertensi menyebabkan setidaknya 45% kematian karena penyakit jantung dan 51% kematian karena penyakit stroke. Kematian yang disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler, terutama penyakit jantung koroner dan stroke diperkirakan akan terus meningkat mencapai 23,3 juta kematian pada tahun 2030 (Destiara Hesriantica Zaenurrohmah, 2017).

Berdasarkan data-data diatas penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan pada lansia dengan hipertensi dengan menggunakan terapi rileksasi nafas dalam di Panti Sosial Tresna Werda 1 Budi Mulia Cipayung Jakarta Timur.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Ny.C Dengan Hipertensi Disertai Ansietas Dan Ny.M Dengan Hipertensi Disertai Arthritis Reumatoid Di Pstw Budi Mulia 1 Cipayung Jakarta Timur Tahun 2023.

C. Tujuan Penelitian

1) Tujuan Umum

Mengidentifikasi Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Ny.C Dengan Hipertensi Disertai Ansietas Dan Ny.M Dengan Hipertensi Disertai Arthritis Reumatoid Di Pstw Budi Mulia 1 Cipayung Jakarta Timur Tahun 2023.

2) Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran pengkajian Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Ny.C Dengan Hipertensi Disertai Ansietas Dan Ny.M Dengan Hipertensi Disertai Arthritis Reumatoid Di Pstw Budi Mulia 1 Cipayung Jakarta Timur Tahun 2023.
- b. Mengetahui rumusan diagnosa Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Ny.C Dengan Hipertensi Disertai Ansietas Dan Ny.M Dengan Hipertensi Disertai Arthritis Reumatoid Di Pstw Budi Mulia 1 Cipayung Jakarta Timur Tahun 2023.
- c. Mengetahui perencanaan Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Ny.C Dengan Hipertensi Disertai Ansietas Dan Ny.M Dengan Hipertensi Disertai Arthritis Reumatoid Di Pstw Budi Mulia 1 Cipayung Jakarta Timur Tahun 2023.
- d. Mengetahui implementasi Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Ny.C Dengan Hipertensi Disertai Ansietas Dan Ny.M Dengan Hipertensi Disertai Arthritis Reumatoid Di Pstw Budi Mulia 1 Cipayung Jakarta Timur Tahun 2023.
- e. Mengetahui evaluasi Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Ny.C Dengan Hipertensi Disertai Ansietas Dan Ny.M Dengan Hipertensi Disertai Arthritis Reumatoid Di Pstw Budi Mulia 1 Cipayung Jakarta Timur Tahun 2023.
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus keperawatan Ny.C Dengan Hipertensi Disertai Ansietas Dan Ny.M Dengan Hipertensi Disertai Arthritis Reumatoid Di Pstw Budi Mulia 1 Cipayung Jakarta Timur Tahun 2023.

D. Manfaat

1) Manfaat Teoritis

Dengan adanya KIAN mengenai Asuhan Keperawatan pasien Hipertensi Di Pstw Budi Mulia 1 Cipayung Jakarta Timur Tahun 2023 ini diharapkan dapat menambah wawasan atau pedoman untuk laporan atau studi kasus selanjutnya.

2) Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini di harapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menjadi acuan sebagai literature untuk kelengkapan perkuliahan terutama pada mata kuliah keperawatan gerontik.

2. Bagi Mahasiswa/ Mahasiswi Keperawatan

Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan bagi pembaca tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien Hipertensi Di Pstw Budi Mulia 1 Cipayung Jakarta Timur Tahun 2023.

3. Bagi Lansia

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menambah pengetahuan pendidikan kesehatan mengenai hipertensi dan cara melakukan pencegahan, serta tindakan yang bisa menjadi pilihan bagi klien untuk menjaga kestabilan serta penurunan tekanan darah dan melakukan perawatan pada klien yang hipertensi dapat menerapkan Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan tindakan lainnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Lanjut usia (lansia) merupakan tahap akhir dari perkembangan hidup manusia. Masa lansia ini berkaitan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup dan kepekaan secara individual. Struktur penduduk dunia termasuk Indonesia saat ini menuju proses penuaan yang ditandai dengan meningkatnya jumlah dan proporsi penduduk lanjut usia. Peningkatan proporsi pada lansia dalam masyarakat adalah fenomena di seluruh dunia. Lansia merupakan seseorang yang telah memiliki usia ≥ 60 tahun. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memiliki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut *Aging process* atau proses penuaan (Indrayani¹, 2018).

2.1.2 Klasifikasi lansia

Klasifikasi lanjut usia menurut Depkes RI adalah :

1. Pralansia (Prasenilis) yaitu orang yang berusia diantara 45-59 tahun
2. Lanjut usia yaitu orang yang berusia 60 tahun atau lebih.
3. Lanjut usia resiko tinggi yaitu orang yang berusia 70 tahun keatas / orang yang berusia 60 tahun keatas dengan masalah kesehatan.
4. Lanjut usia potensial yaitu lanjut usia yang masih bisa melakukan pekerjaan atau kegiatan yang menghasilkan barang atau jasa.
5. Lanjut usia tidak potensial yaitu lanjut usia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada orang lain. (Astuti, 2018)

Dalam buku ajar keperawatan gerontik menuliskan tentang macam-macam tipe lansia yang diungkapkan oleh (Sofia Rhosma Dewi, S.Kep., 2014), macam-macam tipe lansia diantaranya meliputi :

a. Tipe arif bijaksana

Lansia ini kaya dengan hikmah pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, berikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan dan menjadi panutan.

b. Tipe mandiri

Lansia kini senang mengganti kegiatan yang hilang dengan kegiatan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan dan teman pergaulan, serta memenuhi undangan.

c. Tipe tidak puas

Lansia yang selalu mengalami konflik lahir batin, mementang proses penuaan yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani, dan pengkritik.

d. Tipe pasrah

Lansia yang selalau menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan beribadah, ringan kaki, melakukan berbagai jenis pekerjaan.

e. Tipe bingung

Lansia yang sering kaget, kehilangan keperibadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh.

2.1.3 Ciri-Ciri Lansia

Ciri-ciri lansia adalah sebagai berikut: (Destiara Hesriantica Zaenurrohmah, 2017)

1. Lansia merupakan periode kemunduran Kemunduran pada kelompok lansia pada umumnya dipengaruhi oleh faktor fisik dan psikologis. Motivasi berperan sangat penting dalam kemunduran pada lansia.
2. Lansia memiliki status kelompok minoritas Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, sebagai contoh, lansia yang mempertahankan pendapatnya mendapat respon negatif dari masyarakat disekitarnya.
3. Menua membutuhkan perubahan peran Perubahan peran dibutuhkan oleh lansia yang sebaiknya dilakukan atas keinginan sendiri tidak terdapat unsur paksaan atau tekanan dari lingkungan.
4. Penyesuaian yang buruk pada lansia

5. Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat kelompok ini cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk.

2.1.4 Kualitas Hidup Lansia

Kualitas hidup lansia terdiri atas 4 (empat) domain, yaitu :

1. Kesehatan fisik Meliputi kegiatan sehari-hari, ketergantungan terhadap obat maupun bantuan medis, energi dan kelelahan, sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, serta kapasitas kerja.
2. Kesehatan psikologis Meliputi mampu atau tidaknya seseorang untuk menyesuaikan diri terhadap tuntutan perkembangan. Domain ini terdiri atas bodily image and appearance, self-esteem, positive and negative emotion, berpikir, belajar memori, konsentrasi.
3. Hubungan sosial Meliputi cara seseorang berinteraksi satu sama lain dimana interaksi tersebut memiliki pengaruh dalam mengubah perilaku seseorang. Domain ini terdiri dari, personal, dukungan sosial, aktivitas seksual.
4. Aspek lingkungan Relasi seseorang yang meliputi sumber keuangan, freedom physical, keamanan.

2.1.5 Teori-teori Proses Menua

Dalam buku ajar keperawatan gerontik menuliskan tentang teori-teori proses menua yang diungkapkan oleh (Sofia Rhosma Dewi, S.Kep., 2014) Teori-teori menua meliputi:

a. Teori Biologis

Teori biologis adalah ilmu alam yang mempelajari kehidupan dan organisme hidup, termasuk struktur, fungsi, pertumbuhan, evolusi, persebaran dan taksonominya.

Ada beberapa macam teori biologis, diantaranya sebagai berikut:

Menurut (Sofia Rhosma Dewi, S.Kep., 2014) mengemukakan berbagai teori tentang proses penuaan, antara lain :

1) Teori Biologis

a) Teori Genetik

Teori ini menjelaskan bahwa didalam tubuh terdapat jam biologis yang mengatur gen dan menentukan jalannya proses penuaan. Teori genetik mengakui adanya mutasi somatik yang mengakibatkan kegagalan pengadaan deoxyribonucleic acid (DNA).

a) Teori Non Genetik

Teori ini terbagi lagi dalam beberapa teori :

- Teori Radikal Bebas

1) Teori Genetik dan (Somatic Mutatie Theory)

Radikal bebas yang terdapat di lingkungan mengakibatkan terjadinya perubahan pigmen dan kolagen pada proses penuaan

- a. Teori Rantai Silang (*Cross Link Theory*) Molekul kolagen dan zat kimia mengubah fungsi jaringan dan mengakibatkan terjadinya jaringan yang kaku pada proses penuaan.
- b. Teori Kekebalan Perubahan pada jaringan limfoid mengakibatkan tidak adanya keseimbangan dalam sel T sehingga produksi antibodi dan kekebalan menurun.
- c. Teori Menua Akibat Metabolisme Pengurangan asupan kalori dapat memperpanjang umur, sedangkan perubahan asupan kalori yang menyebabkan kegemukan dapat memperpendek umur.
- d. Teori Fisiologis Terdiri dari teori oksidasi stres (penyebab terjadinya stress oksidasi adalah penyakit degenerasi basal ganglion yang menyebabkan terjadinya toksin dan menyebabkan kematian dan pada usia dewasa terjadi fase disintegrasi jaringan dan organ tubuh yang sering dipakai, bila tidak ada proses penggantian sel, proses tersebut akan diakhiri dengan kematian).

b) Teori Sosiologis

- Teori Interaksi Sosial

Kemampuan lanjut usia untuk terus menjalin interaksi sosial merupakan kunci mempertahankan status sosial nya berdasarkan kemampuan bersosialisasi.

- Teori Aktivitas

Lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan banyak ikut serta dalam kegiatan sosial. Lanjut usia akan merasakan

puas apabila dapat melakukan aktivitas dan mempertahankan aktivitas selama mungkin.

- Teori Kepribadian Berlanjut

Teori ini mengemukakan adanya kesinambungan dalam siklus kehidupan lanjut usia. Pengalaman hidup seseorang pada suatu saat merupakan gambarannya kelak pada saat ia menjadi lanjut usia.

- Teori Pembebasan/ Penarikan Diri

Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya lanjut usia maka lansia secara berangsur - angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitar. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun. Menurut teori ini seorang lanjut usia dinyatakan mengalami proses menua yang berhasil apabila ia menarik diri dari kegiatan terdahulu kemudian dapat memusatkan diri pada persoalan pribadi dan mempersiapkan diri menghadapi kematiannya.

c) Teori Psikologis

1) Aktivitas atau Kegiatan (*Activity Theory*)

Seseorang yang dimasa mudanya aktif dan terus memelihara keaktifannya setelah menua Sense of integrity yang dibangun dimasa mudanya tetap terpelihara sampai tua. Teori ini menyatakan bahwa pada lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial. Ukuran optimum (pola hidup) dilanjutkan pada cara hidup dari usia lanjut. Mempertahankan hubungan antara sistem sosial dengan individu agar tetap stabil dari usia pertengahan ke lanjut usia.

2) Kepribadian Berlanjut (*Continuity Theory*)

Menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe *personality* yang dimilikinya.

3) Teori Pembahasan (*Disengagement Theory*)

Putusnya pergaulan atau hubungan dengan masyarakat dan kemunduran individu dengan individu lainnya. Teori ini menyatakan bahwa dengan

bertambahnya usia, seseorang secara pelan tetapi pasti mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga sering terjadi anda kehilangan (*tripleloss*), yakni: kehilangan peran (*loss of role*), hambatan kontak sosial (*restriction of contacts and relationships*), berkurangnya komitmen (*reduced commitment to social moes and values*).

2.2 Konsep Hipertensi

2.2.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan darah diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah pada pembuluh darah arteri secara terus menerus lebih dari satu periode. Hipertensi secara umum merupakan penyakit tanpa gejala dimana orang-orang menganggap bahwa gejala yang terjadi merupakan sakit biasa, karena gejala klinis yang timbul pada hipertensi antara lain tengkuk terasa pegal, pusing, mual muntah, tekanan darah tinggi, sakit kepala (Octavianus Klaudius Laka, 2018).

Hipertensi disebut juga sebagai penyakit tekanan darah tinggi dimana pada kondisi ini pembuluh darah mengalami gangguan yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi juga terganggu. Hipertensi diketahui sebagai penyakit penyebab kematian nomor 1 di dunia dan diperkirakan penderita hipertensi akan terus mengalami peningkatan seiring jumlah penduduk yang meningkat (Arum, 2019).

2.2.2 Patofisiologi Hipertensi

Hipertensi secara umum didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah yang dapat berakibat pada timbulnya penyakit serta lainnya. Hipertensi ditandai dengan tekanan darah yang melebihi 140/90mmHg. Hipertensi terjadi karena adanya proses penebalan dinding pembuluh darah dan hilangnya elastisitas dinding arteri. Keadaan ini dapat mempercepat jantung dalam memompa darah guna mengatasi resistensi perifer yang lebih tinggi dan semakin tinggi. Dari seluruh penderita hipertensi, 95% penderitanya memiliki kemungkinan mewariskan atau keturunannya memiliki risiko menderita hipertensi dikemudian waktu, sedangkan 5% lainnya menjadi penyebab penyakit seperti stroke, kardiovaskular, atau gangguan ginjal (Sumaryati, 2018) .

2.2.3 Etiologi Hipertensi

Hipertensi dapat disebabkan oleh faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi. Faktor penyebab hipertensi yang tidak dapat dimodifikasi yaitu diantaranya:

1. Usia merupakan faktor penyebab hipertensi dengan prevalensi tertinggi yaitu rentang usia 50-65 tahun.
2. Jenis kelamin Prevalensi terjadinya hipertensi pria sama dengan wanita. Namun wanita masih cukup aman hingga usia sebelum menopause. Karena setelah menopause, wanita rentan terkena penyakit kardiovaskuler, hipertensi salah satunya. Wanita yang belum menopause terlindungi oleh hormone estrogen yang berperan meningkatkan kadar HDL yang merupakan factor pelindung dalam mencegah terjadinya proses aterosklerosis.
3. Genetik Hipertensi rentan terjadi pada seseorang yang memiliki anggota keluarga dengan riwayat darah tinggi. Hal ini berkaitan dengan adanya peningkatan kadar sodium intraseluler dan rendahnya rasio antara potassium terhadap sodium individu dengan orang tua dengan hipertensi mempunyai risiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi daripada orang yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi. Selain itu, faktor penyebab hipertensi yang dapat dimodifikasi diantaranya:
 - 1) Obesitas Berat badan yang mengalami peningkatan pada anak-anak ataupun usia pertengahan dapat meningkatkan risiko seseorang terkena penyakit hipertensi
 - 2) Merokok Zat kimia dalam rokok bisa membuat pembuluh darah menyempit, yang berdampak pada meningkatnya tekanan dalam pembuluh darah dan jantung
 - 3) Stress Stress dapat meningkatkan tekanan darah dalam waktu yang relatif singkat, tetapi memiliki kemungkinan tidak menyebabkan tekanan darah meningkat dalam kurun waktu yang lama.
 - 4) Asupan garam Mengonsumsi garam berefek samping terhadap tekanan darah. Penderita hipertensi yang disebabkan karena keturunan merupakan seseorang dengan kemampuan lebih rendah dalam mengeluarkan garam dari tubuhnya.
 - 5) Aktivitas fisik Olahraga atau beraktivitas yang terlalu berat dihubungkan dengan pengelolaan hipertensi karena olahraga isotonik dan teratur dapat menurunkan tekanan darah (Iceu Amira DA, 2018).

2.2.4 Klasifikasi Hipertensi

Pengukuran tekanan darah dapat dilakukan dengan menggunakan sfigmomanometer air raksa atau dengan tensimeter digital. Hasil dari pengukuran tersebut adalah tekanan sistol maupun diastol yang dapat digunakan untuk menentukan hipertensi atau tidak. Terdapat beberapa klasifikasi hipertensi pada hasil pengukuran tersebut. Adapun klasifikasi hipertensi menurut (Arum, 2019) adalah sebagai berikut :

Tabel 2. 1

Klasifikasi Hipertensi Menurut (Arum, 2019)

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	< 130	< 85
Normal tinggi	130-139	85-89
Hipertensi ringan (stadium 1)	140-159	90-99
Hipertensi sedang (stadium 2)	160-179	100-109
Hipertensi berat (stadium 3)	180-209	110-119
Hipertensi sangat berat (stadium 4)	210	120

Tabel 2. 2

Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC

Klasifikasi	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
Tanpa Diabetes/CKD		
< 60 th	< 140	< 90
≥ 60 th	< 150	< 90
Dengan Diabetes/CKD		
Semua umur dengan DM tanpa CKD	< 140	< 90
Semua umur dengan CKD dengan/tanpa DM	< 140	< 90

Sumber : Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation, and Treatment of High Pressure VIII/JNC-VIII, 2014

2.2.5 Manifestasi Klinis

Hipertensi Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi 2: (Sumaryati, 2018)

1. Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa.

Hal ini hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan arteri tidak terukur.

2. Gejala yang lazim Sering kali dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. dalam kenyataan ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu:

- a. Mengeluh sakit kepala
- b. Lemas
- c. Kelelahan
- d. Sesak nafas
- e. Gelisah
- f. Mual
- g. Muntah
- h. Epitakis
- i. Kesadaran menurun Manifestasi Klinis

2.2.6 Komplikasi Hipertensi

Berikut adalah beberapa komplikasi hipertensi: (Iceu Amira DA, 2018)

1. Gangguan Penglihatan

Tekanan darah yang meningkat secara terus menerus dapat mengakibatkan pada kerusakan pembuluh darah pada retina. Semakin lama seseorang mengidap hipertensi dimana tekanan darah yang terjadi meningkat maka kerusakan yang terjadi pada retina juga semakin berat. Selain itu, gangguan yang bisa terjadi akibat hipertensi ini juga dikenal dengan iskemik optic neuropati atau kerusakan saraf mata. Kerusakan parah dapat terjadi pada penderita hipertensi maligna, dimana tekanan darah meningkat secara tiba-tiba.

