

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. L  
DENGAN HIPERTENSI DISERTAI FRAKTUR FEMUR DAN  
NY. S DENGAN HIPERTENSI DISERTAI ASMA DI PANTI  
SOSIAL TRESNA WERDHA BUDI MULIA 4 CIRACAS  
TAHUN 2023**



**Disusun oleh :**

**AWIYAH NURROHMAH,S.Kep**

**NPM :22.156.03.11.020**

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

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. L  
DENGAN HIPERTENSI DISERTAI FRAKTUR FEMUR DAN  
NY. S DENGAN HIPERTENSI DISERTAI ASMA DI PANTI  
SOSIAL TRESNA WERDHA BUDI MULIA 4 CIRACAS  
TAHUN 2023**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Profesi Ners  
STIKes Medistra Indonesia**



**AWIYAH NURROHMAH,S.Kep**

**NPM :22.156.03.11.020**

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

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK**  
**PADA NY. L DENGAN HIPERTENSI DISERTAI FRAKTUR FEMUR**  
**DAN NY. S DENGAN HIPERTENSI DISERTAI ASMA**  
**DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA BUDI MULIA 4**  
**CIRACAS**  
**TAHUN 2023**

Disusun oleh :

Awyah Nurrohmah, S.Kep

NPM : 22.156.03.11.020

Tugas Akhir Ini Telah Disetujui :

13 April 2023

Penguji I

Penguji II

Nurti YK Gea, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.A  
NUPN. 9901009124

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

Mengetahui :

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)

Dan Pendidikan Profesi Ners

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

## LEMBAR PENGESAHAN

**Yang bertanda tangan di bawah ini :**

Nama : Awiyah Nurrohmah, S.Kep  
NPM : 22.156.03.11.020  
Program Studi : Profesi Ners  
Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. L Dengan Hipertensi Disertai Fraktur Femur Dan Ny. S Dengan Hipertensi Disertai Asma Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Ciracas Tahun 2023.

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada tanggal 13 April 2023

Penguji I

Penguji II

Nurti YK Gea, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.A  
NUPN. 9901009124

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

Mengetahui :

Wakil Ketua I Bidang Akademik Keperawatan  
STIKes Medistra Indonesia

Kepala Program Studi Ilmu (S1) dan  
Pendidikan Profesi Ners

Puri Kresnawati, SST.,M.KM  
NIDN. 0315078302

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

Disahkan :

Ketua STIKes Medistra Indonesia

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

NIDN.302028001

## **LEMBAR PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : AWIYAH NURROHMAH

NPM : 221560311020

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. L Dengan Hipertensi Disertai Fraktur Femur Dan Ny. S Dengan Hipertensi Disertai Asma Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Ciracas 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 ketidaksesuaian dengan pernyataan ini maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya

Bekasi, 20 Maret 2023

Awyah Nurrohmah

## **KATA PENGANTAR**

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat yang telah diberikan kepada penulis, baik berupa kesehatan fisik dan mental sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan judul: “Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. L Dengan Hipertensi Disertai Fraktur Femur Dan Ny. S Dengan Hipertensi Disertai Asma Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Ciracas 2023 ” yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ners Program Studi Profesi pada STIKes Medistra Indonesia, Bekasi.

Penulis mengucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan sehingga memungkinkan Karya Ilmiah Akhir Ners ini terwujud. Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada :

1. Bapak Usman Ompusunggu, SE., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Bapak Saver Mangandar Ompusunggu, SE., selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Ibu Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes selaku ketua dari STIKes Medistra Indonesia
4. Ibu Puri Kresna Wati, SST., M.KM., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIKes Medistra Indonesia.
5. Ibu Sinda Ompusunggu, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Kepegawaian STIKes Medistra Indonesia
6. Ibu Hainun Nisa, SST., M. Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni STIKes Medistra Indonesia
7. Ibu Kiki Deniati, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku ketua program studi S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia
8. Ibu Nurti YK Gea, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.A Selaku Koordinator Profesi Ners serta dosen penguji I Karya Ilmiah Akhir Ners.
9. Lisna Agustina,S.Kep.,Ns.,M.Kep., Selaku Dosen Pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners .
10. Seluruh Dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang turut membantu memberikan banyak ilmu, masukan dan arahan selama proses pendidikan

11. Teruntuk ibu dan bapak saya beserta keluarga terimakasih atas segala doa dan motivasi yang tiada henti telah kalian berikan. Tanpa doa dan dukungan dari kalian mungkin penulis tidak akan sampai pada titik sekarang ini.
12. Serta teman-teman semua yang tidak bisa disebutkan satu-persatu. Terimakasih yang sebesar-besarnya atas motivasi dan dukungan selama pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari berbagai pihak.

Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat diterima dan bermanfaat dengan baik.

Bekasi, Maret 2023

Awiyah Nurrohmah

## DAFTAR ISI

COVER	
LEMBAR PERSETUJUAN .....	i
LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
LEMBAR PERNYATAAN .....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	3
C. Tujuan Khusus .....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
A. Hipertensi .....	5
B. Fraktur .....	15
C. Asma .....	22
BAB III ASUHAN KEPERAWATAN.....	29
BAB IV PEMBAHASAN .....	111
A. Pengkajian .....	111
B. Diagnosa Keperawatan .....	112
C. Intervensi Keperawatan.....	113
D. Implementasi Keperawatan.....	114
E. Evaluasi Keperawatan .....	114
BAB V PENUTUP.....	116
A. Kesimpulan .....	116
B. Saran .....	117
DAFTAR PUSTAKA.....	118



## **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. Batasan – batasan lanjut usia menurut WHO terdiri dari usia pertengahan 45-59 tahun, lanjut usia 60-74 tahun, lanjut usia tua 75-90 tahun, usia sangat tua diatas 90 tahun. Secara global populasi lansia di prediksi terus mengalami peningkatan, Menurut Laporan World Population Prospect Tahun 2017 menyebutkan bahwa populasi lanjut usia (lebih dari 60 tahun) diperkirakan mengalami peningkatan dari 962 juta di seluruh dunia pada tahun 2017 menjadi 2,1 miliar pada tahun 2050 dan 3,1 miliar pada tahun 2100 (United Nations, 2017).

Hipertensi masih merupakan tantangan besar di Indonesia, betapa tidak, hipertensi merupakan kondisi yang sering ditemukan pada pelayanan kesehatan primer. Hal itu merupakan masalah kesehatan dengan prevalensi yang tinggi. Prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui pengukuran pada kelompok umur  $\geq 18$  tahun sebesar 25,8%. Prevalensi hipertensi pada setiap propinsi di Indonesia pada kelompok umur  $\geq 18$  tahun tergolong cukup tinggi. Sebagai contoh prevalensi hipertensi di beberapa provinsi antara lain Aceh, Sumatera utara dan Sumatera Barat memiliki peringkat ke tiga prevelansi hipertensi terbanyak yakni 7,27% dari jumlah penduduk, (Risedak 2018)

Menurut data WHO, di seluruh dunia sekitar 972 juta orang atau 26,4% orang di seluruh dunia mengidap hipertensi, angka ini kemungkinan akan meningkat menjadi 29,2% di tahun 2025. Dari 972 juta pengidap hipertensi, 333 juta berada di negara maju dan 639 sisanya berada di negara berkembang, termasuk Indonesia (Yonata, 2016). Berdasarkan Global Status Report on Noncommunicable Disease tahun 2010 dari WHO menunjukkan bahwa sebesar 40% negara berkembang mengalami hipertensi. Afrika merupakan kawasan dengan penderita hipertensi paling tinggi dengan persentase sebanyak 46%, kemudian Asia Tenggara dengan persentase sebanyak 36% dan kawasan

Amerika dengan persentase kejadian hipertensi sebanyak 35%. WHO (2013) menyebutkan bahwa satu dari tiga orang dewasa di seluruh dunia memiliki tekanan darah tinggi dan peningkatan tersebut terjadi seiring dengan bertambahnya usia, yaitu satu dari sepuluh orang berusia 20-an dan 30-an sampai lima dari sepuluh orang berusia 50-an. Penyakit terbanyak pada usia lanjut berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 adalah hipertensi. Dengan prevalensi 45,9% pada usia 55-64 tahun, 57,6% pada usia 65 tahun, 74% dan 63,8% pada usia  $\geq 75$  tahun (Infodatim Kemenkes 2016).

Berdasarkan hasil penelitian kecemasan dapat menimbulkan tekanan darah meningkat pada penderita post fraktur femur, Kecemasan adalah gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian masih tetap utuh, perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas-batas normal (Hawari, 2016). Berbagai alasan kecemasan pada pasien pra bedah antara lain : cemas menghadapi pembiusan, takut mati saat operasi, cemas menghadapi citra tubuh yang berupa cacat yang akan mengganggu fungsi peran pasien, dan cemas masalah biaya perawatan yang membengkak. Pandangan bahwa pembedahan akan menimbulkan kerusakan pada bagian tubuh tertentu serta nyeri yang hebat menyebabkan klien pada umumnya merasa takut atau cemas.