2. Gagal Ginjal

Penyakit ginjal kronik dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan darah tinggi pada kapiler-kapiler ginjal dan glomerulus. Kerusakan glomerulus ini berakibat pada darah yang mengalir ke unit fungsional ginjal terganggu. Kerusakan pada membrane glomerulus juga berakibat pada keluarnya protein secara menyeluruh melalui urine sehingga sering dijumpai edema sebagai akibat dari

tekanan osmotik koloid plasma yang berkurang. Gangguan pada ginjal umumnya dijumpai pada penderita hipertensi kronik.

3. Gangguan Jantung

Gangguan jantung atau yang dikenal dengan infark miokard terjadi ketika arteri koroner mengalami arteriosklerosis. Akibat dari ini adalah suplai oksigen ke Gangguan Jantung Gangguan jantung atau yang dikenal dengan infark miokard terjadi ketika arteri koroner mengalami arteriosklerosis.

4. Stroke

Stroke terjadi ketika otak mengalami kerusakan yang ditimbulkan dari perdarahan, tekanan intra kranial yang meninggi, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh darah non otak yang terpajan pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang mengalirkan suplai darah ke otak mengalami hipertropi atau penebalan.

2.2.7 Penatalaksanaan Hipertensi

Penatalaksanaan hipertensi pada dasarnya dapat dilakukan melalui 2 cara yaitu secara farmakologi dan nonfarmakologi. penatalaksanaan secara farmakologi seperti diketahui menggunakan obat-obatan yang diperoleh melalui resep dokter dengan salah satunya dengan pemberian Angiotensin Converting Enzim Inhibitor golongan ini mampu menghambat zat angiotensin II (zat yang dapat menyebabkan meningkatkan tekanan darah). Sedangkan penatalaksanaan secara nonfarmakologi dapat dilakukan melalui berbagai metode diantaranya modifikasi gaya hidup sehat. Modifikasi gaya hidup dapat dilakukan dengan membatasi konsumsi garam menjadi 6gr / hari, menurunkan berat badan, menghindari minuman berkafein, rokok, dan minuman beralkohol. Olahraga secara rutin dan tidur yang berkualitas dengan 6-8 jam tidur per hari dapat membantu mengurangi stress.

1. Pengurangan konsumsi garam

Konsumsi garam pada kondisi normal berkisar pada 2-3 sdt per hari dimana jumlah ini masih rentan terhadap peningkatan hipertensi. Oleh karena itu pengurangan konsumsi garam pada pasien hipertensi menjadi $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ sdt per hari merupakan salah satu langkah yang dianjurkan. Baik garam dapur atau garam lainnya, mengandung kadar natrium yang cukup tinggi. Sehingga bagi penderita hipertensi, pembatasan natrium menjadi 2-3 sdt per hari berhasil menurunkan tekanan darah sistolik 3,7 mmHg dan tekanan darah diastolic 2 mmHg.

2. Menurunkan berat badan

Kondisi berat badan berlebih dapat memicu hipertensi semakin meningkat. Diet atau menurunkan berat badan menjadi berat badan yang ideal dianjurkan untuk mengontrol tekanan darah semakin meningkat.

3. Menghindari minuman berkafein

Mengonsumsi kopi dalam jumlah banyak dan jangka waktu yang lama diketahui dapat meningkatkan risiko penyakit hipertensi. Bagi para penggemar kopi relative memiliki tekanan darah yang lebih tinggi dari penderita hipertensi yang tidak suka mengonsumsi kopi. Maka untuk mengurangi risiko penyakit hipertensi, frekuensi konsumsi kopi sebaiknya dikurangi.

4. Menghindari rokok

Kebiasaan merokok pada masyarakat laki-laki terutama penderita hipertensi memiliki risiko diabetes, serangan jantung, dan stroke. Jika kebiasaan ini dilanjutkan dalam jangka waktu yang lama, hal ini akan menjadi kombinasi penyakit yang sangat berbahaya.

5. Olahraga secara rutin

Risiko penyakit hipertensi semakin meningkat jika penderitanya kurang dalam melakukan aktivitas fisik. Jalan kaki di lingkungan sekitar dapat membantu program gaya hidup sehat.

6. Tidur berkualitas

Istirahat dengan waktu yang cukup sangat penting bagi penderita hipertensi sebagaimana yang dianjurkan 6-8 jam sehari. Kualitas tidur yang baik akan merilekskan anggota tubuh maupun organ tubuh sehingga mampu bekerja secara maksimal (Adam, 2019).

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang Hipertensi

Pemeriksaan penunjang menurut (Sumaryati, 2018) :

1. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Hb/Ht : Untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti hipokoagubilita, anemia.
- b. kreatinin : Memberikan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal.
- c. Glukosa : Hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.

- d. Urinalisa : Darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal
2. CT scan : Mengkaji adanya tumor cerebral, encelopati
3. EKG : Dapat menunjukkan pola rengangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi
4. IUP : Mengidentifikasi penyebab hipertensi
5. Photo Thorax : Menunjukkan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

2.2.9 Penatalaksanaan medis

Menurut (Rano K. Sinuraya, 2018) penanganan hipertensi dibagi menjadi dua yaitu secara nonfarmakologis dan farmakologi.

a. Terapi non farmakologi

merupakan terapi tanpa menggunakan obat, terapi non farmakologi diantaranya memodifikasi gaya hidup dimana termasuk pengelolaan stress dan kecemasan merupakan langkah awal yang harus dilakukan. Penanganan non farmakologis yaitu menciptakan keadaan rileks, mengurangi stress dan menurunkan kecemasan. Terapi non farmakologi diberikan untuk semua pasien hipertensi dengan tujuan menurunkan tekanan darah dan mengendalikan faktor resiko serta penyakit lainnya. Obat-obat tradisional tersebut diantaranya:

1. Buah Belimbing

Buah ini dapat mengontrol tekanan darah dalam keadaan normal dan juga bisa menurunkan tekanan darah bagi mereka yang sudah mengalaminya.

2. Daun seledri

Menurut penelitian daun seledri bisa memperkecil fluktuasi kenaikan tekanan darah.

3. Bawang Putih ini akan melancarkan sirkulasi darah sehingga bisa menurunkan hipertensi.

4. Buah Mengkudu / Pace Buah ini sebagai alternatif untuk menekan hipertensi.

5. Avokad buah ini dapat membantu mengontrol tekanan darah.

6. Melon buah ini membantu menurunkan tekanan darah tinggi hal itu dikarenakan buah melon rendah natrium, namun tinggi akan kalium.

7. Semangka buah ini juga mengandung L-citrulline yang bisa membantu melebarkan pembuluh darah, sehingga dapat menurunkan tekanan darah.

8. Mentimiun buah ini memiliki efek pada regulasi tekanan darah pada hipertensi esensial.

b. Terapi farmakologi

Terapi farmakologi yaitu yang menggunakan senyawa obat-obatan yang dalam kerjanya dalam mempengaruhi tekanan darah pada pasien hipertensi seperti : angiotensin receptor blocker (ARBs), beta blocker, calcium channel dan lainnya. Penanganan hipertensi dan lamanya pengobatan dianggap kompleks karena tekanan darah cenderung tidak stabil.

2.2.10 Terapi relaksasi nafas dalam

1. Definisi

Teknik relaksasi merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah. Latihan nafas dalam adalah cara bernafas yang efektif melalui menarik dan menghembuskan napas untuk memperoleh nafas yang lambat, dalam dan rileks (Anggraini, 2020).

2. Tujuan

Menurut (Anggraini, 2020) menyatakan bahwa tujuan dari teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan. Sedangkan manfaat yang dapat dirasakan oleh klien setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam adalah dapat menghilangkan nyeri, ketentraman hati, dan berkurangnya rasa cemas.

3. Faktor yang Mempengaruhi Relaksasi

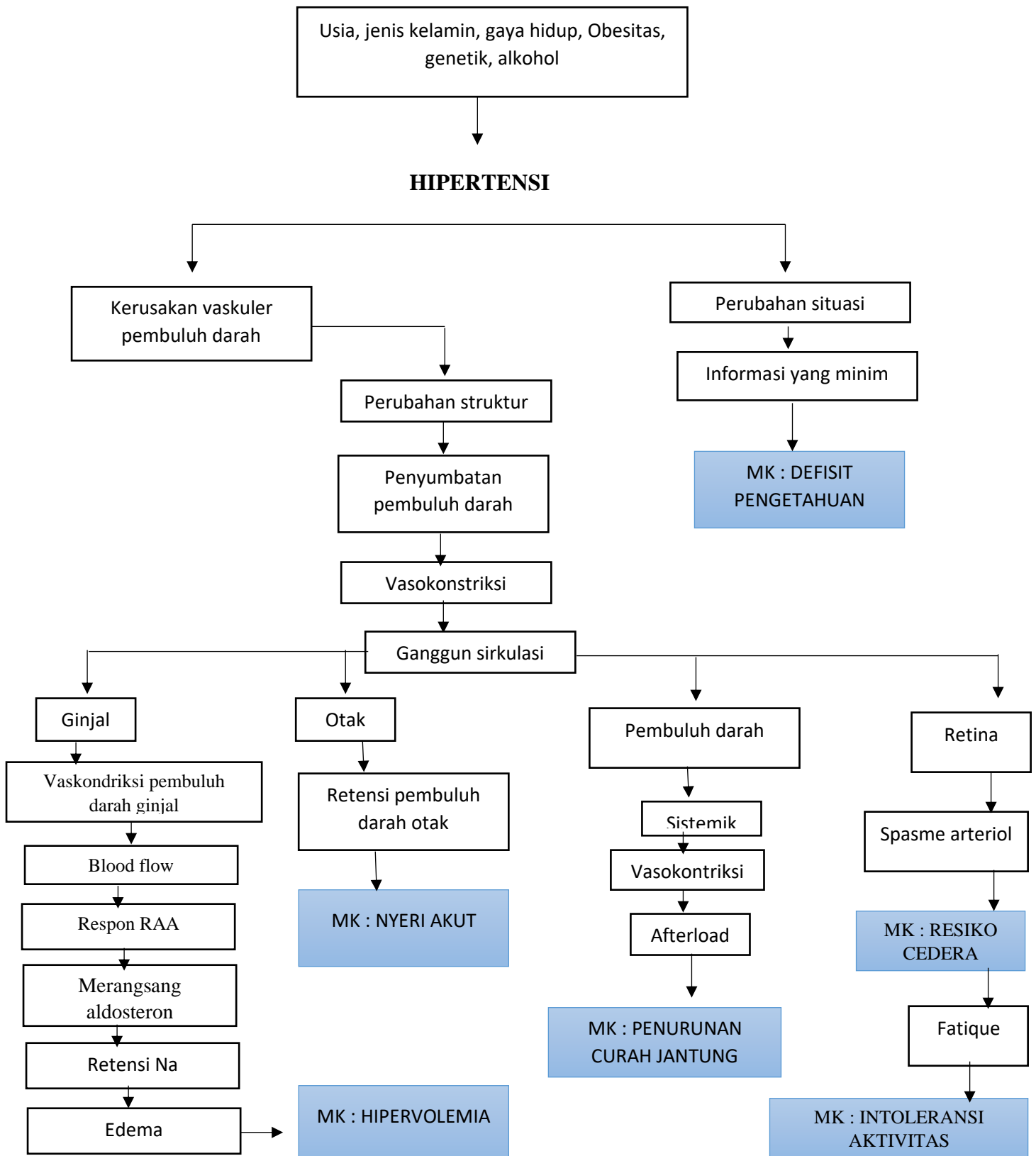
Relaksasi ini menimbulkan respon emosi dan efek menenangkan, sehingga fisiologi dominan simpatis berubah menjadi dominan sistem parasimpatis. Sensasi tenang, ringan dan hangat yang menyebar keseluruh tubuh merupakan efek yang bisa dirasakan dari relaksasi autogenik. Sensasi ringan yang muncul adalah merupakan efek dari ketegangan otot tubuh yang menurun. Perasaan hangat

diekstermitas dapat dijelaskan secara fisiologis sebagai vasodilatasi pembuluh darah karena aktivasi sistem parasimpatis (Akhriansyah, 2019).

4. Langkah-langkah Teknik Relaksasi Napas Dalam

- a. Ciptakan lingkungan yang tenang
- b. Usahakan tetap rileks dan tenang
- c. Posisi duduk, setengah duduk atau berbaring.
- d. Letakkan kedua telapak tangan berhadapan satu sama lain, dibawah dan sepanjang batas bawah tulang rusuk depan. Letakkan ujung jari tengah kedua telapak tangan saling bersentuhan.
- e. Ambil nafas dalam secara lambat, menghirup melalui hidung. Rasakan bahwa kedua jari tengah tangan terpisah selama menarik nafas (inspirasi). Tahan napas sampai hitungan ketiga (1, 2, 3).
- f. Perlahan-lahan menghembuskan nafas melalui mulut (seperti meniup). Kedua ujung jari tengah akan bersentuhan kembali.
- g. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
- h. Usahakan agar tetap konsentrasi/ mata sambil terpejam
- i. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah nyeri
- j. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
- k. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali.

2.2.11 Pathway Hipertensi



(Hamdan Hariawan, 2020)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi

Menurut (N. Safitri, 2018):

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Dermawan, 2012).

2. Diagnose yang muncul

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, diagnosa keperawatan mengenai Hipertensi pada Lansia dengan diagnosis keperawatan adalah proses menganalisis data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian. Untuk merumuskan diagnosis keperawatan dibutuhkan keterampilan klinik yang baik mencakup proses diagnosis keperawatan dan perumusan pernyataan keperawatan. Proses diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua yaitu proses interpretasi dan proses menjamin keakuratan diagnosis itu sendiri (PPNI T. P., 2017).

Perumusan pernyataan diagnosis keperawatan memiliki beberapa syarat, yaitu dapat membedakan antara sesuatu yang actual, risiko dan potensial. Metode penulisan diagnosis aktual terdiri dari masalah, penyebab, dan tanda/gejala. Diagnosis keperawatan studi kasus yang penulis tulis menurut, dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia yaitu defisit pengetahuan tentang hipertensi berhubungan dengan klien kurang terpapar informasi (PPNI T. P., 2017).

3. Intervensi

Dalam buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi keperawatan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas.

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tujuan berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) menurut (SLKI DPP PPNI, 2018) dan intervensi berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Dengan defisit pengetahuan seperti pada tabel di bawah ini:

Tabel 2. 3

Tujuan Berdasarkan SLKI dan Intervensi Berdasarkan SIKI Pada Lansia

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
Nyeri Akut	Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Gelisah menurun 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,dan intensitas nyei. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor mempeberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang mempeberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyeab periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik,jika perlu
Penurunan Curah Jantung	Tingkat ketidakadekuatan jantung memompa darah meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah menurun 2. Crt menurun 	<p>Perawatan jantung</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung 2. Monitor tekanan darah 3. Monitor keluhan nyeri dada <p>Terapeutik</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan posisi nyaman 2. Berikan terapi rileksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa stress <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 2. Anjurkan beraktivitas secara bertahap <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian aritmia, jika perlu
Hipervolemia	Tingkat keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan meningkat 2. Haluran urine meningkat 3. Edema menurun 4. Asites menurun 	<p>Manajemen hipervolemia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang berat badan setiap hari di waktu yang sama 2. Batasi asupan cairan dan garam <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi Pemberian diuretik
Defisit Pengetahuan	Tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat. 2. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat ditandai dengan klien mampu 	<p>Edukasi kesehatan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Identifikasi faktor- faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. <p>Berikan kesempatan untuk bertanya.</p> <p>Edukasi</p>

menjawab lembar observasi dengan baik	1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.
4. Masalah yang dihadapi membaik.	2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
5. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun.	3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
6. Menjalani pemeriksaan yang tepat	
7. Perilaku pola hidup sehat membaik	

4. Implementasi

Setelah rencana keperawatan disusun langkah selanjutnya adalah dalam menetapkan tindakan keperawatan. Tindakan ini dapat dilakukan secara mandiri atau kerjasama dengan tim kesehatan lainnya.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah untuk penilaian yang dilakukan untuk mengetahui keberhasilan tujuan. Jika kriteria yang ditetapkan belum tercapai maka tugas perawat selanjutnya adalah melakukan pengkajian kembali.

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

1. Identitas

- a. Nama : Ny.C
- b. Tempat/tanggal : Medan , 22.08.1946
- c. Usia : 74 Tahun
- d. Jenis Kelamin :Perempuan
- e. Status Perkawinan : Belum menikah
- f. Agama : Kristen
- g. Suku : Batak
- h. Tanggal masuk : 22 maret 2022
- i. Tanggal pengkajian: 14 Februari 2023
- j. Riwayat masuk

Pasien mengatakan bahwa dirinya sebelum tinggal di pstw budi mulia 1 cipayung, pernah tinggal di pstw budi mulia 4 ciracas, di pindahkannya ke panti saat ini di karenakan panti sebelumnya tidak memiliki tempat/wisma isolasi yang saat ini pasien butuhkan dengan keadaan riwayat sakitnya.

2. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi

- a. Pekerjaan saat ini : Pasien WBS
- b. Pekerjaan sebelumnya : Ibu Rumah Tangga
- c. Sumber pendapatan : Panti
- d. Kecukupan pendapatan : Tidak mencukupi

3. Lingkungan tempat tinggal

Pasien mengatakan bahwa keadaan ruangan pasien sangat bersih namun kurang untuk kerapihan kamar, penerangan hanya di kamar mandi dikarenakan penerangan kamar pasien konsleting ,adanya ventilasi, jendela kamar sering di buka keadaan kamar mandi pasien bersih,tidak licin dan tidak bau,adanya saluran air untuk pembuangan air kotor,pasien memiliki Tumbler Minum dan terdapat despenser air di ruangan, adanya tempat sampah di ruangan,terdekat saluran air yang menimbulkan pencemaran udara dan memiliki kamar sendiri.

4. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama dalam 1 tahun terakhir :

Ny. C mengatakan masuk PSTW Budi Mulia 01 Cipayung pada tanggal 22 maret 2022 . Pada tahun 2019 sebelumnya tinggal di PSTW Budi Mulia 04 Ciracas. Ny.C mengatakan sering sakit kepala dan pusing klien juga memiliki riwayat penyakit darah tinggi karena faktor usia klien dan pada saat ketika klien di cek tekanan darah TD : 177/120mmHg. Klien sering mengeluh Pusing. Ny.C mengatakan pernah mengalami stroke satu tahun lebih dan pernah di rawat sehingga Ny.C menggunakan alat bantu jalan, dan pada saat dilakukan pengkajian klien sering mengeluh nyeri di bagian tekuknya dan pasien mengatakan bahwa dirinya merasa cemas akan riwayat penyakitnya,merasa khawatir dengan lingkungannya dan sering merasa ada yang mengganggu dirinya saat Ny.C melakukan kegiatan istirahat dan kurangnya penerangan cahaya di ruang kamar tidurnya.

b. Keluhan kesehatan saat ini:Pasien mengatakan masih merasakan sakit kepala,pusing,nyeri di bagian tengkuk, merasa cemas akan penyakitnya, merasa khawatir dengan lingkungannya dan sering merasa ada yang mengganggu dirinya saat Ny.C melakukan kegiatan istirahat dan Ny.C menggunakan alat bantu berjalan seperti tongkat.

c. Faktor pencetus : kurang aktivitas fisik,terlalu banyak konsumsi garam dan merasa cemas akan kondisinya

d. Timbulnya keluhan : Bertahap

e. Upaya mengatasi : Pasien mengatakan tidak pernah melakukan perawatan untuk mengatasi penyakitnya hanya rutin minum obat.

f. Pergi ke RS/Klinik pengobatan/dokter praktik/bidan/perawat : Tidak pernah di rawat di Rs.

g. Mengonsumsi obat-obatan sendiri/obat tradisional (pilih salah satu) : konsumsi obat sesuai resep anjuran dokter (Almodipine 10mgx1 hari) dengan teratur.

5. Riwayat kesehatan masa lalu

a. Penyakit yang pernah diderita : Stroke ringan

b. Riwayat alergi (obat,makanan,binatang,debu,dll) : Pasien mengatakan memiliki alergi debu

- c. Riwayat kecelakaan : Tidak pernah mengalami kecelakaan.
 - d. Riwayat pernah dirawat di RS : pernah di rawat di RS karena stroke nya
 - e. Riwayat pemakaian obat : Obat mengatasi stroke
6. Pemeriksaan fisik
- a. Keadaan umum : Composmentris E4V4M5
 - b. TTV
TD : 177/120 MmHg,S :36 C,N : 70x/Menit,Rr : 22 x/Menit,TB :150cm,BB : 50kg
 - c. Kepala (rambut , mata , telinga, mulut dan tenggorokan)
Kepala bentuk simetris, bersih tidak ,terdapat benjolan, tidak terdapat luka.
Rambut bersih dan dominan berwarna putih, rambut pendek.
 - d. Mata : Bentuk simetris (+/+), ukuran pupil 2/2 isokor, bentuk bulat normal, reflek cahaya (+/+), konjungtiva anemis, fungsi penglihatan baik, tidak terdapat tanda-tanda peradangan, tidak pernah menjalani operasi pada bagian mata, tidak menggunakan lensa kotak.
 - e. Telinga : Bentuk simetris (+/+), tidak ada serumen, dan tidak ada nyeri tekan
 - f. Mulut dan tenggorokan: kebersihan mulut baik, mukosa bibir lembab, tidak terdapat peradangan, tidak ada gangguan menelan (-)
 - g. Payudara : Letak payudara klien simetris kiri dan kanan, tidak terdapat benjolan dan tidak ada keluhan.
 - h. Sistem pernafasan : Pergerakan dada klien simetris, tidak terdapat dispea, ronki (-) , dan wheezing negatif. Bunyi jantung dalam batas normal, sianosis pada bibir negatif, CRT <3 detik, meningkatnya retensi pembuluh darah perifer yang menyebabkan tekanan darah meningkat. Tidak ada pembengkakan vena jugularis.
 - i. Sistem kardiovaskuler : Hipertensi (177/120 MmHg,S :36 C,N : 70x/Menit,Rr : 22 x/Menit), capillary refill >3 detik, bunyi I bunyi tunggal, irama regular, terdengar keras (lub) dan bunyi jantung II : saat didengar/ auskultasi terdengar bunyi tunggal, irama regular, terdengar keras (dub),tidak ada bunyi jantung tambahan.
 - j. Sistem gastrointestinal : tidak ada masalah dengan sistem gastrointestinal
 - k. Sistem perkemihan : Nyeri tekan pada kandung kemih negatif, BAB1x/hari, BAK 6-7 kali
 - l. Sistem genitoreproduksi : Tidak dilakukan pemeriksaan

- m. Sistem muskuloskeletal : Tidak terdapat kelainan pada sistem muskuloskeletal
- n. Sistem saraf pusat :Tidak ada kelainan pada sistem saraf pusat
- o. Sistem endokrin : Produksi hormon menurun, klien sudah mengalami monopouse, klien mudah stres dan klien mudah pikun, pertumbuhan rambut klien yang lambat, menurunnya sensasi perabaan dan postur tubuh yang sudah tidak elastis.

7. Pengkajian psikososial dan spiritual

- Psikososial : Ny.C masih sering bertegur sapa dengan teman teman di panti. Sikap Ny.C sangatlah ramah. Ny.C sering merenung sendiri, tidak suka bersialisasi dengan teman- teman di panti dan suka mengikuti berbagai kegiatan di panti
- Identifikasi Masalah Emosional

PERTANYAAN TAHAP 1

- a. Apakah klien mengalami sukar tidur? YA
- b. Apakah klien sering merasa gelisah? YA
- c. Apakah klien sering murung atau menangis sendiri? YA
- d. Apakah klien sering merasa was-was atau kuatir? YA

Lanjutkan ke pertanyaan Tahap 2 jika lebih dari atau sama dengan 1 jawaban “YA”



PERTANYAAN TAHAP 2

- a. Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan ? YA
- b. Ada masalah atau banyak pikiran ? YA
- c. Ada gangguan/masalah dengan keluarga lain ? TIDAK
- d. Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter ? TIDAK
- e. Apakah cenderung mengurung diri ? YA



Bila lebih dari 1 atau sama dengan 1 jawabannya “YA”

MAKA EMOSIONAL POSITIF (+)

•Spiritual: Pasien mengatakan rutin mengikuti kegiatan keagamaan/pembaktian

8. Pengkajian fungsional klien

Tabel 3. 1
KATZ Indeks pasien ke 1

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	<p>Mandi</p> <p>Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstermitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya</p> <p>Tergantung : Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri</p>	√	
2	<p>Berpakaian</p> <p>Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian</p> <p>Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau sebagian</p>	√	
3	<p>Ke kamar kecil</p> <p>Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri</p> <p>Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>	√	
4	<p>Berpindah</p> <p>Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p>Bergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan</p>	√	
5	<p>Kontinen</p> <p>Mandiri</p>	√	

	BAB dan BAK seluruhnya terkontrol sendiri Bergantung Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, pembalut/pempers		
6	Makan Mandiri Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri Bergantung : Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan melalui parenteral (NGT)	√	

Keterangan :

Beri tanda (√) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil :

- a. **Mandiri dalam makan, kontinensia (BAK dan BAB), menggunakan pakaian,**
- b. pergi ke toilet, berpindah, dan mandi.
- c. Mandiri semuanya kecuali salah satu saja dari fungsi di atas
- d. Mandiri, kecuali mandi dan satu lagi fungsi yang lain
- e. Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi yang lain
- f. Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan satu fungsi yang lain
- g. Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah, dan satu fungsi yang
- h. lain.
- i. Ketergantungan untuk semua fungsi di atas
- j. Lain-lain (minimal ada 2 ketergantungan yang tidak sesuai dengan kategori diatas)

Interprestasi : Pasien Ny C mampu melakukan kegiatannya dengan mandiri tanpa bantuan siapapun.

9. Modifikasi dari Barthel Indeks Termasuk yang manakah klien

Tabel 3. 2

Modifikasi dari Barthel Indeks Termasuk yang manakah klien pasien ke 1

No	KRITERIA	DENGAN BANTUAN	MANDIRI	KETERANGAN
1	Makan	5	10 √	Frekuensi : 3x/hari Jumlah : 1/6 porsi makan Jenis : nasi,lauk,sayur dan buah
2	Minum	5	10 √	Frekuensi : 5 gelas/hari Jumlah : 1 liter/hari Jenis : air putih
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5-10 (10) √	15	Ny. C tidak memakai kursi roda hanya menggunakan tongkat sebagai alat bantu berjalan
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5 √	Frekuensi : 2x/hari untuk mandi
5	Keluar masuk toilet (membuka pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10 √	Ny.C sering keluar masuk toilet untuk menyeka tubuh
6	Mandi	5	15 √	Frekuensi : 2x/hari untuk mandi
7	Jalan di permukaan datar	0	5 √	Ny.C berjalan sendiri tanpa bantuan orang lain namun menggunakan tongkat
8	Naik turun tangga	5 √	10	Ny. C naik turun tangga menggunakan alat bantu
9	Mengenakan pakaian	5	10 √	Ny.M mengenakan pakaian secara mandiri

10	Kontrol bowel (BAB)	5 √	10 √	Frekuensi : lembek Konsistensi : kuning kecoklatan
11	Kontrol bladder (BAK)	5	10 √	Frekuensi : jernih Warna : kuning
12	Olahraga/latihan	5 √	10	Frekuensi : 2x/minggu Jenis : senam
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5 √	10	Tidak ada kerajinan apapun

Keterangan :

- a. 130 : Mandiri
- b. 60-125 : Ketergantungan sebagian**
- c. 55 : Ketergantungan total

Interpretasi hasil : Didapatkan skor 110 dengan kategori Ny.C Ketergantungan sebagian

10. Pengkajian Status Mental Gerontik

identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ)

Tabel 3. 3

Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ) pasien ke 1

Benar	Salah	No	PERTANYAAN
	√	01	Tanggal berapa hari ini? • 11 januari 2023
√		02	Hari apa sekarang? • Selasa
√		03	Apa nama tempat ini? • Cattelya
	√	04	Dimana alamat anda? • Bogor

√		05	Berapa umur anda? <ul style="list-style-type: none"> • 74 tahun
	√	06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir) <ul style="list-style-type: none"> • Tidak tahu
	√	07	Siapa Presiden Indonesia sekarang? <ul style="list-style-type: none"> • SBY
	√	08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya? <ul style="list-style-type: none"> • Tidak tahu
√		09	Siapa nama Ibu Anda? <ul style="list-style-type: none"> • Ny L
	√	10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun. 1,4,7

Interpretasi hasil

- a. Salah 0-2 : Fungsi intelektual utuh
- b. Salah 3-4 : Kerusakan intelektual ringan
- c. **Salah 5-7 : Kerusakan sedang**

Interpretasi hasil : Didapatkan skor 6 yang salah dengan kategori Ny.C fungsi intelektual Sedang

- d. Salah ≥ 8 : Kerusakan intelektual berat

11. Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

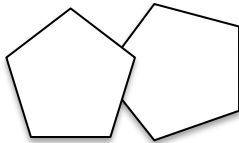
- Orientasi
- Registrasi
- Perhatian
- Kalkulasi
- Mengingat kembali
- Bahasa

Tabel 3. 4

MMSE (Mini Mental Status Exam) pasien ke 1

No.	Aspek kongnitif	Nilai maks	Nilai klien	Kriteria
	Orientasi	5	3	<p>Menyebutkan dengan benar :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ Tahun(√) ▣ Musim(√) ▣ Tanggal(√) ▣ Hari ▣ Bulan
	Orientasi	5	3	<p>Dimana kita sekarang berada?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ Negara Indonesia(√) ▣ Propinsi Jawa Timur ▣ Kabupaten cipayung ▣ Kecamatan Cipayung (√) ▣ Jalan bina marga (√)
	Registrasi	3	3	<p>Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ Meja (√) ▣ Jam tangan (√) ▣ Buku (√)
	Perhatian dan kalkulasi	5	5	<p>Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal "BAPAK"</p> <ul style="list-style-type: none"> • K • A • P

				<ul style="list-style-type: none"> • A • B
	Mengingat	3	3	<p>Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 poin untuk masing-masing obyek.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ Meja (√) ▣ Jam Tangan (√) ▣ Buku (√)
	Bahasa	9	2	<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ (lemari) (√) ▣ (kursi) (√)
			1	<p>Minta klien untuk mengulang kata berikut : “Tak ada jika, dan, atau, tetapi.” Bila benar, nilai satu poin.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ Pernyataan benar 2 buah (contoh : tak ada, tetapi)
			3	<p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : Ambil kertas di tangan anda, lipat dua, dan taruh di lantai.”</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ Ambil kertas di tangan anda ▣ Lipat dua ▣ Taruh di lantai Perintahkan pada klien untuk hal Berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)
			1	<ul style="list-style-type: none"> ▣ “Tutup mata Anda” Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar.
			0	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Tulis satu kalimat

				<p>■ Menyalin gambar</p> 
TOTAL NILAI	30	24	Aspek kognitif dari fungsi mental ringan	

Interpretasi hasil :

- a. 26-30 : Aspek kognitif dan fungsi mental baik
- b. 21-25 : Aspek kognitif dari fungsi mental ringan
- c. 11-20 : Kerusakan aspek fungsi mental sedang
- d. 0-10 : Terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat**

Hasil : (24) Ny.C Aspek kognitif dari fungsi mental ringan

12. Pengkajian keseimbangan pasien ke 1

Tabel 3. 5

Pengkajian keseimbangan pasien ke 1

Pengkajian Keseimbangan	Hasil
<p>Pengkajian keseimbangan dinilai dari dari dua komponen utama dalam bergerak, dari kedua komponen tersebut dibagi dalam beberapa gerakan yang perlu di observasi oleh perawat. Kedua komponen tersebut adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, dan 1 bila menunjukkan kondisi berikut ini. <ul style="list-style-type: none"> • Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka. b. Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali. <ul style="list-style-type: none"> • Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata terbuka Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah kursi. • Bangun dari tempat duduk (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup. 	<p>1</p> <p>0</p> <p>0</p>

<p>c. Tidak bangun dari tempat duduk dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk ke tengah kursi Keterangan : Kursi harus yang keras tanpa lengan • Menahan dorongan pada sternum (Pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata terbuka Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya. • Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya. • Perputaran leher (klien sambil berdiri) <p>d. Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki; keluhan vertigo, pusing, atau keadaan tidak stabil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerakan menggapai sesuatu Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan • Membungkuk Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bias berdiri lagi, dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun 	<p>1</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>Komponen gaya berjalan atau pergerakan Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, atau beri nilai 1 jika klien menunjukkan salah satu dari kondisi di bawah ini :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minta klien untuk berjalan ke tempat yang ditentukan Ragu-ragu, tersandung, memegang objek untuk pegangan • Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki saat melangkah) Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (> 5 cm) 	<p>1</p> <p>1</p> <p>0</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuitas langkah kaki (lebih baik di observasi dari samping klien) Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai • Kesimetrisan langkah (lebih baik di observasi dari samping klien) Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit • Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik di observasi dari samping kiri klien) Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi • Berbalik Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan. 	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>
---	----------------------------

Interpretasi hasil : Jumlahkan semua nilai yang diperoleh klien, kemudian diinterpretasikan sebagai berikut :

a. 0 – 5 resiko jatuh rendah

b. 6 – 10 resiko jatuh sedang

Hasil : Ny.C mendapatkan skore 7 dengan kategori resiko jatuh sedang.

c. 11 – 15 resiko jatuh tinggi

13. The timed up and go (tug) Test

Tabel 3. 6

The timed up and go (tug) Test pasien ke 1

No	Langkah
1.	Posisi klien duduk di kursi
2.	Minta klien berdiri dari kursi, berjalan 10 langkah (3 meter), kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik

Interpretasi :

a. ≤ 10 detik : Resiko jatuh rendah

b. 11-19 detik : Resiko jatuh sedang

c. 20-29 detik : Resiko jatuh tinggi

d. ≥ 30 detik : Gangguan mobilitas dan resiko jatuh tinggi

14. Penilaian potensi dekubitus (Skor NORTON) pasien ke 1

Tabel 3. 7

Penilaian potensi dekubitus (Skor NORTON) pasien ke 1

Kondisi fisik umum		3
Baik	4	
Lumyan	3	
Buruk	2	
Sangat buruk	1	
Kesadaran :		4
Komposmentis	4	
Apatis	3	
Sopor	2	
Koma	1	
Aktivitas :		3
Ambulan	4	
Ambulan bantuan	3	
Hanya bisa duduk	2	
Tiduran	1	
Inkontinen		4
Tidak	4	
Kadang-kadang	3	
Sering inkontinensia urin	2	
Inkontinensia alvi dan urin	1	

Interpretasi :

- a. 15-20 : Kecil sekali/ tak terjadi
- b. 12-15 : Kemungkinan kecil terjadi**
- c. < 12 : Kemungkinan Besar terjadi

Hasil : skore 14 Kemungkinan kecil terjadi

15. Apgar keluarga pasien ke 1

Tabel 3. 8
Apgar keluarga pasien ke 1

No	Item penilaian	Selalu (2)	Kadang-kadang (1)	Tidak pernah (0)
1	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga karena mereka akan membantu saya pada waktu saya membutuhkan Pertolongan		1	
2	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga membicarakan sesuatu dengan saya dan Mengungkapkan masalah saya		1	
3	G : Growth Saya puas dengan keluarga menerima dan mendukung Keinginan saya dalam Melakukan aktifitas		1	
4	A : Afek Saya puas dengan cara Keluarga merespon saat saya emosi, seperti marah, sedih, Atau pun jatuh cinta	2		
5	R : Resolve Saya puas dengan cara Keluarga menyediakan Waktu bersama-sama untuk Menyelesaikan masalah		1	
Jumlah			6	

Interpretasi :

Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

Interpretasi Hasil = 6 (Disfungsi keluarga sedang)

16. Geriatric Depression Scale (GDS) pasien ke1

Tabel 3. 9

Geriatric Depression Scale (GDS) pasien ke 1

No	Pertanyaan	Ny . C	
		Ya	Tidak
1	Apakah anda puas dengan kehidupan anda		(√)
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda	(√)	
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong	(√)	
4	Apakah anda sering merasa bosan	(√)	
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat		(√)
6	Apakah anda mersa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda	(√)	
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda		(√)
8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya	(√)	
9	Apakah anda sering dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru	(√)	
10	Apakah anda mersa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang	(√)	
11	Apakah anda pikir kehidupan anda saat ini menyenangkan		(√)
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini		(√)
13	Apakah anda merasa penuh semangat		(√)
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan	(√)	
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaanya dari pada anda	(√)	