Survey yang dilakukan *Asthma and Allergy Foundation of America* (AAFA) tahun 2017 bahwa seseorang dengan asma mengalami penurunan kondisi fisik diakibatkan gejala asma yang sering datang dan menjadi lebih buruk selama aktivitas, perubahan emosional seperti frustrasi, ketakutan gelisah, cemas, depresi, marah dan isolasi, perubahan aktivitas seperti sering terbangun di malam hari, mudah lelah di siang hari sehingga membatasi aktivitas dan ketidakhadiran dalam bekerja atau sekolah. Penelitian yang dilakukan Rejeki & Aktifah (2016) pengalaman pasien serangan asma yaitu rata-rata pasien mengeluh nafas sesak, batuk-batuk, pasien menyatakan sering berkeringat dan berdebar-debar sehingga pasien tidak bisa melakukan kegiatan, susah untuk melakukan aktivitas dan terganggu aktifitas sosial seperti pekerjaan terganggu.

Udara dingin dan kering dapat memicu atau memperburuk gejala (misalnya batuk) sehingga memengaruhi kualitas hidup pasien asma (Bauer, Yang, X., Olsson, J., and C.T.J. Arron 2019).

Sehingga dilakukan pendekatan Asuhan Keperawatan yang sistematis dan komprehensif dengan melakukan pengkajian, menetapkan diagnosa, menentukan perencanaan, melakukan tindakan keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan. Perawatan utama yang dapat dilakukan Pada pasien Hipertensi di sertai Fraktur Femur dan pada pasien gerontik dengan Hipertensi disertai asma.

Berdasarkan studi pendahuluan yang sudah dilakukan dipanti dengan petugas panti. Penderita hipertensi sebanyak 40 orang upaya penanganan tersebut dilakukan pengecekan tekanan darah setiap satu hari sekali serta pemberian obat rutin.

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik menulis tentang “Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. L dengan Hipertensi disertai Fraktur Femur dan Ny. L dengan Hipertensi disertai Asma di Wisma Melati Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Ciracas Tahun 2023”

## **B. Tujuan Penulisan**

Mengaplikasikan Asuhan Keperawatan secara ilmiah pada pasien Ny. L dengan Hipertensi disertai Fraktur Femur dan Ny. S dengan Hipertensi disertai Asma di Wisma Melati Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Ciracas Tahun 2023

## **C. Tujuan Khusus**

- a. Mampu melakukan pengkajian Ny. L dengan Hipertensi disertai Fraktur Femur dan Ny. S dengan Hipertensi disertai Asma di Wisma Melati Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Ciracas 2023
- b. Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada Mampu menentukan diagnosa keperawatan Ny. L dengan Hipertensi disertai Fraktur Femur dan

Ny. S dengan Hipertensi disertai Asma di Wisma Melati Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Ciracas 2023

- c. .Mampu merencanakan Intervensi Keperawatan pada Ny. L dengan Hipertensi disertai Fraktur Femur dan Ny. S dengan Hipertensi disertai Asma di Wisma Melati Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Ciracas 2023
- d. Mampu Melaksanakan Intervensi Keperawatan Ny. L dengan Hipertensi disertai Fraktur Femur dan Ny. S dengan Hipertensi disertai Asma di Wisma Melati Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Ciracas 2023
- e. Mampu Mengaplikasikan Implementasi pada pasien Ny. L dengan Hipertensi disertai Fraktur Femur dan Ny. S dengan Hipertensi disertai Asma di Wisma Melati Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 ciracas 2023
- f. Mampu Melakukan Evaluasi Keperawatan Ny. L dengan Hipertensi disertai Fraktur Femur dan Ny. S dengan Hipertensi disertai Asma di wisma melati panti Sosial Tresna Werdha Budi mulia 4 Ciracas 2023
- g. Mampu Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus keperawatan Ny. L dengan Hiperetensi disertai Fraktur Femur dan Ny. S dengan Hipertensi disertai Asma di Wisma Melati Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Ciracas 2023

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Hipertensi**

##### **1. Definisi Hipertensi**

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dengan tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik di atas 90 mmHg. Populasi manula, hipertensi didefinisikan sebagai tekanansistolik  $\geq$  160 mmHg dan tekanan diastolik  $\geq$  90 mmHg (Aspiani, 2016 : 211). Sedangkan menurut Kushariyadi (2008) menyatakan bahwa hipertensi adalah suatu keadaan ketika seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas). Menurut WHO, batasan tekanan darah yang masih dianggap normal adalah 140/90 mmHg, sedangkan tekanan darah  $\geq$  160/95 mmHg dinyatakan sebagai hipertensi. Batasan WHO tersebut tidak membedakan usia dan jenis kelamin (Udjianti, 2010 : 101). Kaplan memberikan batasan hipertensi dengan memperhatikan usia dan jenis kelamin ((Udjani 2010)

- a. Pria berusia  $<$  45 tahun, dikatakan hipertensi bila tekanan darah pada waktu berbaring  $\geq$  130/90 mmHg.
- b. Pria berusia  $>$ 45 tahun, dikatakan hipertensi bila tekanannya  $>$  145/95 mmHg.
- c. Wanita, hipertensi bila tekanan darah  $\geq$  160/95 mmHg.