Interpretasi :

- a. Skor 0-5 = normal
- b. Skor \geq 6 = depresi

Hasil : skor 9 depresi

Tabel 3. 10**ANALISA DATA PASIEN KE-1**

Nama Pasien : Ny.C

Wisma : Cattlyea

Usia : 74 Tahun

Tanggal Pengkajian : 14 februari 2023

Dx medis : Hipertensi dd Ansietas

No	Analisa data	Diagnosa keperawatan
1	DS: <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sering pusing - Klien mengatakan sering merasakan kelelahan saat beraktivitas - Klien mengatakan sering mengalami nyeri di bagian tekuknya. - Klien mengatakan tensi tekanan darahnya selalu tinggi DO: <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak pusing - Klien tampak kelelahan - Klien menunjukkan persepsi yang keliru terdapat penyakit yang dialaminya - Klien sering memegang kepalanya di bagian belakang TTV: TD : 177/120 MmHg,S :36 C,N : 70x/Menit, Rr : 22 x/Menit, BB : 50 kg	Perfusi serebral tidak efektif (D. 0017)
2	Ds <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan cemas akan kondisi penyakitnya 2. Klien mengatakan sering khawatir dengan kondisi lingkungannya 3. Klien mengatakan ruangan kamarnya pencahayaannya tidak ada Do	Ansietas (D.0080)

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak cemas dan khawatir 2. Klien tampak meringis karena adanya gangguan kondisi lingkungan sekitarnya 3. Tidak ada pencahayaan di ruang kamar <p>TTV</p> <p>TD : 177/120 MmHg,S :36 C,N : 70x/Menit, Rr : 22 x/Menit , BB : 50kg</p>	
3	<p>Ds</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih menggunakan alat bantu berjalan (tongkat) - Pasien mengatakan pernah mengalami stroke ringan. <p>Do</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak menggunakan alat bantu berjalan - Klien tampak pernah mengalami stroke ringan - Pada saat diminta berdiri dan mengangkat satu kaki klien hanya melakukan sebentar dan kembali duduk. - Hasil TUG Test 11-19 detik 	Resiko jatuh (D.0143)

Tabel 3. 11**Prioritas Diagnosa Keperawatan Pasien Ke-1**

No	Keluhan	Kode
1	Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d Tekanan intrakranial	D.0017
2	Ansietas b/d Ancaman konsep diri	D.0080
3	Resiko Jatuh b/d Gangguan keseimbangan	D.0143

Tabel 3. 12

NURSING CARE PLAN (NCP) PASIEN KE-1

Nama Pasien : Ny.C

Wisma : Cattlyea

Usia : 74 Tahun

Tanggal Pengkajian : 14 februari 2023

Dx medis : Hipertensi d.d Ansietas

Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d Tekanan intrakranial (D. 0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan perfusi serebral dengan batas stabil, dengan Kriteria Hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sakit kepala menurun 2. Tekanan darah diastolik membaik 3. Tekanan Darah sistolik membaik 4. Refles saraf sedang (L.02014) 	Pemantauan Tekanan Intrakranial (14529) Observasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan misalnya hipertensi intrakranial idiopalik 2. Monitor peningkatan TD Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan posisi kepala dan leher netral Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan Tujuan dan prosedur pemantauan 2. informasikan hasil pemantauan
Anseitas b/d Ancaman konsep diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan Tingkat Anseitas pasien membaik, dengan Kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku gelisah menurun 2. Khawatiran kondisi yang di hadapi menurun. (L.09093) 	Redukasi anseitas (I.09314) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah . 2. Monitor tanda – tanda ansietas berubah. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Pahami situasi yang membuat anseitas 3. Dengarkan dengan penuh perhatian <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang dialami. 2. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 3. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 4. Latih teknik relaksasi.
Resiko Jatuh b/d Gangguan keseimbangan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam didapatkan resiko jatuh pasien menurun. Dengan KH : - Resiko jatuh menurun	<p>Pemantauan Resiko Jatuh</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi defisit kognitif atau fisik pasien yang dapat meningkatkan potensi terjatuh di lingkungan tertentu. - Identifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh - Identifikasi riwayat jatuh - Monitor keterampilan, keseimbangan dan tingkat kelelahan dan ambulasi - Monitor kemampuan untuk pindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasi hasil pemantuan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantuan

--	--	--

Tabel 3. 13**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN KE-1**

Nama Pasien : Ny.C

Wisma : Cattlyea

Usia : 74 Tahun

Tanggal Pengkajian : 14 februari 2023

Dx medis : Hipertensi dd Ansietas

Hari Ke : 1

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d Tekanan intrakranial	14 Februari 2023 06:00 s/d 13:00 Wib	<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi penyebab peningkatan misalnya hipertensi intrakranial idiopalik Memonitor peningkatan TD Mempertahankan posisi kepala dan leher Menjelaskan Tujuan dan prosedur pemantauan Mengiinformasikan hasil pemantauan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan seriang merasa pusing , nyeri tekan kepala. Terkadang sulit tidur. Pasein mengatakan posisi tidurnya kurang nyaman Pasien mengatakan sering di beri obat TD. Dan rutin diminum. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien tampak lemas Kesadaran : Compomentis (E4M6V5) TD : 177/120 MmHg,S :36 C,N : 70x/Menit, Rr : 22 x/Menit,BB : 50kg Membantu pasien memberi posisi kepala tidur yang nyaman.

				<p>3. Pasien kooperatif saat Dilukannya pemeriksaan</p> <p>4. Berikan terapi obat Almodipne 1x10mg/ hari</p> <p>A : Masalah hipertensi belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan hari ke 2 (memonitor TTV)</p>
2	Anseitas b/d ancaman terhadap konsep diri	14 Februari 2023 06:00-13:00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah . - Memonitor tanda – tanda ansietas berubah. - Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Memahami stuasi yang membuat anseitas - Mendengarkan dengan penuh perhatian 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan cemas akan kondisi penyakitnya 2. Klien mengatakan sering khawatir dengan kondisi lingkungannya 3. Klien mengatakan ruangan kamarnya pencahayaannya tidak ada <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak cemas dan khawatir 2. Adanya gangguan kondisi lingkungan tempat tinggalnya 3. Tidak ada penerangan cahaya di ruang kamarnya 4. TD : 177/120 MmHg,S :36 C,N : 70x/Menit, Rr : 22 x/Menit,BB : 50kg <p>A :masalah anseitas belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan hari ke 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda ansietas

				<ul style="list-style-type: none"> - Melatih terapi teknik rileksasi nafas dalam - Melakukan penerangan cahaya ruangan
3	Resiko Jatuh b/d Gangguan keseimbangan	14 Februari 2023 06:00-13:00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi defisit kognitif atau fisik pasien yang dapat meningkatkan potensi terjatuh di lingkungan tertentu. - Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh - Mengidentifikasi riwayat jatuh - Memonitor keterampilan, keseimbangan dan tingkat kelelahan dan ambulasi - Memonitor kemampuan untuk pindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih menggunakan alat bantu berjalan (tongkat) - Pasien mengatakan pernah mengalami stroke ringan. <p>Do</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak menggunakan alat bantu berjalan - Klien tampak pernah mengalami stroke ringan - Pada saat diminta berdiri dan mengangkat satu kaki klien hanya melakukan sebentar dan kembali duduk. - Hasil TUG Test 11-19 detik - TD : 177/120 MmHg, S :36 C,N : 70x/Menit, Rr : 22 x/Menit, BB: 50 Kg <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan .</p> <ul style="list-style-type: none"> - memonitor resiko jatuh

				- Memonitor kemampuan untuk pindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya
--	--	--	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN

PASIEN KE-1

Nama Pasien : Ny.C

Wisma : Cattlyea

Usia : 74 Tahun

Tanggal Pengkajian : 15 februari 2023

Dx medis : Hipertensi dd Ansietas

Hari Ke : 2

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d Tekanan intrakranial	15 Februari 2023 06:00 s/d 13:00 Wib	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab peningkatan misalnya hipertensi intrakranial idiopalik - Memonitor peningkatan TD - Mempertahankan ertahankan posisi kepala dan leher - Menjelaskan Tujuan dan prosedur pemantauan - Menginformasikan hasil pemantauan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih sedikit merasa pusing , dan masih sedikit nyeri tekan bagian kepala. Terkadang sulit tidur. • Pasiin mengatakan posisi tidurnya sudah sedikit mulai nyaman • Pasien mengatakan masih rutin konsumsi obat TD. Dan rutin diminum. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien masih tampak lemas, dan masih merasakan sedikit nyeri tekan bagian kepala <p>Kesadaran : Compomentis (E4M6V5)</p>

				<p>TD : 150/100 MmHg, S : 36,5 C, N : 65x/Menit, Rr : 23 x/Menit, BB 50kg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mempertahankan posisi nyaman pasien • Pasien kooperatif saat Dilukukannya pemeriksaan • Berikan terapi obat Almodipne 1x10mg/hari <p>A : Masalah hipertensi sebagian teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan hari ke 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • mempertahankan monitor TTV
2	Anseitas b/d ancaman terhadap konsep diri	14 Februari 2023 06:00-13:00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah . - Memonitor tanda – tanda ansietas berubah. - Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Memahami situasi yang membuat anseitas - Mendengarkan dengan penuh perhatian - melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan - melatih teknik relaksasi. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan setelah dilakukanterapi rileksasi napas dalam sudah mulai mengontrol rasa cemas akan kondisi penyakitnya • Klien mengatakan masih sering khawatir dengan kondisi lingkungannya • Klien mengatakan masih sedikit merasa adanya gangguan kondisi lingkungan tempat tinggalnya • Klien mengatakan ruangan kamarnya sudah ada pencahayaannya

				<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak sudah mulai memperatekan terapi rileksasi napas dalam yang sudah diajarkan • Klien tampak mulai bisa mengontrol rasa cemas dan khawatirnya • Klien tampak masih sedikit merasa adanya gangguan kondisi lingkungan tempat tinggalnya • Sudah ada penerangan cahaya di ruang kamarnya • Hasil TTV : TD : 150/100 MmHg,S :36,5 C, N : 65x/Menit, Rr : 23 x/Menit,BB : 50kg <p>A :masalah anseitas teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan hari ke 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan monitor tanda-tanda ansietas
3	Resiko Jatuh b/d Gangguan keseimbangan	14 Februari 2023 06:00-13:00 WIB	- Mengidentifikasi defisit kognitif atau fisik pasien yang dapat meningkatkan potensi terjatuh di lingkungan tertentu.	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah mulai bisa berpindah dari kasur ke kursi namun masih menggunakan alat bantu berjalan (tongkat)

			<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh - Mengidentifikasi riwayat jatuh - Memonitor keterampilan, keseimbangan dan tingkat kelelahan dan ambulasi - Memonitor kemampuan untuk pindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pernah mengalami stroke ringan. - Klien mengatakan merasa lelah jika beraktivitas terlalu banyak - Pasien mengatakan sudah mulai mampu memindahkan barang terpenting didekatnya <p>Do</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mulai bisa berpindah dari kasur ke kursi namun masih menggunakan alat bantu berjalan - Klien tampak pernah mengalami stroke ringan - Pada saat diminta berdiri dan mengangkat satu kaki klien hanya melakukan sebentar dan kembali duduk. - Klien tampak merasa lelah saat beraktivitas - Hasil TUG Test 11-19 detik - Hasil TTV : TD : 150/100 MmHg, S : 36,5 C, N : 65x/Menit, Rr : 23 x/Menit, BB : 50 kg <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi di lanjutkan . hari ke 3</p>
--	--	--	--	--

				- memonitor resiko jatuh
--	--	--	--	--------------------------

CATATAN PERKEMBANGAN

PASIEN KE-1

Nama Pasien : Ny.C

Wisma : Cattlyea

Usia : 74 Tahun

Tanggal Pengkajian : 16 februari 2023

Dx medis : Hipertensi dd Ansietas

Hari Ke : 3

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d Tekanan intrakranial	16 Februari 2023 13:00 s/d 19:00 Wib	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab peningkatan misalnya hipertensi intrakranial idiopatik - Memonitor peningkatan TD - Mempertahankan ertahankan posisi kepala dan leher - Menjelaskan Tujuan dan prosedur pemantauan - Mengiinformasikan hasil pemantauan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sudah berkurang rasa pusing , dan nyeri tekan bagian kepala sudah berkurang • Pasein mengatakan posisi tidurnya sudah mulai nyaman • Pasien mengatakan masih rutin konsumsi obat TD. Dan rutin diminum. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak berkurang rasa lemas, dan nyeri tekan bagian kepalanya sudah berkurang <p>Kesadaran : Compomentis (E4M6V5)</p>

				<p>TD : 135/100 MmHg,S :36,5 C, N : 60x/Menit, Rr : 22 x/Menit,BB : 50kg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mempertahankan posisi nyaman pasien • Pasien kooperatif saat Dilukukannya pemeriksaan • Berikan terapi obat Almodipne 1x10mg/hari <p>A : Masalah hipertensi teratasi P : Intervensi dihentikan</p>
2	Anseitas b/d ancaman terhadap konsep diri	16 Februari 2023 13:00 - 06:00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah . - Memonitor tanda – tanda ansietas berubah. - Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Memahami stuasi yang membuat anseitas - Mendengarkan dengan penuh perhatian - melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan - melatih teknik relaksasi. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan setelah dilakukan terapi rileksasi napas dalam sudah mulai mengontrol rasa cemas akan kondisi penyakitnya • Klien mengatakan sudah berkurang rasa khawatir dengan kondisi lingkungannya • Klien mengatakan sudah tidak ada yang mengganggu kondisi lingkungan tempat tinggalnya • Klien mengatakan ruangan kamarnya sudah ada pencahayaannya

				<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak sudah mulai memperatekan terapi rileksasi napas dalam yang sudah diajarkan • Klien tampak mulai bisa mengontrol rasa cemas dan khawatirnya • Klien tampak sudah mulai tidak ada yang meganggu kondisi lingkungan tempat tinggalnya • Sudah ada penerangan cahaya di ruang kamarnya TD : 135/100 MmHg,S :36,5 C, N : 60x/Menit, Rr : 22 x/Menit , BB : 50 kg <p>A :masalah anseitas teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
3	Resiko Jatuh b/d Gangguan keseimbangan	16 Februari 2023 13:00 - 06:00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi defisit kognitif atau fisik pasien yang dapat meningkatkan potensi terjatuh di lingkungan tertentu. - Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh - Mengidentifikasi riwayat jatuh - Memonitor keterampilan,keseimbangan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah mulai bisa berpindah dari kasur ke kursi namun masih menggunakan alat bantu berjalan (tongkat) - Klien mengatakan merasa lelah jika beraktivitas terlalu banyak - Pasien mengatakan sudah mulai mampu memindahkan

			<p>dan tingkat kelelahan dan ambulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kemampuan untuk pindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya 	<p>barang terpenting didekatnya</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>Do</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mulai bisa berpindah dari kasur ke kursi namun masih menggunakan alat bantu berjalan - Pada saat diminta berdiri dan mengangkat satu kaki klien hanya melakukan sebentar dan kembali duduk. - Klien tampak merasa lelah saat beraktivitas - Hasil TUG Test ≤ 12 detik - Hasil TTV : TD : 135/100 MmHg,S :36,5 C, N : 60x/Menit, Rr : 22 x/Menit,BB : 50 kg <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi di hentikan</p>
--	--	--	--	--

FORMAT PENGKAJIAN
ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK

PASIEN KE 2

A. Pengkajian

1. Identitas

- a. Nama : Ny.M
- b. Tempat/tanggal : Jakarta , 13.08.1961
- c. Usia : 62 Tahun
- d. Jenis Kelamin : Perempuan
- e. Status Perkawinan : Menikah
- f. Agama : Islam
- g. Suku : Betawi
- h. Tanggal masuk : 12 Juni 2022
- i. Tanggal pengkajian : 15 Februari 2023
- j. Pekerjaan saat ini : Pasien WBS
- k. Pekerjaan sebelumnya : Ibu Rumah Tangga
- l. Sumber pendapatan : Panti
- m. Kecukupan pendapatan : Tidak mencukupi

2. Riwayat masuk

Pasien mengatakan bahwa dirinya di antar oleh anaknya ke pstw budi mulia 1 cipayung di karenakan anak – anaknya sudah tidak mau mengurus orang tuanya, selama 3 bulan pasien masih di kunjungi oleh anaknya namun selama 6 bulan saat ini anak-anaknya tidak ada yang berkunjung menemuinya lagi. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi

3. Lingkungan tempat tinggal

Pasien mengatakan bahwa keadaan ruangan pasien sangat bersih namun kurang untuk kerapihan kamar, penerangan hanya di kamar mandi dikarenakan penerangan kamar

pasien konsleting ,adanya ventilasi, jendela kamar sering di buka keadaan kamar mandi pasien bersih,tidak licin dan tidak bau,adanya saluran air untuk pembuangan air kotor, pasien memiliki Tumbler Minum dan terdapat dispenser air di ruangan, adanya tempat sampah di ruangan,terdekat saluran air yang menimbulkan pencemaran udara dan memiliki kamar sendiri.

4.Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama dalam 1 tahun terakhir :

Ny. M mengatakan masuk PSTW Budi Mulia 01 Cipayung pada tanggal 12 Juni 2022 pasien datang di antar oleh anak-anaknya. Ny.C mengatakan sering sakit kepala dan pusing klien juga memiliki riwayat penyakit darah tinggi karena faktor usia klien dan pada saat ketika klien di cek tekanan darah TD : 150/100mmHg. Klien sering mengeluh Pusing. Ny.M mengatakan masih sakit di area siku dan area lutut dan terdapat penglihatan tidak jelas, pasien pernah mengalami jatuh dari ranjang/ tempat tidur, pasien tidak mampu berjalan dengan jarak tempuh yang jauh pasien hanya mampu berjalan terdekat dengan lingkungan tempat tidurnya, dan pada saat dilakukan pengkajian klien sering meringis karena sakitan di area siku dan lututnya dengan skala nyeri 5 dan Pasien sering melakukan pijat pada area yang sakit dan rutin minum obat.

b. Keluhan kesehatan saat ini: Klien sering mengeluh Pusing dan sering mengalami nyeri di bagian tekuknya.Ny.M mengatakan masih sakit di area siku dan area lutut dan terdapat penglihatan tidak jelas, pasien pernah mengalami jatuh dari ranjang/ tempat tidur dan klien sering meringis karena rasa sakit/nyeri di area siku dan lututnya.

c. Faktor pencetus : pusing berasa di tusuk – tusuk,nyeri siku dan lutut dan serta memiliki riwayat jatuh

d. Timbulnya keluhan : Bertahap

e. Upaya mengatasi : Pasien mengatakan tidak pernah melakukan perawatan untuk mengatasi penyakitnya hanya rutin minum obat dan pemijatan secara mandiri

f. Pergi ke RS/Klinik pengobatan/dokter praktik/bidan/perawat : Tidak pernah di rawat di Rs.