Perjalanan penyakit hipertensi sangat perlahan dan mungkin klien tidak menunjukkan gejala selama bertahun-tahun sampai terjadi kerusakan organ yang bermakna (*silent killer*). Hipertensi merupakan penyakit akibat gangguan sirkulasi darah yang masih menjadi masalah dalam kesehatan di masyarakat. Semakin tinggi tekanan darah semakin besar resikonya (Price & Wilson, 2006). Bila klien kurang atau bahkan belum mendapatkan penatalaksanaan yang tepat dalam mengontrol tekanan darah, maka angka morbidity dan mortalitas akan semakin meningkat dan masalah kesehatan dalam masyarakat semakin sulit untuk diperbaiki ((Suwardianto 2011).

## 2. Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi hipertensi pada klien berusia  $\geq 18$  tahun oleh *The Joint National Committee VII (JNC VII) on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* adalah sebagai berikut (Puspitorini, 2009 : 9).

Tabel 2.1 *Klasifikasi Tekanan Darah Menurut JNC VII*

KATEGORI	SISTOLIK (mmHg)	DIASTOLIK (mmHg)
Normal Prahipertensi	<120	<80
Hipertensi Stadium 1	120 – 139	80 – 89
Stadium 2	$\geq 140$ 140 - 159	$\geq 90$ 90 - 99
	160 - $\geq 180$	100 - $\geq 110$

Menurut Aspiani (2016 : 211) *Joint Nation Comitten on Detection Evolution and Treatment of High Blood Pressure*, badan penelitian hipertensi di Amerika Serikat, menentukan batasan tekanan darah yang berbeda. Tahun 1993 dikenal dengan sebutan JPC-V, tekanan darah pada orang dewasa berusia 18 tahun diklasifikasikan sebagai berikut.

Tabel 2.2 *Kriteria Hipertensi Menurut JPC-V AS*

No.	Kriteria	Tekanan darah	
		Sistolik	Diastolik
1.	Normal	<130	<85
2.	Perbatasan ( <i>high normal</i> )	130 – 139	85 – 89
3.	Hipertensi		
	Derajat 1 : ringan	140 – 159	90 – 99
	Derajat 2 : sedang	160 – 179	100 – 109
	Derajat 3 : berat	180 – 209	110 – 119
	Derajat 4 : sangat berat	≥210	≥120

### 3. Etiologi Hipertensi

Hipertensi berdasarkan penyebabnya dapat dibedakan menjadi 2 golongan besar, yaitu :

#### a. Hipertensi Essensial atau Hipertensi Primer

Menurut Ardiansyah (2012) hipertensi primer yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya. Hipertensi primer terdapat pada lebih dari 90% klien dengan hipertensi. Meskipun hipertensi primer belum diketahui dengan pasti penyebabnya, data-data penelitian telah menemukan beberapa faktor yang sering menyebabkan terjadinya hipertensi, antara lain:

- 1) Faktor keturunan atau genetik; individu yang mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi, beresiko lebih tinggi untuk mendapatkan penyakit ini ketimbang mereka yang tidak.
- 2) Jenis kelamin dan usia; laki-laki berusia 35-50 tahun dan wanita pasca menopause beresiko tinggi untuk mengalami hipertensi.
- 3) Diet; konsumsi diet tinggi garam atau kandungan lemak, secara langsung berkaitan dengan berkembangnya penyakit hipertensi.
- 4) Berat badan atau obesitas (>25% di atas BB ideal) juga sering dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi.
- 5) Gaya hidup merokok dan konsumsi alkohol dapat meningkatkan tekanan darah (bila gaya hidup yang tidak sehat tersebut tetap diterapkan).

#### **b. Hipertensi Sekunder**

Hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang disebabkan oleh penyakit lain. Sekitar 5-10% dari klien yang mengalami hipertensi sekunder.



Beberapa gejala atau penyakit yang menyebabkan hipertensi jenis ini antara lain :

1) *Coarctation aorta*, yaitu penyempitan *aorta congenital* yang (mungkin) terjadi pada beberapa tingkat aorta torasik atau aorta abdominal. Penyempitan ini menghambat aliran darah melalui lengkung aorta dan mengakibatkan peningkatan tekanan darah di atas area konstriksi.

2) Penyakit parenkim dan vascular ginjal.

Penyakit ini merupakan penyebab utama hipertensi sekunder. Hipertensi renovaskular berhubungan dengan penyempitan satu atau lebih arteri besar, yang secara langsung membawa darah ke ginjal. Sekitar 90% lesi arteri renal pada klien dengan hipertensi disebabkan oleh arterosklerosis atau *fibrous dysplasia* (pertumbuhan abnormal jaringan fibrous). Penyakit parenkim ginjal terkait dengan infeksi, inflamasi, serta perubahan struktur serta fungsi ginjal.

3) Penggunaan kontrasepsi hormonal (estrogen).

Oral kontrasepsi yang berisi estrogen dapat menyebabkan hipertensi melalui mekanisme *rennin-aldosteron-mediate volume expansion*. Dengan penghentian oral kontrasepsi, tekanan darah

kembali normal setelah beberapa bulan (Udjianti, 2010 : 107).

4) Gangguan endokrin.

Disfungsi medulla adrenal atau korteks adrenal dapat menyebabkan hipertensi sekunder. *Adrenal-mediate hypertension* disebabkan kelebihan primer aldosteron, kortisol, dan katekolamin. Kelebihan aldosteron pada aldosteron primer menyebabkan hipertensi dan hipokalemia. Aldosteonisme primer biasanya timbul dari adenoma korteks adrenal yang *benign* (jinak). *Pheochromocytomas* pada medulla adrenal yang paling umum dan meningkatkan sekresi katekolamin yang berlebihan (Ardiansyah, 2012 : 61).

5) Kegemukan (obesitas) dan gaya hidup yang tidak aktif (malas berolahraga).

6) Stress yang cenderung menyebabkan kenaikan tekanan darah untuk sementara waktu. Jika stress telah berlalu, maka tekanan darah biasanya akan kembali normal.

7) Kehamilan

Hipertensi akibat kehamilan atau hipertensi gestasional adalah peningkatan tekanan darah ( $\geq 140$  mmHg pada sistolik;  $> 90$  mmHg pada diastolik) terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu pada wanita non-hipertensi dan membaik dalam 12 minggu pascapartum (Aspiani, 2016 : 213).

- 8) Peningkatan volume intravascular
- 9) Merokok.

Nikotin dalam rokok dapat merangsang pelepasan katekolamin. Peningkatan katekolamin ini mengakibatkan iritabilitas miokardial, peningkatan denyut jantung, serta menyebabkan vasokonstriksi yang kemudian meningkatkan tekanan darah (Ardiansyah, 2012 : 61-62).

#### **4. Gambaran Klinis Hipertensi**

Menurut Puspitorini (2009 : 20-21) gejala hipertensi yang dapat timbul antara lain : sakit kepala; kelelahan; mual / muntah; sesak napas, napas pendek (terengah-engah); gelisah; pandangan menjadi kabur, mata berkunang-kunang; mudah marah; telinga berdengung; sulit tidur; rasa berat di tengkuk, nyeri di daerah kepala bagian belakang; nyeri di dada; otot lemah; pembengkakan pada kaki, dan pergelangan kaki; keringat berlebihan; kulit tampak pucat atau kemerahan; denyut jantung yang kuat, cepat, atau tidak teratur; impotensi; darah di urine; dan mimisan (jarang dilaporkan).

Ardiansyah (2012 : 66-67) menyebutkan bahwa sebagian manifestasi klinis timbul setelah klien mengalami hipertensi selama bertahun-tahun. Gejalanya berupa :

- a. Nyeri kepala saat terjaga, terkadang disertai mual dan muntah akibat peningkatan tekanan darah intrakranium;

- b. Penglihatan kabur karena terjadi kerusakan pada retina sebagai dampak dari hipertensi;
- c. Ayunan langkah yang tidak mantap karena terjadi kerusakan susunan saraf pusat;
- d. Nokturia (sering berkemih di malam hari) karena adanya peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi *glomerulus*
- e. Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler.

Gejala yang dialami klien dengan kasus hipertensi berat antara lain sakit kepala (rasa berat di tengkuk), palpitasi, kelelahan, muntah-muntah, kegugupan, keringat berlebihan, tremor otot, pandangan kabur atau ganda, *tinnitus* (telinga mendenging), serta kesulitan tidur.

Sementara menurut Kurniadi & Nurrahmani (2014) banyak klien dengan hipertensi tidak mempunyai tanda-tanda yang menunjukkan tekanan darah meninggi dan hanya akan terdeteksi pada saat pemeriksaan fisik. Sakit kepala di tengkuk merupakan ciri yang sering terjadi pada hipertensi berat. Gejala lainnya adalah pusing, palpitasi (berdebar-debar), dan mudah lelah. Namun, gejala-gejala tersebut kadang tidak muncul pada beberapa klien, bahkan pada beberapa kasus klien dengan tekanan darah tinggi biasanya tidak merasakan apa-apa. Peninggian tekanan darah kadang-kadang merupakan satu-satunya gejala. Bila demikian, gejala baru akan muncul setelah terjadi komplikasi pada ginjal, mata, otak, atau

jantung.