- g. Mengonsumsi obat-obatan sendiri/obat tradisional (pilih salah satu) : konsumsi obat sesuai resep anjuran dokter (Amlodipine 10mgx1 hari) pasien minum dengan teratur
- h. Riwayat kesehatan masa lalu
 - a. Penyakit yang pernah diderita : Tidak pernah
 - b. Riwayat alergi (obat,makanan,binatang,debu,dll) : Pasien mengatakan tidak memiliki alergi
 - c. Riwayat kecelakaan : Pernah mengalami jatuh dari atas ranjang tempat tidur.
 - d. Riwayat pernah dirawat di RS : tidak pernah
 - e. Riwayat pemakaian obat : Tidak pernah

5. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum : Composmentris E4V6M5

a. TTV

TD :150/100 MmHg,S:36,7C,N : 68x/Menit,Rr: 20x/Menit

b. Kepala (rambut , mata , telinga, mulut dan tenggorokan)

Kepala bentuk simetris, bersih tidak ,terdapat benjolan, tidak terdapat luka. Rambut bersih dan dominan berwarna putih, rambut panjang

c. Mata : Bentuk simetris (+/+), ukuran pupil 2/2 isokor, bentuk bulat normal, reflek cahaya (+/-), konjungtiva anemis, fungsi penglihatan baik, tidak terdapat tanda-tanda peradangan, tidak pernah menjalani operasi pada bagian mata, tidak menggunakan lensa kotak.

d. Telinga : Bentuk simetris (+/+), tidak ada serumen, dan tidak ada nyeri tekan

e. Mulut dan tenggorokan: kebersihan mulut baik, mukosa bibir lembab, tidak terdapat peradangan, tidak ada gangguan menelan (-)

f. Payudara : Letak payudara klien simetris kiri dan kanan, tidak terdapat benjolan dan tidak ada keluhan.

g. Sistem pernafasan : Pergerakan dada klien simetris, tidak terdapat dispea, ronki (-) , dan wheezing negatif. Bunyi jantung dalam batas normal, sianosis pada bibir negatif, CRT

<3 detik, meningkatnya retensi pembuluh darah perifer yang menyebabkan tekanan darah meningkat. Tidak ada pembengkakan vena jugularis.

- h. Sistem kardiovaskuler : Hipertensi (TD :150/100 MmHg,S:36,7C,N : 68x/Menit,Rr: 20x/Menit), capillary refill > 3 detik, bunyi I bunyi tunggal, irama regular, terdengar keras (lub) dan bunyi jantung II : saat didengar/ auskultasi terdengar bunyi tunggal, irama regular, terdengar keras (dub),tidak ada bunyi jantung tambahan.
 - i. Sistem gastrointestinal : tidak ada masalah dengan sistem gastrointestinal
 - j. Sistem perkemihan : Nyeri tekan pada kandung kemih negatif, BAB 2x/hari, BAK 6-8 kali
 - k. Sistem genitoreproduksi : Tidak dilakukan pemeriksaan
 - l. Sistem muskuloskeletal : Tidak terdapat kelainan pada sistem muskuloskeletal
 - m. Sistem saraf pusat :Tidak ada kelainan pada sistem saraf pusat
 - n. Sistem endokrin : Produksi hormon menurun, klien sudah mengalami monopouse, klien mudah stres dan klien mudah pikun, pertumbuhan rambut klien yang lambat, menurunnya sensasi perabaan dan postur tubuh yang sudah tidak elastis.
6. Pengkajian psikososial dan spiritual
- Psikososial : Ny.M masih sering bertegur sapa dengan teman teman di panti. Sikap Ny.M sangatlah ramah. Ny.M sering merenung sendiri, tidak suka bersiolisasi dengan teman-teman di panti dan suka mengikuti berbagai kegiatan di panti
 - Identifikasi Masalah Emosional

PERTANYAAN TAHAP 1

- a. Apakah klien mengalami sukar tidur? YA
- b. Apakah klien sering merasa gelisah? YA
- c. Apakah klien sering murung atau menangis sendiri? YA
- d. Apakah klien sering merasa was-was atau khawatir? YA

Lanjutkan ke pertanyaan Tahap 2 jika lebih dari atau sama dengan 1 jawaban “YA”



PERTANYAAN TAHAP 2

- a. Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan ? YA
- b. Ada masalah atau banyak pikiran ? YA
- c. Ada gangguan/masalah dengan keluarga lain ? TIDAK
- d. Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter ? TIDAK
- e. Apakah cenderung mengurung diri ? YA



Bila lebih dari 1 atau sama dengan 1 jawabannya “YA”

MAKA EMOSIONAL POSITIF (+)

•Spiritual: Pasien mengatakan rutin melaksanakan sholat 5 waktu dan mengikuti kegiatan pengajian

7. Pengkajian fungsional klien

Tabel 3. 14

KATZ Indeks pasien ke 2

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	<p>Mandi</p> <p>Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstermitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya</p> <p>Tergantung : Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri</p>		√

2	<p>Berpakaian</p> <p>Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian</p> <p>Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau sebagian</p>		√
3	<p>Ke kamar kecil</p> <p>Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri</p> <p>Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>		√
4	<p>Berpindah</p> <p>Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p>Bergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan</p>		√
5	<p>Kontinen</p> <p>Mandiri BAB dan BAK seluruhnya terkontrol sendiri</p> <p>Bergantung Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, pembalut/pempers</p>		√
6	<p>Makan</p> <p>Mandiri Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri</p> <p>Bergantung :</p>	√	

	Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan melalui parenteral (NGT)		
--	--	--	--

Keterangan :

Beri tanda (√) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil :

- a. **Mandiri dalam makan, kontinensia (BAK dan BAB), menggunakan pakaian,**
- b. pergi ke toilet, berpindah, dan mandi.
- c. Mandiri semuanya kecuali salah satu saja dari fungsi di atas
- d. Mandiri, kecuali mandi dan satu lagi fungsi yang lain
- e. Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi yang lain
- f. Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan satu fungsi yang lain
- g. Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah, dan satu fungsi yang lain.
- h. Ketergantungan untuk semua fungsi di atas
- i. Lain-lain (minimal ada 2 ketergantungan yang tidak sesuai dengan kategori diatas)

Interprestasi : Ny.M mampu melakukan kegiatan mandiri hanya kegiatan makan saja, untuk kegiatan aktivitas yang lainnya pasien masih ketergantungan dengan orang lan.

8. Modifikasi dari Barthel Indeks Termasuk yang manakah klien ke 2

Tabel 3. 15

Modifikasi dari Barthel Indeks Termasuk yang manakah klien ke 2

Ny. M (62 Tahun) Wisma campaka				
No	KRITERIA	DENGAN BANTUAN	MANDIRI	KETERANGAN
1	Makan	5	10 √	Frekuensi : 3x/hari Jumlah : 1/6 porsi makan Jenis : nasi,lauk,sayur dan buah
2	Minum	5	10 √	Frekuensi : 5 gelas/hari Jumlah : 1 liter/hari Jenis : air putih
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5-10 (10) √	15	Ny. M memakai kursi roda Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5 √	Frekuensi : 5x/hari untuk sholat
5	Keluar masuk toilet (membuka pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10 √	Ny.M sering keluar masuk toilet untuk menyeka tubuh
6	Mandi	5	15 √	Frekuensi : 2x/hari untuk mandi

7	Jalan di permukaan datar	0 √	5	Ny.M tidak mampu berjalan namun dengan bantuan orang lain dengan kursi roda
8	Naik turun tangga	5 √	10	Ny. C naik turun tangga menggunakan alat bantu (kursi roda)
9	Mengenakan pakaian	5 √	10	Ny.M mengenakan pakaian dengan di bantu
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10 √	Frekuensi : lembek Konsistensi : kuning kecoklatan
11	Kontrol bladder (BAK)	5	10 √	Frekuensi : jernih Warna : kuning
12	Olahraga/latihan	5 √	10	Frekuensi : 2x/minggu Jenis : senam
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5 √	10	Tidak ada kerajinan apapun

Keterangan :

d. 130 : Mandiri

e. 60-125 : Ketergantungan sebagian

f. 55 : Ketergantungan total

Interpretasi hasil : Didapatkan skor 110 dengan kategori Ny.M Ketergantungan sebagian

9. Pengkajian Status Mental Gerontik

identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ)

Tabel 3. 16

Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ) pasien ke 2

Ny. M (62 tahun) Wisma Campaka			
Benar	Salah	No	PERTANYAAN
√		01	Tanggal berapa hari ini?
√		02	Hari apa sekarang?
√		03	Apa nama tempat ini?
	√	04	Dimana alamat anda?
√		05	Berapa umur anda?
√		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
√		07	Siapa Presiden Indonesia sekarang?
	√	08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya?
√		09	Siapa nama Ibu Anda?

	√	10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.

Interpretasi hasil

- a. Salah 0-2 : Fungsi intelektual utuh
- b. Salah 3-4 : Kerusakan intelektual ringan**
- c. Salah 5-7 : Kerusakan sedang
- d. Salah ≥ 8 : Kerusakan intelektual berat

Interpretasi hasil : Didapatkan skor 3 yang salah dengan kategori Ny.M fungsi intelektual ringan.

10. Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

- Orientasi
- Registrasi
- Perhatian
- Kalkulasi
- Mengingat kembali
- Bahasa

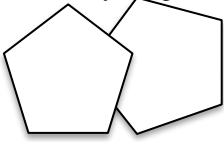
Tabel 3. 17

MMSE (Mini Mental Status Exam) pasien ke 2

No.	Aspek kognitif	Nilai maks	Nilai klien	Kriteria
	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : <ul style="list-style-type: none"> ▣ Tahun(√) ▣ Musim(√)

				<ul style="list-style-type: none"> ■ Tanggal(√) ■ Hari(√) ■ Bulan(√)
	Orientasi	5	4	<p>Dimana kita sekarang berada?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Negara Indonesia(√) ■ Propinsi Jawa Timur ■ Kabupaten cipayung (√) ■ Kecamatan Cipayung (√) ■ Jalan bina marga (√)
	Registrasi	3	3	<p>Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Meja (√) ■ Jam tangan (√) ■ Buku (√)
	Perhatian dan kalkulasi	5	5	<p>Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal “BAPAK”</p> <ul style="list-style-type: none"> • K • A • P • A • B

	Mengingat	3	3	<p>Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 poin untuk masing-masing obyek.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Meja (√) ■ Jam Tangan (√) ■ Buku (√)
	Bahasa	9	2	<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ (lemari) (√)
			1	<p>■ (kursi) (√)</p> <p>Minta klien untuk mengulang kata berikut: “Tak ada jika, dan, atau, tetapi.” Bila benar, nilai satu poin.</p> <p>■ benar 2 buah:“ ” (√)</p>
			3	<p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah: Ambil kertas di tangan anda, lipat dua, dan taruh di lantai.”</p> <p>■ as di tangan anda (√)</p> <p>(√)</p> <p>antai (√)</p>
			1	<p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ “Tutup mata anda” (√)
			0	<p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin</p>

				gambar. <input type="checkbox"/> Tulis satu kalimat (X) <input type="checkbox"/> Menyalin gambar (X) 
TOTAL NILAI	30	28	Aspek kognitif dan fungsi mental baik	

Interpretasi hasil :

- e. 26-30 : Aspek kognitif dan fungsi mental baik
- f. 21-25 : Aspek kognitif dari fungsi mental ringan**
- g. 11-20 : Kerusakan aspek fungsi mental sedang
- h. 0-10 : Terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

Hasil : (28) Ny.M Aspek kognitif dari fungsi mental baik

11. Pengkajian keseimbangan pasien ke 2

Tabel 3. 18

Pengkajian keseimbangan pasien ke 2

Pengkajian Keseimbangan	Hasil
Pengkajian keseimbangan dinilai dari dari dua komponen utama dalam bergerak, dari kedua komponen tersebut dibagi dalam beberapa gerakan yang perlu di observasi oleh perawat. Kedua komponen tersebut adalah : <ul style="list-style-type: none"> e. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, dan 1 bila menunjukkan kondisi berikut ini. 	

<ul style="list-style-type: none"> • Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka. 	1
<p>f. Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata terbuka Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah kursi. 	1
<ul style="list-style-type: none"> • Bangun dari tempat duduk (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup. 	1
<p>g. Tidak bangun dari tempat duduk dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk ke tengah kursi Keterangan : Kursi harus yang keras tanpa lengan 	1
<ul style="list-style-type: none"> • Menahan dorongan pada sternum (Pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata terbuka Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya. 	0
<ul style="list-style-type: none"> • Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya. 	1
<ul style="list-style-type: none"> • Perputaran leher (klien sambil berdiri) 	0
<p>h. Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki; keluhan vertigo, pusing, atau keadaan tidak stabil</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Gerakan menggapai sesuatu Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan • Membungkuk Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bias berdiri lagi, dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun 	<p>1</p> <p>0</p>
<p>Komponen gaya berjalan atau pergerakan Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, atau beri nilai 1 jika klien menunjukkan salah satu dari kondisi di bawah ini :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minta klien untuk berjalan ke tempat yang ditentukan Ragu-ragu, tersandung, memegang objek untuk pegangan • Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki saat melangkah) Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (> 5 cm) • Kontinuitas langkah kaki (lebih baik di observasi dari samping klien) Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai • Kesimetrisan langkah (lebih baik di observasi dari samping klien) Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit • Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik di observasi dari samping kiri klien) Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi • Berbalik Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan. 	<p>1</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>0</p>

Interpretasi hasil : Jumlahkan semua nilai yang diperoleh klien, kemudian di interpretasikan sebagai berikut :

d. 0 – 5 resiko jatuh rendah

e. 6 – 10 resiko jatuh sedang

f. 11 – 15 resiko jatuh tinggi

Hasil : Ny.M mendapatkan skore 10 dengan kategori resiko jatuh sedang.

12. The timed up and go (tug) Test pasien ke 2

Tabel 3. 19

The timed up and go (tug) Test pasien ke 2

No	Langkah
1.	Posisi klien duduk di kursi
2.	Minta klien berdiri dari kursi, berjalan 10 langkah (3 meter), kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik

Interpretasi :

e. ≤ 10 detik : Resiko jatuh rendah

f. 11-19 detik : Resiko jatuh sedang

g. 20-29 detik : Resiko jatuh tinggi

h. ≥ 30 detik : Gangguan mobilitas dan resiko jatuh tinggi

13. Penilaian potensi dekubitus (Skor NORTON) pasien ke 2

Tabel 3. 20

Penilaian potensi dekubitus (Skor NORTON) pasien ke 2

Kondisi fisik umum		3
Baik	4	
Lumyan	3	
Buruk	2	
Sangat buruk	1	
Kesadaran	:	4
Komposmentis	4	

Apatis	3	
Sopor	2	
Koma	1	
Aktivitas :		3
Ambulan	4	
Ambulan bantuan	3	
Hanya bisa duduk	2	
Tiduran	1	
Inkontinen		4
Tidak	4	
Kadang-kadang	3	
Sering inkontinensia urin	2	
Inkontinensia alvi dan urin	1	

Interpretasi :

- a. 15-20 : Kecil sekali/ tak terjadi
- b. **12-15 : Kemungkinan kecil terjadi**
- c. < 12 : Kemungkinan Besar terjadi

Hasil : skor 14 Kemungkinan kecil terjadi

14. Apgar keluarga pasien ke 2

Tabel 3. 21 Apgar keluarga pasien ke 2

No	Item penilaian	Selalu (2)	Kadang-kadang (1)	Tidak pernah (0)
1	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga karena mereka akan membantu saya pada waktu saya membutuhkan Pertolongan	2		

2	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga membicarakan sesuatu dengan saya dan Mengungkapkan masalah saya			0
3	G : Growth Saya puas dengan keluarga menerima dan mendukung Keinginan saya dalam Melakukan aktifitas		1	
4	A : Afek Saya puas dengan cara Keluarga merespon saat saya emosi, seperti marah, sedih, Atau pun jatuh cinta	2		
5	R : Resolve Saya puas dengan cara Keluarga menyediakan Waktu bersama-sama untuk Menyelesaikan masalah		1	
Jumlah		6		

Interpretasi :

Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

Interpretasi Hasil = 6 (Disfungsi keluarga sedang)

15. Geriatric Depression Scale (GDS) pasien ke 2

Tabel 3. 22

Geriatric Depression Scale (GDS) pasien ke 2

No	Pertanyaan	Ny . C	
		Ya	Tidak
1	Apakah anda puas dengan kehidupan anda		(√)
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda	(√)	
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong		(√)
4	Apakah anda sering merasa bosan	(√)	
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat	(√)	
6	Apakah anda mersa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda		(√)
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda	(√)	
8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya	(√)	
9	Apakah anda sering dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru	(√)	
10	Apakah anda mersa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang		(√)
11	Apakah anda pikir kehidupan anda saat ini menyenangkan	(√)	
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini		(√)
13	Apakah anda merasa penuh semangat	(√)	

14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan		(√)
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaanya dari pada anda	(√)	

Interpretasi :

a. Skor 0-5 = normal

b. Skor ≥ 6 = depresi

Hasil : skor 8 depresi

Tabel 3. 23

ANALISA DATA PASIEN KE 2

Nama Pasien : Ny. M

Wisma : Cempaka

Usia : 62 Tahun

Tanggal Pengkajian : 15 februari 2023

Dx medis : Hipertensi d.d Arthritis Reumatoid

No	Analisa data	Diagnosa keperawatan
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sering pusing - Klien mengatakan sering mengalami nyeri di bagian tekuknya. - Klien mengatakan tensi tekanan darahnya selalu tinggi <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak pusing - Klien menunjukkan persepsi yang keliru terdapat penyakit yang dialaminya - Klien sering memegangi kepalanya di bagian belakang 	Perfusi serebral tidak efektif (D. 0017)

	<p>TTV:</p> <p>TD :150/100 MmHg</p> <p>S:36,7C</p> <p>N : 68x/Menit</p> <p>Rr: 20x/Menit</p>	
2	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri di area siku dan lututnya. - Klien mengatakan diberi obat asperidon untuk mengurangi nyeri, dan pasien mengatakan sering melakukan pijat kaki menggunakan minyak Aromatheraphy - Klien mengatakan rasa nyeri yang dirasakan terkadang mengganggu aktivitasnya. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah klien tampak meringis saat menahan nyeri. - Klien tampak kelelahan - Klien menunjukkan persepsi yang keliru terdapat penyakit yang dialaminya - Klien sering memegangi kepalanya di bagian belakang <p>TTV:</p> <p>TD :150/100 MmHg</p> <p>S:36,7C</p> <p>N : 68x/Menit</p> <p>Rr: 20x/Menit</p>	Nyeri akut (D.0077)

	<p>P :Klien mengatakan nyeri dirasakan saat terlalu banyak melakukan aktivitas</p> <p>Q : Nyeri terasa seperti mencengkram</p> <p>R : Klien mengatakan nyeri di tengkuk</p> <p>S : Skala nyeri 5</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p>	
3	<p>Ds</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih sakit di area siku,area lutut dan kaki lemas jika berjalan - Kesulitan berjalan dan apabila berjalan jarak yang cukup jauh harus menggunakan alat bantu kursi roda - Aktivitas dilakukan secara mandiri namun dengan sangat perlahan. <p>Do</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terdapat kelemahan pada ekstremitas bawah. - Hambatan Mobilitas Fisik Kelemahan fisik pada ekstremitas bawah - Sulit untuk diregangkan pada kaki kiri dan kaki kanan mengalami kelemahan. - Kaki kiri dan kanan - pergerakan terbatas. - Kekuatan otot 	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

	<table border="1"><tr><td>5555</td><td>5555</td></tr><tr><td>4444</td><td>3333</td></tr></table>	5555	5555	4444	3333	
5555	5555					
4444	3333					
	<p>Ttv:</p> <p>TD :150/100 MmHg</p> <p>S:36,7C</p> <p>N : 68x/Menit</p> <p>Rr: 20x/Menit</p>					

4	<p>Ds</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kakinya terkadang gemetar saat berjalan - Pasien mengatakan pernah mengalami jatuh dari tempat tidur <p>Do</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak gemetar saat melakukan aktivitas (berjalan) - Hasil postural hypotensi lebih dari 20 mmHg pada tekanan diastolik. - Hasil reach test <6 inchi - Pada saat diminta berdiri dan mengangkat satu kaki klien hanya melakukan sebentar dan kembali duduk. - Hasil TUG Test 11-19 detik 	Resiko jatuh (D.0143)
---	--	-----------------------

Tabel 3. 24

Prioritas Diagnosis Keperawatan Pasien Ke-2

No	Keluhan	Kode
1	Perfusi Serebral tidak efektif b/d tekanan intrakarnial	D.0017
2	Nyeri akut b/d Agen pencedera fisiologis	D.0077
3	Gangguan Mobilitas Fisik b/d kekuatan otot menurun	D.0054
4	Resiko Jatuh b/d Gangguan keseimbangan	D.0143

Tabel 3. 25

NURSING CARE PLAN (NCP) PASIEN KE-2

Nama Pasien : Ny.M

Nama Mahasiswa : Eva Julianti

Wisma : Campaka

Npm : 221560311029

Usia : 62 Tahun

Tanggal Pengkajian : 15 februari 202

Dx medis : Hipertensi d.d Arthritis Reumatoid

Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
Perfusi Serebral tidak efektif b/d Tekanan intrakranial (D. 0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan perfusi serebral dengan batas stabil, dengan Kriteria Hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sakit kepala menurun 2. Tekanan darah diastolik membaik 3. Tekanan Darah sistolik membaik 4. Refles saraf sedang (L.02014) 	Pemantauan Tekanan Intrakranial (14529) Observasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan misalnya hipertensi intrakranial idiopatik 2. Monitor peningkatan TD Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan posisi kepala dan leher netral Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan Tujuan dan prosedur pemantauan 2. informasikan hasil pemantauan

<p>Nyeri akut b/d Agen pencedera fisiologis (D.0077)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam didapatkan tingkat nyeri pasien membaik,Dengan KH : L.08066</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluhan nyeri menurun - sakit kepala menurun - gelisah menurun 	<p>Manajemen nyeri (I.14518)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor memperberat dan memperingan nyeri - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis rasa nyeri - kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri - pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dan pemilihan strategi eredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab,pride dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik dengan tepat <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik,jika perlu
<p>Gangguan mobilitas fisik b/d kekuatan otot mrnurun (D.0054)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam didapatkan kekuatan otot pasien meningkat,Dengan KH : L.05042</p> <ul style="list-style-type: none"> - kekuatan otot meningkat 	<p>Edukasi penggunaan alat bantu (I.12410)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi aktivitas yang sulit dilakukan dengan keterbatasan yang di miliki - Identifikasi kemampuan pergerakan (mis, keterbatasan gerak,kekakuan otot, dan kesadaran) <p>Edukasi</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - rentang gerak meningkat - Kekakuan sendi menurun 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan mengidentifikasi lingkungan rumah dan menyingkirkan penyebab jatuh pada klien. - Jelaskan manfaat penggunaan alat bantu - Jelaskan pilihan alat bantu yang memungkinkan - Ajarkan cara penggunaan alat bantu - Anjurkan mendekatkan barang-barang yang penting di samping klien <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - - kolaborasi pemberian aromaterapy,jika perlu
<p>Resiko Jatuh b/d Gangguan keseimbangan (D.0143)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam didapatkan resiko jatuh pasien menurun. Dengan KH : L.05038</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resiko jatuh menurun 	<p>Pemantauan Resiko Jatuh (1.14529)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi defisit kognitif atau fisik pasien yang dapat meningkatkan potensi terjatuh di lingkungan tertentu. - Identifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh - Identifikasi riwayat jatuh - Monitor keterampilan,keseimbangan dan tingkat kelelahan dan ambulasi - Monitor kemampuan untuk pindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasi hasil pemantuan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

Tabel 3. 26

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN KE-2

Nama Pasien : Ny.M

Nama Mahasiswa : Eva Julianti

Wisma : Campaka

Npm : 221560311029

Usia : 62 Tahun

Tanggal Pengkajian : 15 februari 2023

Dx medis : Hipertensi d.d Arthritis Reumatoid

Hari Ke 1

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d Tekanan intrakranial	14 Februari 2023 06:00 s/d 13:00 Wib	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab peningkatan misalnya hipertensi intrakranial idiopatik - Memonitor peningkatan TD - Mempertahankan ertahankan posisi kepala dan leher - Menjelaskan Tujuan dan prosedur pemantauan - Mengiinformasikan hasil pemantauan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sering pusing - Klien mengatakan sering mengalami nyeri di bagian tekuknya. - Klien mengatakan tensi tekanan darahnya selalu tinggi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak pusing - Klien sering mengalami nyeri di area tekuknya - Berikan terapi obat Almodipne 1x10mg/hari <p>Di dapatkan TTV</p> <p>TD :150/100 MmHg S:36,7C N : 68x/Menit</p>

				<p>Rr: 20x/Menit</p> <p>Kesadaran</p> <p>Compomentis</p> <p>E4V6M5</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi pemantauan tekanan darah</p>
2	Nyeri akut b/d Agen pencedera fisiologis	15 Februari 2023 06:00-13:00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji tanda – tanda vital - Melakukan pengkajian nyeri secara berkala - Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan - Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mnegetahui pengalaman nyeri pasien - Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan - Menganjurkan pasien istirahat yang cukup 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri di area siku dan lututnya. - Klien mengatakan diberi obat asperidon untuk mengurangi nyeri, dan pasien mengatakan sering melakukan pijat kaki menggunakan minyak Aromatheraphy - Klien mengatakan rasa nyeri yang dirasakan terkadang mengganggu aktivitasnya. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah klien tampak meringis saat menahan nyeri. - Klien tampak kelelahan - Ttv <p>TD :150/100 MmHg S:36,7C</p>

				<p>N : 68x/Menit Rr: 20x/Menit Kesadaran Compomentis E4V6M5</p> <p>P : Klien mengatakan nyeri dirasakan saat terlalu banyak melakukan aktivitas</p> <p>Q : Nyeri terasa seperti mencengkram</p> <p>R : Klien mengatakan nyeri di tengkuk</p> <p>S : Skala nyeri 5</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>A : Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor TTV - Memonitor skala nyeri
2	Gangguan Mobilitas Fisik b/d kekuatan otot menurun	15 Februari 2023 06:00-13:00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi aktivitas yang sulit dilakukan dengan keterbatasan yang di miliki - Mengidentifikasi kemampuan pergerakan (mis, keterbatasan gerak,kekakuan otot, dan kesadaran) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih sakit di area siku,area lutut dan kaki lemas jika berjalan. - Kesulitan berjalan dan apabila berjalan jarak yang cukup jauh mengalami kelemahan - Aktivitas dilakukan secara mandiri namun

				<p>dengan sangat perlahan.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak masih sakit di area siku dan kaki lemas - Klien tampak kesulitan berjalan - pergerakan terbatas. - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5555</td> <td style="padding: 0 10px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">4444</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 0 10px;">3333</td> </tr> </table> <p>TtV:</p> <p style="padding-left: 40px;">TD :150/100 MmHg</p> <p style="padding-left: 40px;">S:36,7C</p> <p style="padding-left: 40px;">N : 68x/Menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rr: 20x/Menit <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p> <p>Intervensi di lanjutkan .</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengedukasi penggunaan alat bantu 	5555	5555	4444	3333
5555	5555							
4444	3333							
3	Resiko Jatuh b/d Gangguan keseimbangan	15 Februari 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi defisit kognitif atau fisik pasien yang dapat meningkatkan potensi terjatuh di lingkungan tertentu. 	<ul style="list-style-type: none"> - S: - Klien mengatakan kakinya terkadang gemetar saat berjalan 				

		06:00-13:00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh - Mengidentifikasi riwayat jatuh - Memonitor keterampilan, keseimbangan dan tingkat kelelahan dan ambulasi - Memonitor kemampuan untuk pindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya 	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan pernah mengalami jatuh dari tempat tidur <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - lingkungan klien tampak berbahaya yang mengakibatkan pasien terjatuh - mengecek keseimbangan, tingkat kelelahan pasien dan ambulasi pasien - Hasil reach test <6 inchi - Hasil TUG Test 11-19 detik - Hasil pengkajian resiko jatuh menurut Morse ≥ 50 (Resiko jatuh tinggi) <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan .</p> <ul style="list-style-type: none"> - memonitor resiko jatuh
--	--	--------------------	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN

PASIEN KE-2

Nama Pasien : Ny.M

Nama Mahasiswa : Eva Julianti

Wisma : Campaka

Npm : 221560311029

Usia : 62 Tahun

Tanggal Pengkajian : 16 februari 2023

Dx medis : Hipertensi d.d Arthritis Reumatoid

Hari Ke 2

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Perfusi serebral tidak efektif b.d Tekanan intrakranial	16Februari 2023 06:00 s/d 13:00 Wib	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab peningkatan misalnya hipertensi intrakranial idiopalik - Memonitor peningkatan TD - Mempertahankan ertahankan posisi kepala dan leher - Menjelaskan Tujuan dan prosedur pemantauan - Mengiinformasikan hasil pemantauan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan pusing sedikit mulai berkurang - Klien mengatakan masih sedikit mengalami nyeri di bagian tenguknya. - Klien mengatakan tensi tekanan darahnya masih sering tinggi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak masih sedikit pusing - Klien tampakmasih nyeri di bagian tengkuknya <p>Di dapatkan TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ttv <p style="text-align: right;">TD :135/90 MmHg S:36,7C</p>

				N : 70x/Menit Rr: 22x/Menit
2	Nyeri akut b/d Agen pencedera fisiologis	16 Februari 2023 06:00-13:00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji tanda – tanda vital - Melakukan pengkajian nyeri secara berkala - Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan - Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mnegetahui pengalaman nyeri pasien - Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan - Menganjurkan pasien istirahat yang cukup 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih mengalami nyeri jika terlalu banyak aktivitas - klien mengatakan jika berdiri pasien sering menahan nyeri - Klien mengatakan nyeri di area siku dan lututnya. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah klien tampak meringis saat menahan nyeri. - Klien tampak kelelahan - Klien sering memegang area siku dan lututnya - Mengajarkan klien rentang gerak sendi di lokasi area post fraktur - Ttv <p>TD :135/90 MmHg</p>

				<p>S:36,7C N : 70x/Menit Rr: 22x/Menit</p> <p>P : nyeri berkurang jika tidak terlalu banyak aktivitas dan istirahat.</p> <p>Q : Nyeri terasa seperti mencengkram</p> <p>R : Klien mengatakan nyeri di tengkuk</p> <p>S : Skala nyeri 4</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>A : Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor ttv - Memonitor skala nyeri
3	Gangguan Mobilitas Fisik b/d kekuatan otot menurun	16 Februari 2023 06:00-13:00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan mengidentifikasi lingkungan rumah dan menyingkirkan penyebab jatuh pada klien. - Mengelaskan manfaat penggunaan alat bantu - Mengelaskan pilihan alat bantu yang memungkinkan - Mengajarkan cara penggunaan alat bantu 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih sakit di area siku,area lutut dan kaki lemas jika berjalan - Klien mengatakan masih menggunakan terapi aromaterapy untuk

			<ul style="list-style-type: none"> - Mengajukan mendekati barang-barang yang penting di samping klien 	<p>dipijat di area yang sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak mengetahui cara penggunaan alat bantu - Klien mengatakan tidak mengetahui bahaya di lingkungan sekitarnya. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekstremitas bawah klien tampak lemah - Klien tampak bingung cara menggunakan alat bantu - Memberitahukan klien untuk mendekati barang – barang di dekatnya - Kekuatan ototnya <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">5555</td> <td style="padding: 5px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5555</td> <td style="padding: 5px;">3333</td> </tr> </table> </div> <p>Ttv</p> <p>TD :135/90 MmHg S:36,7C N : 70x/Menit</p>	5555	5555	5555	3333
5555	5555							
5555	3333							

				<p>Rr: 22x/Menit</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengedukasi penggunaan alat bantu
3	Resiko Jatuh b/d Gangguan keseimbangan	16 Februari 2023 06:00-13:00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi defisit kognitif atau fisik pasien yang dapat meningkatkan potensi terjatuh di lingkungan tertentu. - Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh - Mengidentifikasi riwayat jatuh - Memonitor keterampilan, keseimbangan dan tingkat kelelahan dan ambulasi - Memonitor kemampuan untuk pindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kakinya masih gemetar saat berjalan - Klien mengatakan masih bingung akan penyakitnya. - Klien mengatakan sudah mulai sedikit mencegah resiko jatuh <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekstrimitas bawah klien masih tampak gemetar. - Klien tampak bingung akan penyakitnya. - Klien tampak mulai memahami pencegahan resiko jatuh. - Hasil reach test <5 inchi - Hasil TUG Test 11-19 detik (Resiko jatuh sedang)

				<p>A : Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan .</p>
--	--	--	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN

PASIEN KE-2

Nama Pasien : Ny.M

Nama Mahasiswa : Eva Julianti

Wisma : Campaka

Npm : 221560311029

Usia : 62 Tahun

Tanggal Pengkajian : 15 february 202

Dx medis : Hipertensi d.d Arthritis Reumatoid Hari : Ke-3

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi
	Perfusi serebral tidak efektif b.d Tekanan intrakranial	17 february 2023 13:00 – 19:00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital - Memonitor Sakit kepala - Meningkatkan Frekuensi pemantauan neurologis - Menghindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial - Menjelelaskan Tujuan Prosedur pemantauan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kepalanya sakit dan pasien membiasakan dengan memijat kepalanya - Pasien mengatakan dirinya hanya

			Meginformasi hasil pemantauan	<p>bisa berduduk dan berbaring tanpa melakukan aktifitas berat selama di panti</p> <p>-</p> <p>O :</p> <p>- Klien tampak masih lemas</p> <p>Di dapatkan TTV :</p> <p>- Ttv</p> <p>TD :130/70 MmHg</p> <p>S:36 C</p> <p>N : 60x/menit</p> <p>Rr : 22x/menit</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>
2	Nyeri akut b/d peningkatan tekanan vaskuler serebral	17februari 2023 13:00-19:00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji tanda – tanda vital - Melakukan pengkajian nyeri secara berkala - Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan - Menggunakan teknik komunikasi terapeutik 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri yang di rasakan sudah sedikit menghilang - Klien mengatakan masih konsumsi

			<p>untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan <p>Menganjurkan pasien istirahat yang cukup</p>	<p>obat yang diberi obat asperidon untuk mengurangi nyeri, dan pasien mengatakan sering melakukan pijat kaki menggunakan minyak Aromatheraphy</p> <ul style="list-style-type: none"> - nyeri sudah sedikit menghilang. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sudah mampu mengatasi nyerinya - Nyeri klien tampak berkurang - Berikan obat Almdopine 5mg <p>Ttv</p> <p>TD :130/70 MmHg S:36 C N : 60x/Menit Rr: 22x/Menit</p>
--	--	--	--	---

				<p>P :nyeri sudah sedikit menghilang.</p> <p>Q : Nyeri terasa seperti mencengkram</p> <p>R : Klien mengatakan nyeri di tengkuk</p> <p>S : Skala nyeri 2</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>A : Masalah nyeri teratasi</p> <p>P : Intervensi di hentikan</p>
3	Gangguan Mobilitas Fisik b/d kekuatan otot menurun	17 Februari 2023 13:00-19:00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Menjarkan mengidentifikasi lingkungan rumah dan menyingkirkan penyebab jatuh pada klien. - Mengelaskan manfaat penggunaan alat bantu - Mengelaskan pilihan alat bantu yang memungkinkan - Menjarkan cara penggunaan alat bantu - Menganjurkan mendekatkan barang-barang yang penting di samping klien 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kakinya masih lemas jika berjalan - Klien mengatakan sudah mengetahui cara penggunaan alat bantu (kursi roda) - Klien mengatakan sudah sedikit mengetahui

				<p>bahaya di lingkungan sekitarnya.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekstrimitas bawah klien tampak masih lemah - Klien tampak sudah mengetahui cara menggunakan alat bantu (Kursi roda) - Klien tampak sudah mengetahui bahaya dilingkungan sekitar - Kekuatan ototnya <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5555</td> <td style="padding: 0 5px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5555</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 0 5px;">4444</td> </tr> </table> <p>Ttv</p> <p>TD :130/70 MmHg S:36 C N : 60x/Menit Rr: 22x/Menit</p>	5555	5555	5555	4444
5555	5555							
5555	4444							

				A : Masalah teratasi P : Intervensi di hentikan
4	Resiko Jatuh b/d Gangguan keseimbangan	17 Februari 2023 13:00-19:00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi defisit kognitif atau fisik pasien yang dapat meningkatkan potensi terjatuh di lingkungan tertentu. - Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh - Mengidentifikasi riwayat jatuh - Memonitor keterampilan, keseimbangan dan tingkat kelelahan dan ambulasi - Memonitor kemampuan untuk pindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya - 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kakinya masih sedikit gemetar saat berjalan - Klien mengatakan sudah memahami akan penyakitnya. - Klien mengatakan sudah mulai bisa mencegah resiko jatuh <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekstrimitas bawah klien masih tampak gemetar. - Klien tampak memahami akan penyakitnya. - Klien tampak mulai memahami pencegahan resiko jatuh. - Hasil reach test <4 inchi - Hasil TUG Test ≤10 detik (resiko jatuh rendah) <p>A :</p>

				Masalah resiko jatuh teratasi P : Intervensi di hentikan
--	--	--	--	---

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab IV ini akan membahas mengenai kasus asuhan keperawatan gerontik pada pasien Ny.C dengan hipertensi disertai ansietas dan Ny.M dengan hipertensi disertai arthritis reumatoid di pstw budi mulia 1 cipayung jakarta timur tahun 2023 yang dilaksanakan mulai tanggal 06-24 Februari 2023. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini di mulai dari pengkajian, menentukan diagnosa, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

A. Pengkajian

Proses pengkajian adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data klien agar dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan dan keperawatan baik fisik,mental, sosial, dan lingkungan.Untuk teknik pengumpulan data dengan cara melakukan wawancara, pemeriksaan fisik, observasi klien. Terdapat beberapa kendala karena kurang lengkapnya catatan keperawatan, hasil pemeriksaan penunjang yang tidak memadai karena belum tersedianya laboratorium.