## 5. Penatalaksanaan Hipertensi

Menurut Padila (2013 : 363), tujuan pengobatan hipertensi tidak hanya menurunkan tekanan darah saja tetapi juga mengurangi dan mencegah komplikasi akibat hipertensi agar klien bertambah kuat. Pengobatan hipertensi umumnya perlu dilakukan seumur hidup klien. Pengobatan standar yang dianjurkan oleh Komite Dokter Ahli Hipertensi (*Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, USA, 1988*) menyimpulkan bahwa obat diuretika, penyekat beta, antagonis kalsium, atau penghambat ACE dapat digunakan sebagai obat tunggal pertama dengan memperhatikan keadaan klien dan penyakit lain yang ada pada klien.

Menurut Ardiansyah (2012 : 68-69), langkah awal secara nonfarmakologis biasanya adalah dengan mengubah pola hidup klien, yakni dengan cara :

- a. Menurunkan berat badan sampai batas ideal,
- b. Mengubah pola makan pada klien dengan diabetes, kegemukan, atau kadar kolesterol darah tinggi
- c. Mengurangi pemakaian garam sampai kurang dari 2,3 gram natrium atau 6 gram natrium klorida setiap harinya (disertai dengan asupan kalsium, magnesium, dan kalium yang cukup),
- d. Mengurangi konsumsi alkohol,

- e. Berhenti merokok, dan
- f. Olahraga aerobik yang tidak terlalu berat (klien dengan hipertensi essensial tidak perlu membatasi aktivitasnya selama tekanan darahnya terkendali).

Pengaturan menu bagi klien dengan hipertensi selama ini dilakukan dengan empat cara, yakni diet rendah garam, diet rendah kolesterol dan lemak terbatas, diet tinggi serat, dan diet rendah energi (bagi yang kegemukan). Kini, bertambah satu cara diet pada klien hipertensi yang disebut dengan DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension).

Prinsip utama dari diet DASH adalah menyajikan menu makanan dengan gizi seimbang yang terdiri atas buah-buahan, sayuran, produk-produk susu tanpa atau sedikit lemak, ikan, daging unggas, biji-bijian, dan kacang-kacangan (Puspitorini, 2009 : 55)

## **6. Komplikasi Hipertensi**

Hipertensi dapat berpotensi menjadi komplikasi berbagai penyakit. Menurut buku *Penyakit Kardiovaskular* karya Edward K. Chung, komplikasi hipertensi di antaranya adalah stroke hemorragik, penyakit jantung hipertensi, penyakit arteri koronaria, aneurisma, gagal ginjal, dan ensefalopati hipertensi (Shanty, 2011).

Hampir 70% kasus stroke hemorragik terjadi pada klien hipertensi. Hal ini dikarenakan hipertensi dapat menyebabkan tekanan yang lebih besar pada dinding pembuluh darah sehingga dinding pembuluh darah

menjadi lemah dan pembuluh darah akan mudah pecah. Pecahnya pembuluh darah di otak dapat menyebabkan sel-sel otak yang seharusnya mendapatkan asupan oksigen dan nutrisi yang dibawa melalui pembuluh darah tersebut kekurangan nutrisi dan akhirnya mati. Darah yang keluar dari pembuluh darah yang pecah juga dapat merusak sel-sel otak yang berada di sekitarnya (Shanty, 2011).

## **B. Fraktur**

### **1. Definisi Fraktur**

Fraktur adalah suatu kondisi yang terjadi ketika keutuhan dan kekuatan dari tulang mengalami kerusakan yang disebabkan oleh penyakit invasif atau suatu proses biologis yang merusak (Kenneth *et al.*, 2015). Fraktur atau patah tulang disebabkan karena trauma atau tenaga fisik, kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang dan jaringan lunak disekitar tulang merupakan penentu apakah fraktur terjadi lengkap atau tidak lengkap (Astanti, Feni 2017).

### **2. Klasifikasi Fraktur**

Menurut Sulistyarningsih (2016), berdasarkan ada tidaknya hubungan antar tulang dibagi menjadi :

#### **a. Fraktur Terbuka**

Adalah patah tulang yang menembus kulit dan memungkinkan

adanya hubungan dengan dunia luar serta menjadikan adanya kemungkinan untuk masuknya kuman atau bakteri ke dalam luka. Berdasarkan tingkat keparahannya fraktur terbuka dikelompokkan menjadi 3 kelompok besar menurut klasifikasi (Gustillo dan Anderson, 2015) yaitu:

1) Derajat I

Kulit terbuka <1cm, biasanya dari dalam ke luar, memar otot yang ringan disebabkan oleh energi rendah atau fraktur dengan luka terbuka menyerong pendek.

2) Derajat II

Kulit terbuka >1 cm tanpa kerusakan jaringan lunak yang luas, komponen penghancuran minimal sampai sedang, fraktur dengan luka terbuka melintang sederhana dengan pemecahan minimal.

3) Derajat III

Kerusakan jaringan lunak yang lebih luas, termasuk otot, kulit, dan struktur neurovaskuler, cedera yang disebabkan oleh energi tinggi dengan kehancuran komponen tulang yang parah.

4) Derajat IIIA

Laserasi jaringan lunak yang luas, cakupan tulang yang memadai, fraktur segmental, pengupasan periosteal minimal.

5) Derajat III B

Cidera jaringan lunak yang luas dengan pengelupasan



periosteal dan paparan tulang yang membutuhkan penutupan jaringan lunak; biasanya berhubungan dengan kontaminasi masif.

6) Derajat IIIC

Cidera vaskular yang membutuhkan perbaikan (Kenneth *et al.*, 2015).

b. Fraktur Tertutup

Adalah patah tulang yang tidak mengakibatkan robeknya kulit sehingga tidak ada kontak dengan dunia luar.

Fraktur tertutup diklasifikasikan berdasarkan tingkat kerusakan jaringan lunak dan mekanisme cedera tidak langsung dan cedera langsung antara lain:

1) Derajat 0

Cidera akibat kekuatan yang tidak langsung dengan kerusakan jaringan lunak yang tidak begitu berarti.

2) Derajat 1

Fraktur tertutup yang disebabkan oleh mekanisme energi rendah sampai sedang dengan abrasi superfisial atau memar pada jaringan lunak di permukaan situs fraktur.

3) Derajat 2

Fraktur tertutup dengan memar yang signifikan pada otot, yang mungkin dalam, kulit lecet terkontaminasi yang berkaitan dengan mekanisme energi sedang hingga berat dan cedera tulang, sangat

beresiko terkena sindrom kompartemen.

Menurut Purwanto (2016) berdasarkan garis frakturnya dibagimenjadi :

i. Fraktur Komplet

Yaitu fraktur dimana terjadi patahan diseluruh penampang tulang biasanya disertai dengan perpindahan posisi tulang.

ii. Fraktur Inkomplet

Yaitu fraktur yang terjadi hanya pada sebagian dari garis tengah tulang.

iii. Fraktur Transversal

Yaitu fraktur yang terjadi sepanjang garis lurus tengah tulang.

iv. Fraktur Oblig

Yaitu fraktur yang membentuk garis sudut dengan garis tengah tulang.

v. Fraktur Spiral

Yaitu garis fraktur yang memuntir seputar batang tulang sehingga menciptakan pola spiral.

vi. Fraktur Kompresi

Terjadi adanya tekanan tulang pada satu sisi bisa disebabkan tekanan, gaya aksial langsung diterapkan diatas sisi fraktur.

### 3. Etiologi

Fraktur dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya adalah cedera, stress, dan melemahnya tulang akibat abnormalitas seperti fraktur patologis(Apleys & Solomon, 2018).

Menurut Purwanto (2016) Etiologi/ penyebab terjadinya fraktur adalah :

a. Trauma langsung

Terjadi benturan pada tulang yang menyebabkan fraktur

b. Trauma tidak langsung

Tidak terjadi pada tempat benturan tetapi ditempat lain,oleh karena itu kekuatan trauma diteruskan oleh sumbu tulang ke tempat lain.

c. Kondisi patologis

Terjadi karena penyakit pada tulang (degeneratif dan kanker tulang)

#### 4. Pathofisiologi

Fraktur dibagi menjadi fraktur terbuka dan fraktur tertutup. Tertutup bila tidak terdapat hubungan antara *fragmen* tulang dengan dunia luar oleh karena perlukaan di kulit. Sewaktu tulang patah perdarahan biasanya terjadi disekitar tempat patah ke dalam jaringan lunak disekitar tulang tersebut, jaringan lunak yang biasanya mengalami kerusakan. Reaksi perdarahan biasanya timbul hebat di sekitar fraktur. Sel-sel darah putih dan sel-sel anast berkamulasi mengakibatkan peningkatan aliran darah ketempat tersebut aktifitas *osteoblast* terangsang dan terbentuk tulang baru amatir yang disebut *callus*. Bekuan fibrin di reabsorpsi dan sel-sel tulang baru mengalami remodelling untuk membentuk tulang sejati. Insufisiensi pembuluh darah atau penekanan serabut saraf yang berkaitan dengan pembengkakan yang tidak ditangani dapat menurunkan asupan darah ke ekstermitas dan mengakibatkan kerusakan saraf *perifer*. Bila tidak terkontrol pembengkakan akan mengakibatkan peningkatan tekanan jaringan, oklusa darah total dan berakibat anoreksia mengakibatkan rusaknya serabut saraf maupun jaringan otot. Komplikasi ini dinamakan *sindrom compartment* (Brunner 2015).