1. Menurut teori

Pada anamnesis perlu dinyatakan dengan lengkap bagaimana kriteria pada penyakit Hipertensi,khususnya pada system kardiovaskuler. Melakukan pengkajian pada kardiovaskuler lebih jauh dengan mengidentifikasi manifestasi klinis hipertensi: tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/ tenang, Dalam waktu singkat tekanan darah meningkat dengan cepat sehingga kadang-kadang terjadi tekanan darah tinggi. Lansia merasa

nyeri atau sakit di daerah tengkuk, pusing, kelelahan, resiko jatuh dan dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit, seperti stroke, gangguan ginjal, dan penyakit jantung.

2. Menurut kasus

Dari hasil pengkajian dan pemeriksaan fisik diperoleh data wawancara dan observasi pada klien tidak ditemukan kesenjangan manifestasi klinik teori dan kasus. Dalam pengkajian yang didapatkan gejala yang dirasakan oleh pasien Ny.C yaitu Pasien mengatakan masih merasakan sakit kepala, pusing, nyeri di bagian tengkuk, merasa cemas akan penyakitnya, merasa khawatir dengan lingkungannya dan sering merasa ada yang mengganggu dirinya saat Ny.C melakukan kegiatan istirahat. Didapatkan tanda – tanda vital dengan didapatkan tekanan darah 177/120 MmHg, S :36 C, N : 70x/Menit, Rr : 22 x/Menit, TB :150cm, BB : 50kg yaitu dengan tekanan darah tinggi atau tidak normal. Tekanan darah yang tinggi dapat disebabkan oleh makanan terlalu banyak mengonsumsi makanan yang mengandung garam berlebihan (keripik singkong asin), dan memakan makanan daging merah (daging sapi dan daging-daging).

Sedangkan pada Ny.M didapatkan hasil pengkajian mengalami Pusing dan sering mengalami nyeri di bagian tekuknya. Ny.M mengatakan masih sakit di area siku dan area lutut dan terdapat penglihatan tidak jelas, pasien pernah mengalami jatuh dari ranjang/ tempat tidur dan klien sering meringis karena rasa sakit/nyeri di area siku dan lututnya. Dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan tekanan TD :150/100 MmHg, S:36,7C, N : 68x/Menit, Rr: 20x/Menit. Tekanan darah yang tinggi dapat disebabkan oleh pola makan yang tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik dan mengonsumsi minuman manis (Teh hangat) dan minuman kafein.

Pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua klien mengalami Hipertensi dengan tekanan darah diatas batas normal, bedanya

adalah Ny.C mengalami kecemasan akan kondisi dan lingkungannya, sedangkan Ny.M mengalami Arthritis Reumatoid. Data yang ditemukan pada klien kedua kasus sudah sesuai dengan tinjauan teori yang ada, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus di lapangan.

3. Analisa peneliti

Perbandingan diantara data yang ada diteoritis dengan data yang ditemukan dikasus memiliki kesamaan dan menyatakan bahwa penyebab hipertensi karena faktor konsumsi makanan dan tidak teratur dalam meminum obat hipertensi (Totok Hernawan, 2017).

Pada pengkajian barthel index yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas dengan sistem penilaian yang didasarkan pada kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri didapatkan hasil Ny.C dan Ny.M bahwa Ny.C Mandiri, biasa melakukan naik turun tangga sendiri, dan saat melakukan aktivitas lainnya seperti makan,minum, berpindah dari kursi ke tempat tidur dan sebaliknya, personal toilet (cuci muka,menyisir rambut,gosok gigi), keluar masuk toilet (membuk pakaian,menyeka tubuh), mandi, jalan kepermukaan datar, mengenakan pakaian,kontrol bowel (BAB),kontrol (BAK),dan Sedangkan Ny.M melakukan secara ketergantungan sebagian. Pengkajian keseimbangan Interpretasi hasil Ny.C adalah 5 dengan waktu <10 detik (Resiko Jatuh Rendah) dan The Timed Up And Go (TUG) Tes Interpretasi Ny.S adalah ≤ 10 (Resiko Jatuh Rendah), dan Pengkajian Keseimbangan Interpretasi hasil Ny.M adalah 10 dengan waktu 11-19 detik (Resiko jatuh sedang). Dengan didapatkan Ny.C dan Ny.M masih bisa berjalan ketempat yang ditentukan dan didapatkan hasil pada saat melangkah tidak mengalami ketidaksimetrisin pada saat berjalan, masih bisa berjalan di garis lurus serta saat berbalik tampak tidak berhenti dan melakukan berjalan seperti sebelumnya dan

sedangkan Ny.M masih berhenti dan tidak mampu berjalan jarak jauh di karenakan kaki sering terasa sakit dan perlu menggunakan alat bantu berjalan.

Perbedaan dari 2 klien ini bisa di lihat dari tingkat keparahan pada gejala-gejala yang di lihat dari 2 pasien ini salah satunya yaitu dari tingkat tekanan darah yang tinggi dan pola makan yang tidak teratur, pada klien pertama mengalami sakit kepala dan pusing, adanya rasa kecemasan akan kondisi dan lingkungan sekitarnya, dengan TD (177/120 mmHg) dan pada klien ke dua nyeri kepala sampai tengkuk belakang dan menjalar ke leher dan ke pinggang akibat tekanan darah yang meningkat, Klien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti kram/kaku dan di sertai riwayat penyakit Arthritis Reumatoid yang menyebabkan kaki kiri sering mengalami sakit dengan TD (150/100 mmHg).

B. Diagnosa Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian dan data yang terkumpul dikelompokkan sesuai dengan masalahnya, maka penulis merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan data-data tersebut :

1. Menurut Teori
 - a. Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan afterload, vasokonstriksi, iskemik miokardia, hipertropi ventricular
 - b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi, kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
 - c. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular serebral
 - d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan gejala penyakit (Hipertensi)
 - e. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan tekanan intrakarnial
 - f. Hiperpovolemik berhubungan dengan
 - g. Defisit pengetahuan berhubungan dengan
 - h. Resiko jatuh berhubungan dengan

2. Menurut Kasus

Penulis menemukan 3 diagnosa yang muncul pada Ny.C dan 3 diagnosa pada Ny.M dengan penentuan diagnosa berdasarkan prioritas yang dilihat dari kondisi klien sendiri, diantaranya Ny.M :

Diagnosa keperawatan pasien ke 1 ditetapkan berdasarkan analisa dan interperetasi data yang diperoleh dari pengkajian tentang masalah kesehatan klien.

- a. Perfusi serebral tidak efektif b.d Tekanan intrakranial (**D.0017**) Hal ini terjadi karena adanya meningkatnya tekanan darah yang disebabkan oleh faktor pola hidup yang tidak efektif seperti (konsumsi garam,pola makan danistirahat)
- b. Anseitas b/d Sulit tidur (**D.0080**) hal ini terjadi karena karena adanya keluhan sulit tidur pada malam hari yang disebabkan kurang kontrol tidur karna tidak menetapkan jadwal tidur rutin.
- c. Resiko Jatuh b/d Gangguan keseimbangan (**D.0143**) hal ini terjadi karena adanya faktor penggunaan alat bantu berjalan (tongkat).

Diagnosa keperawatan pasien ke 2 ditetapkan berdasarkan analisa dan interperetasi data yang diperoleh dari pengkajian tentang masalah kesehatan klien.

- a. Perfusi serebral tidak efektif b.d Tekanan intrakranial (**D.0017**) Hal ini terjadi karena adanya meningkatnya tekanan darah yang disebabkan oleh faktor pola hidup yang tidak efektif seperti (konsumsi garam,pola makan danistirahat)
- b. Nyeri akut b/d peningkatan tekanan vaskuler serebral (**D.0077**) hal ini terjadi karena adanya pusing kepala seperti tertimpa beban berat di bagian leher, sering merasakan kelelahan saat beraktivitas,sering mengalami nyeri di bagian tekuknya dan adanya riwayat penyakit athriti yang menyebabkan pasien mengalami nyeri.

- c. Gangguan Mobilitas Fisik b/d kekuatan otot menurun (**D.0054**) hal ini terjadi karena adanya sakit di area siku, area lutut dan kaki lemas jika berjalan, kesulitan berjalan dan apabila berjalan jarak yang cukup jauh dan aktivitas dilakukan secara mandiri namun dengan sangat perlahan, dan adanya riwayat sakit Arthritis Reumatoid.
 - d. Resiko Jatuh b/d Gangguan keseimbangan (**D.0143**) hal ini terjadi karena adanya kaki terkadang gemetar saat berjalan dan pernah mengalami jatuh dari tempat tidur.
3. Analisa Peneliti

Perbandingan antara diagnosa teori dengan diagnosa yang ditemukan dikasus memiliki kesamaan dua diagnosa yaitu Perfusi serebral tidak efektif dan Resiko Jatuh perbedaan 2 diagnosa dari pasien Ny.C dan Ny.M. Keluhan pada setiap tubuh manusia memiliki respon yang berbeda mengalami proses alur penyakit yang berbeda akan tetapi secara patofisiologis sama. Perbedaan dari 2 klien ini yaitu pada klien Ny.C memiliki tekanan darah 177/120mmHg dan sering mengkonsumsi makanan yang tinggi garam serta sering makan konsumsi daging merah (daging sapi dan daging kambing). Sedangkan Ny.M memiliki tekanan darah 150/100 mmHg lebih tinggi dari Ny.C, akan tetapi Ny.M tidak pernah mengkonsumsi makanan yang tinggi garam tetapi tekanan darahnya sewaktu-waktu selalu tinggi tekanan darahnya. Dan Ny.C menggunakan alat bantu berjalan (tongkat) sedangkan Ny.M memiliki riwayat Atrhitis Rhematoid dan pernah mengalami jatuh, dari hal ini pasien memiliki rentan resiko jatuh.

C. Intervensi Keperawatan

1. Menurut teori

Pada tahap perencanaan asuhan keperawatan gerontik Ny.C dan Ny.M dengan hipertensi telah dibuat sesuai dengan kondisi pasien dengan menentukan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil sampai intervensi pada

kasus sesuai dengan kondisi pasien. Intervensi keperawatan adalah rencana Tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik. Melakukan intervensi yang dilakukan sesuai dengan bentuk kegiatan penyuluhan kesehatan tentang penyakit hipertensi, kemudian melakukan perawatan tentang penyakit hipertensi, yaitu dengan melakukan memodifikasi perilaku, pengajaran persepan: makanan yang harus di kurangi dan dikonsumsi. Diagnosa yang kedua gangguan rasa nyaman: nyeri. Penulis merencanakan untuk Teknik non farmakologi yaitu memberikan teknik rileksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Dan diagnosa yang ketiga ansaetas penulis merencanakan menetapkan adanya penerangan di setiap ruangan pasien dan melakukan pencegahan resiko jatuh. Pada saat melaksanakan terapi teknik relaksasi nafas dalam penulis melakukan intervensi dengan 15 kali yang dilakukan pada pagi hari. Penelitian yang dilakukan oleh (Nurmaulina & Hadiyanto, 2021).

2. Menurut kasus

Perencanaan disusun berdasarkan data kondisi pasien yang telah didapatkan untuk diterapkan secara aktual pada klien dengan hipertensi dalam masalah leperawatan. Tindakan keperawatan di lakukan selama 3x8 jam dengan masalah tekanan darah meningkat adapun intervensi yang direncanakan untuk masalah monitor tanda-tanda vital, tekanan darah tinggi,dan nyeri dengan ini menggunakan strategi untuk mengatasi hipertensinya, serta penulis memprioritas kan terapi nonfarmakologis yaitu dengan terapi rileksasi nafas dalam hal tersebut karena menjadi suatu masalah dalam system kardiovaskuler pada pasien hipertensi.

3. Analisa Peneliti

- a. Pada diagnosa keperawatan yang pertama pada Ny.C yaitu Perfusi serebral tidak efektif b.d Tekanan intrakranial tujuan yang ingin dicapai dalam intervensi ini adalah setelah dilakukan 3x8 jam diharapkan tekanan darah menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut, keluhan pusing menurun, darah membaik, Kemampuan mengenali Penyebab nyeri meningkat, kemampuan mengenali onset nyeri meningkat (PPNI DPP Pokja SLKI, 2018).
- b. Kemudian untuk diagnosa kedua pada Ny.C yaitu Anseitas b/d Sulit tidur tujuan yang ingin dicapai di intervensi yaitu merencanakan penerangan di setiap ruangan terdekat oleh pasien dan mengajarkan pasien untuk tetap dalam keadaan nyaman.
- c. Kemudian diagnosa yang ketiga yaitu resiko jatuh tujuan yang ingin dicapai pada intervensi yaitu merencanakan pencegahan yang akan menyebabkan resiko jatuh pada pasien.
- d. Pada diagnosa keperawatan yang pertama pada Ny.M yaitu Perfusi serebral tidak efektif b.d Tekanan intrakranial tujuan yang ingin dicapai dalam intervensi ini adalah setelah dilakukan 3x8 jam diharapkan tekanan darah menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut, keluhan pusing menurun, darah membaik, Kemampuan mengenali Penyebab nyeri meningkat, kemampuan mengenali onset nyeri meningkat (PPNI DPP Pokja SLKI, 2018).
- e. Pada diagnosa pertama Ny.M yaitu Nyeri Akut Tujuan yang ingin dicapai dalam intervensi ini adalah setelah dilakukan 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, Kemampuan mengenali Penyebab nyeri meningkat, kemampuan mengenali onset nyeri meningkat (PPNI DPP Pokja SLKI, 2018).

- f. Kemudian diagnosa yang kedua yaitu Gangguan Mobilitas Fisik tujuan yang ingin dicapai pada intervensi ini yaitu merencanakan latihan untuk ambulasi, teknik perpindahan tempat yang aman dan penggunaan alat bantu seperti tongkat maupun kursi roda.
- g. Kemudian diagnosa yang ketiga yaitu resiko jatuh tujuan yang ingin dicapai pada intervensi yaitu merencanakan pencegahan yang akan menyebabkan resiko jatuh pada pasien.

D. Implementasi

1. Menurut Teori

Pada tahap ini implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah disusun sebelumnya, dengan maksud agar semua kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal (Hamdan Hariawan, 2020).

Teknik rileksasi nafas dalam bertujuan untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasis paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stres baik stres fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan.

2. Menurut Kasus

Implementasi pertama yang dilakukan pada pasien Ny.C adalah penerapan terapi rileksasi nafas dalam untuk menurunkan kecemasan, dan adanya penerangan setiap ruangan tedekat pasien pada pasien Ny.M yaitu penerapan terapi rileksasi nafas dalam untuk menurunkan intensitas nyeri dan penggunaan alat bantu untuk mencegah terjadinya resiko jatuh.

3. Analisa Peneliti

Tindakan keperawatan yang ada di teori dengan yang dilakukan di kasus sama pelaksanaannya, dengan berkolaborasi tenaga kesehatan yang ada di Panti sosial tresna werda selama proses pengobatan dan perawatan

E. Evaluasi

1. Menurut Teori

Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan tindakan keperawatan.

2. Menurut Kasus

Penulis menilai setiap masalah yang telah dibuat, apakah masalah tersebut teratasi sesuai tujuan yang telah dibuat atau tidak serta mencapai kriteria hasil yang diinginkan atau tidak. Masalah dalam kasus ini tercapai semua hal tersebut karena klien dapat mengikuti prosedur yang telah di berikan dengan baik, pada pasien ke 1 yaitu TD : 177/120 MmHg RR: 22x/menit, N: 70x/menit,S: 36C menjadi TD : 135/110 MmHg RR: 20x/menit, N: 60x/menit, S: 36 C. hal tersebut menunjukkan keefektifan dalam pemberian teknik relaksasi nafas dalam dan tekanan darah tinggi teratasi. Dan sedangkan pada pasien ke 2 yaitu TD : 150/100 MmHg RR: 20x/menit, N: 60x/menit,S: 36C menjadi pasien TD : 130/70 MmHg RR: 22x/menit, N: 65x/menit, S: 36,7C. hal tersebut menunjukkan keefektifan dalam pemberian teknik relaksasi nafas dalam dan tekanan darah tinggi teratasi. Dan konsumsi obat Almodipine 1x1/hari.

3. Analisa Peneliti

Pada Analisa peneliti dalam penerapan implementasi menentukan pencapaian sesuai dengan kriteria hasil dan tidak ada intervensi yang tidak sesuai dengan kriteria hasil. Hasil interpretasi dari dua pasien juga berbeda di antaranya sesuai implementasi yang di terapkan pada pasien pertama di berikan Teknik terapi relakasasi nafas dalam dan penerangan cahaya di setiap ruangan terdekat pasien sedangkan pada pasien kedua di berikan juga Teknik terapi relakasasi nafas dalam dan pencegahan resiko jatuh yang masing masing berbeda untuk mennetukan kriteria hasilnya.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan pembahasan yang telah diuraikan pada bab sebelumnya, bahwa hasil asuhan keperawatan gerontik tentang “ Asuhan Keperawatn Gerontik Pada Ny.C dan Ny.M Dengan Hipertensi di PSTW Budi Mulya 1 Cipayung Tahun 203”. Yang dilakukan pada tanggal 14 Januari 2023 – 17 Januari 2023. Maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian yang telah dilakukan pada Ny.C dan Ny.M dengan hipertensi memiliki kesaamaan dengan tanda dan gejala yang ada di teori seperti pusing kepala, rasa berat dikepala saat ditekuk, kelelahan, dan emosi yang tidak stabil.
2. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah pasien ke 1 yaitu diagnosa yang pertama Perfusi serebral tidak efektif diagnosa yang kedua Anseitas dan diagnosa yang ketiga Resiko jatuh untuk pasien ke 2 yaitu diagnosa yang pertama yaitu Perfusi serebral tidak efektif ,Nyeri akut,Gangguan mobilitas fisik dan Resiko jatuh.
3. Rencanana keperawatan yang dibuat sesuai dengan teori yang ada untuk masing-masing diagnosa dan ada intervensi pencegahan resiko jatuh dan menggunakan teknik rileksasi nafas dalam untuk mengurangi kecemasan yang di rasakan oleh pasien.
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan merupakan tindakan yang telah disusun sebelumnya dengan memberikan dukungan untuk melakukan diet rendah garam, melakukan pencegahan resiko jatuh menetapkan jadwal serta menganjurkan Ny.C dan Ny.M untuk rutin memeriksakan kesehatannya ke klinik panti.
5. Setelah dilakukan asuhan keperawatan gerontik selama 3 hari. Hasil evaluasi untuk Ny.C dan Ny.M semua masalah dapat tecapai sesuai dengan

tujuan pencapaian yang telah dibuat pada tahap perencanaan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tekanan darah pada hipertensi dapat menurun yaitu tekanan darah Ny.C yaitu 135/110 mmHg dan Ny.M yaitu mmHg menjadi 130/70 mmHg sehingga hipertensi dapat di katakan teratasi

B. Saran

1. Bagi Panti

Penulis berharap dalam penulisan ini dapat dijadikan dasar bagi perawat panti untuk melanjutkan perawatan pada pasien penderita Hipertensi dengan cara melakukan pengecekan tekanan darah serta pemeriksaan kesehatan secara berkala, dan menerapkan terapy yang sudah di ajarkan pada pasien.

2. Bagi Klien

Penulis berharap dalam penulisan ini dapat dijadikan dasar bagi Ny.C dan Ny.M untuk meningkatkan derajat pada klien. Hipertensi dengan pemberian latihan rileksasi nafas dalam untuk mengatasi kecemasan dan terapi aromaterapy untuk mengatasi nyeri dan dapat bermanfaat untuk kegiatan yang dapat dilakukan di panti agar tidak terjadi peningkatan hipertensi.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Adanya laporan kasus ini diharapkan dapat menambahkan masukan dan memberikan informasi tentang pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada pasien dengan hipertensi, sehingga pada mahasiswa yang akan melakukan praktek klinik keperawatan dapat mengetahui gambaran dan informasi mengenai asuhan keperawatan keluarga pada pasien dengan hipertensi.

DAFTAR FUSTAKA

- Adam, L. (2019, Agustus). DETERMINAN HIPERTENSI PADA LANJUT USIA. *Jambura Health and Sport Journal Vol. 1, No. 2, Agustus 2019, 1*, 84-89.
- Arum, Y. T. (2019). Hipertensi pada Penduduk Usia Produktif (15-64 Tahun). *Yuniar, T.G.A./Hipertensi pada Penduduk/ HIGEIA 3(3) (2019), 3*, 345-356.
- Asriah Septiawati Jabani, d. (2021). PREVALENSI DAN FAKTOR RISIKO HIPERTENSI DERAJAT 2 DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS POASIA KOTA KENDARI. *ASRIAH SEPTIAWATI JABANI / JURNAL NURSING UPDATE- VOL.12. NO. 4 (2021), 12*, 31-42.
- Astuti, N. R. (2018, november). HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DAN PERILAKU PEMELIHARAAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT DENGAN STATUS KESEHATAN PERIODONTAL PADA LANJUT USIA (KAJIAN DI PANTI WREDA ABIYOSO). *Jurnal Ilmiah dan Teknologi Kedokteran Gigi FKG UPDM(B) November 2018, 14*, 33-39.
- Chouk Norist Hasiando, d. (2019). Hubungan Kebiasaan Konsumsi Natrium, Lemak Dan Durasi Tidur Dengan Hipertensi Pada Lansia Di Puskesmas Cimanggis Kota Depok Tahun 2018. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat Vol. 11 Edisi 2, 2019, 11*, 214-218.
- Destiara Hesriantica Zaenurrohmah, R. D. (2017, mei). HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN RIWAYAT HIPERTENSI DENGAN TINDAKAN PENGENDALIAN TEKANAN DARAH PADA LANSIA. *Destiara H.Z., Riris D.R., Hubungan Pengetahuan dan Riwayat Hipertensi ..., 5*, 175-184.
- Iceu Amira DA, H. (2018, februari). HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN KEPATUHAN DIET HIPERTENSI PADA LANSIA DI KAMPUNG HONJE LUHUR KELURAHAN SUKAGALIH WILAYAH KERJA PKM PEMBANGUNAN KECAMATAN TAROGONG KIDUL KABUPATEN

- GARUT TAHUN 2017. *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada Volume 18 Nomor 1 Februari 2018*, 18, 104-110.
- Indrayani1, S. R. (2018). FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KUALITAS HIDUP LANSIA DI DESA CIPASUNG KABUPATEN KUNINGAN TAHUN 2017. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 9(1), 2018:69-78, 9, 69-78.
- Nur Afni Karim, d. (2018, mei). HUBUNGAN AKTIVITAS FISIK DENGAN DERAJAT HIPERTENSI PADA PASIEN RAWAT JALAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAGULANDANG KABUPATEN SITARO. *e-journal Keperawatan (e-Kp) Volume 6 Nomor 1, Mei 2018*, 6, 1-6.
- Octavianus Klaudius Laka, d. (2018). HUBUNGAN HIPERTENSI DENGAN TINGKAT KECEMASAN PADA LANSIA DI POSYANDU LANSIA DESA BANJAREJO KECAMATAN NGANTANG MALANG. *Nursing News Volume 3, Nomor 1, 2018*, 3, 22-32.
- PPNI, T. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (Vol. 6).
- PPNI, T. P. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*.
- Rano K. Sinuraya, d. (2018). Tingkat Kepatuhan Pengobatan Pasien Hipertensi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kota Bandung. *Jurnal Farmasi Klinik Indonesia, Juni 2018*, 7, 124–133.
- Rosyid, T. H. (2017, JUNI). PENGARUH SENAM HIPERTENSI LANSIA TERHADAP PENURUNAN TEKanan DARAH LANSIA DENGAN HIPERTENSI DI PANTI WREDA DARMA BHAKTI KELURAHAN PAJANG SURAKARTA. *JURNAL KESEHATAN, ISSN 1979-7621, Vol. 10, No. 1. Juni 2017*, 10, 26-31.
- Sumaryati, M. (2018, Desember). STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA KELUARGA NY”M” DENGAN HIPERTENSI DIKELURAHAN BAROMBONG KECAMATAN TAMALATE LURAHAN

- BAROMBONG KECAMATAN TAMALATE. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada Vol.6, Issue 2, pp. 1379-1383, Desember 2018, 6, 1379-1383.*
- Yulia Fitri, R. (2018, nopember). ASUPAN NATRIUM DAN KALIUM SEBAGAI FAKTOR PENYEBAB HIPERTENSI PADA USIA LANJUT. *Jurnal AcTion: Aceh Nutrition Journal, Nopember 2018; 3(2): 158-163, 3, 158-163.*
- Hamdan Hariawan, C. M. (2020, mei). PELAKSANAAN PEMBERDAYAAN KELUARGA DAN SENAM HIPERTENSI SEBAGAI UPAYA MANAJEMEN DIRI PENDERITA HIPERTENSI. *Jurnal Pengamas Kesehatan Sasambo, 1, 75-79.*
- Totok Hernawan, d. (2017, juni). PENGARUH SENAM HIPERTENSI LANSIA TERHADAP PENURUNAN TEKANAN DARAH LANSIA DENGAN HIPERTENSI DI PANTI WREDADARMA BHAKTI KELURAHAN PAJANG SURAKARTA. *URNAL KESEHATAN, ISSN 1979-7621, , 10, 26-31.*
- khriansyah, M. (2019, februari). Pengaruh Progressive Muscle Relaxation (PMR) terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Lansia Hipertensi di Panti Sosial Tresna Wherda Palembang Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2018. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari jambi, 19, 11-16.*
- Anggraini, Y. (2020). EFEKTIFITAS TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM TERHADAP TEKANAN DARAH PADA PASIEN HIPERTENSI DI JAKARTA. *Jurnal JKFT: Universitas Muhamadiyah Tangerang, 5.*





Lampiran – lampiran

lampiran 1 laporan hasil bimbingan kian



Lampiran 1

 SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) MEDISTRA INDONESIA PROGRAM STUDI PROFES NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (SI) PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN – PROGRAM STUDI KEBIDANAN (SI) PROGRAM STUDI FARMASI (SI)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (DA) Jl. Cut Mutia Raya No. 88A-Kel. Sepanjang Jaya – Bekasi Telp (021) 82431375-77 Fax (021) 82431374 Web: stikesmedistra-indonesia.ac.id Email: stikes_mu@stikesmedistra-indonesia.ac.id			
FORMULIR PENILAIAN PRESENTASI UJIAN SIDANG KIAN			
Nomor Dokumen	: FM 059/A 004/PROF NERS/STIKESMI-UPM/2022	Tanggal Pembuatan	: 18 November 2022
Revisi	: 0	Tgl efektif	: 28 November 2022

KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

TANGGAL BIMBINGAN	WAKTU BIMBINGAN	KEGIATAN	PARAF PEMBIMBING	KETERANGAN
Rabu ,08 Februari 2023	15.30 WIB	Pengujian Judul Tugas Karya Ilmiah Akhir Ners Melalui Via Whatsap		Revisi judul Kian Karya Ilmiah Akhir Ners
Kamis, 09 Februari 2023	10.00 WIB	Pengujian konsul revisi Judul Tugas Karya Ilmiah Akhir Ners Melalui Via Whatsap		ACC Judul
Senin,13 Februari 2023	08.08 WIB	Konsul BAB I dan BAB II Melalui Gmail		Revisi BAB I dan BAB II (Tambahkan pada bagian latar belakang mengenai data hipertensi pada lansia,tambahkan definisi lansia menurut WHO, memperbaiki intervensi sesuai SIKI dan SLKI dan merapthkan cara penulisan)
Senin,03 April 2023	12.00 WIB	Konsul revisi BAB I dan BAB II melalui Gmail		ACC BAB I dan BAB II (Lanjut BAB III)

Selasa, 11 April 2023	14.00 WIB	Konsul BAB III, IV, V (Offline)	Pf	Revisi BAB III, IV, V untuk menambahkan (pembahasan perkembangan asuhan keperawatan pada pasien)
Rabu, 12 April 2023	16.00 WIB	Konsul Revisi BAB III, IV, V (Offline)	Pf	ACC BAB III, IV, V (LANJUT PPT)
Kamis, 13 April 2023	13.00 WIB	Konsul PPT Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) (Offline)	Pf	Revisi PPT KIAN (Revisi persingkat pada bagian pembahasannya)
Jumat, 14 April 2023	09.00 WIB	Konsul Revisi PPT Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN)	Pf	ACC PPT Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) (ACC Sidang)
Senin, 17 April 2023	09.30 WIB	Sidang KIAN (offline)	dk Pf	Revisi pada bagian latar belakang tambahkan penelitian mengenai penyakit, tambahkan kesenjangan pada kasus, tambahkan sumber pada pathway, tambahkan diagnosa uskep teori, jelaskan keluhan utama pasien, jelaskan pemeriksaan kardiovaskuler dan tambahkan diagnosa resiko jatuh pada pasien ke 1

Kamis, 20 Juli 2023	16.00 WIB	Konsul Sidang Ilmiah Ners Oleh Penguji I Revisi Karya Akhir (KIAN) (Offline)		ACC Hard Cover (HC) Oleh Penguji I
Jumat, 21 Juli 2023	13.00 WIB	Konsul Sidang Ilmiah Ners Oleh Penguji II Revisi Karya Akhir (KIAN)		ACC Hard Cover (HC) Oleh Penguji II

Mengetahui,

Kepala Program Studi Keperawatan (S1 & Profesi Ners)



Kiki Denati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIDN.0316028302



STIKES
Medistra Indonesia

HIPERTENSI

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg. dan atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg.



GEJALA HIPERTENSI

Pada umumnya hipertensi tidak disertai dengan gejala atau keluhan tertentu

- Sakit kepala, Pusing
- Jantung berdebar-debar, rasa sakit di dada
- Gelisah
- Penglihatan kabur
- Mudah Lelah

Faktor Risiko HIPERTENSI

Risiko yang dapat dimodifikasi



Risiko yang tidak dapat dimodifikasi

- Umur**
Dengan bertambahnya umur Risiko Terkena Hipertensi menjadi lebih besar
- Jenis Kelamin**
 - Pria mempunyai risiko 2,3X lebih banyak mengalami peningkatan tekanan darah sistolik dibanding wanita.
 - Setelah memasuki menopause, prevalensi Hipertensi pada wanita meningkat.
 - Setelah usia 65 tahun, akibat faktor hormonal pada wanita kejadian Hipertensi lebih tinggi daripada pria.
- Ritme waris Keluarga (Genetik)**

Hipertensi
Si Pembunuh Senyap



PROGRAM STUDI
PROFESI NERS



Hipertensi
Si Pembunuh Senyap

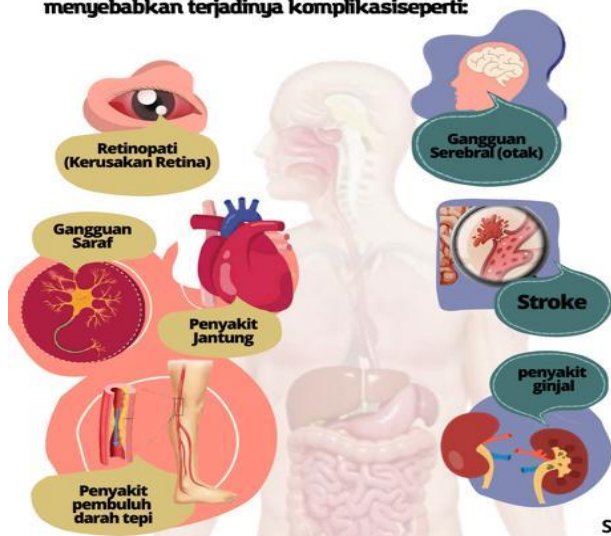


Hipertensi
Si Pembunuh Senyap



KOMPLIKASI Hipertensi

Jika tidak terkontrol, hipertensi dapat menyebabkan terjadinya komplikasi seperti:





Pencegahan dan pengendalian HIPERTENSI

- Mengurangi konsumsi garam (jangan melebihi 1 sendok teh per hari)
- Melakukan aktivitas fisik teratur (seperti jalan kaki 3 km/ olahraga 30 menit per hari minimal 5x/minggu)
- Tidak merokok dan menghindari asap rokok
- Diet dengan Gizi Seimbang
- Mempertahankan berat badan ideal
- Menghindari minum alkohol

Sumber : P2PTM Kemenkes RI

lampiran 3 Leaflet Resiko Jatuh

RESIKO JATUH

Di susun oleh :
Eva Julianti, S.Kep
Mahasiswa Profesi Ners
STIKes Medistra Indonesia

Apa itu resiko jatuh ???

Resiko Jatuh adalah suatu peristiwa di mana seseorang mengalami jatuh dengan atau tanpa disaksikan oleh orang lain tidak disengaja/ tidak direncanakan, dengan arah jatuh ke lantai, dengan atau tanpa menciderai dirinya.

(World Health Organization (WHO) mendefinisikan jatuh sebagai "an event which results in a person coming to rest inadvertently on the ground or floor or some lower level")

Apa itu penyebab resiko jatuh ??

Cahaya ruangan yang kurang



Lantai licin



Penglihatan yang kurang



Tersandung benda - benda



Alas kaki kurang pas

Naik dan turun tangga



Akibat dari jatuh

Luka yang menyebabkan sakit



Patah tulang



Kecacatan



Perdarahan pada otak



Meninggal



Bagaimana cara mencegah/
menghindari resiko jatuh

Menggunakan alat bantu



Menggunakan kaca mata saat berjalan
Maupun beraktivitas



Lantai rumah datar dan tidak licin

Penerangan di sepanjang ruangan dan kamar mandi setiap malam



lampiran 4 Dekomentasi kegiatan aktivitas



Nama : Ny.C

Wisma : Cattelya



Riwayat penyakit : Hipertensi Disertai
Ansaetas

Panti : PSTW Budi Mulia 1 Cipayung,
Jakarta Timur



Nama : Ny.M

Wisma : Cempaka



Riwayat penyakit : Hipertensi Disertai
Arthritis Reumatoid

Panti : PSTW Budi Mulia 1 Cipayung,
Jakarta Timur

lampiran 5 Data Demografi

DATA PENULIS

Nama : Eva Julianti,S.Kep

Tempat, Tanggal Lahir : Bekasi, 12 Juni 2000

Alamat : Kp. Garon Timur Rt 008/Rw 004, Desa Setialaksana,Kecamatan

Cabangbungin, Kabupaten Bekasi,Kode Pos 17720

No Handphone : 085810453865

Gmail : Juliantieva40@gmail.com

Instagram : Vva jly

Riwayat pendidikan:

2006-2012 : SDN Setialaksana 02, Kabupaten Bekasi

2012-2015 : SMPN 01 Cabangbungin, Kabupaten Bekasi

2015-2018 : SMAN 01 Cabangbungin, Kabupaten Bekasi

2018-2022 : S1 Keperawatan- STikes Medistra Indonesia, Kota Bekasi