#### 5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis menurut *UT Southwestern Medical Center*(2016) adalah nyeri, hilangnya fungsi, deformitas/perubahan bentuk, pemendekan ekstermitas, krepitus, pembengkakan lokal, dan perubahan warna.

- a. Nyeri terus menerus akan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi. Spasme otot yang menyertai fraktur merupakan bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan fragmen tulang.
- b. Setelah terjadi fraktur bagian yang tidak dapat digunakan cenderung bergerak secara alamiah (gerakan luar biasa) membukanya tetap rigid seperti normalnya. Pergeseran fragmen pada fraktur lengan atau tungkai menyebabkan deformitas (terlihat maupun teraba) ekstermitas dapat

diketahui dengan membandingkan ekstermitas normal. Ekstermitas tidak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot tergantung pada integritas tempat melengketnya otot.

- c. Pada fraktur panjang, terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat pada atas dan bawah tempat fraktur. Fragmen sering saling melengkapi satu sama lain sampai 2,5 sama 5 cm (1 sampai 2 *inchi*).
- d. Saat ekstermitas diperiksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang yang dinamakan *krepitus* akibat gesekan antara fragmen 1 dengan yang lainnya (uji *krepitus* dapat mengakibatkan kerusakan jaringan lunak yang lebih berat).
- e. Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit dapat terjadi sebagai akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini baru terjadi setelah beberapa jam atau hari setelah terjadi cedera.

## 6. Pemeriksaan Fisik

### 1. Pemeriksaan fisik fokus

Kaji kronologi dari mekanisme trauma pada paha. Sering didapatkan keluhan nyeri pada luka terbuka.

- a. *Look* : Pada fraktur terbuka terlihat adanya luka terbuka dengan deformitas yang jelas. Kaji seberapa luas kerusakan jaringan lunak yang terlibat. Kaji apakah pada luka terbuka ada fragmen tulang yang keluar dan apakah terdapatnya kerusakan pada jaringan beresiko meningkat pada respon syok hipovolemik. Pada fase awal traumakecelakaan lalu lintas darat yang mengantarkan pada resiko tinggi infeksi. Pada fraktur tertutup sering ditemukan kehilangan fungsi deformitas, pemendekan ekstremitas atas karena kontraksi otot, krepitasi, pembengkakan, dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi akibat ada trauma dan pendarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini dapat terjadi setelah beberapa jam atau beberapa setelah cedera.

- b. *Feel* : adanya keluhan nyeri tekan dan krepitasi
- c. *Move* : daerah tungkai yang patah tidak boleh di gerakkan, karena akan memberi respon trauma pada jaringan lunak di sekitar ujung fragmen tulang yang patah (Muttaqin, 2015).

## 7. Komplikasi

Menurut Sulistyanyingsih (2016) komplikasi fraktur *post* ORIF yaitu:

- a. Nyeri merupakan keluhan yang paling sering terjadi setelah bedah ORIF, nyeri yang sangat hebat akan dirasakan pada beberapa hari pertama.
- b. Gangguan mobilitas pada pasien pasca bedah ORIF juga akan terjadi akibat proses pembedahan.
- c. Kelelahan sering kali terjadi yaitu kelelahan sebagai suatu sensasi. Gejalanyeri otot, nyeri sendi, nyeri kepala, dan kelemahan dapat terjadi akibat kelelahan sistem muskuloskeletal.
- d. Perubahan ukuran, bentuk dan fungsi tubuh yang dapat mengubah sistem tubuh, keterbatasan gerak, kegiatan dan penampilan juga sering kali dirasakan.

## C. Asma

### 2. Definisi Asma

Asma adalah kondisi paru-paru umum yang menyebabkan kesulitan bernapas. Ini sering dimulai pada masa kanak-kanak, meskipun juga dapat berkembang pada orang dewasa, dan mempengaruhi orang-orang dari segalausia. Asma disebabkan oleh pembengkakan dan penyempitan tabung yang membawa udara ke dan dari paru-paru (WHO 2021)

Asma merupakan suatu penyakit dengan adanya penyempitan saluran pernapasan yang berhubungan dengan tanggap reaksi yang meningkat dari trakea dan bronkus berupa hiperaktivitas otot polos dan inflamasi, hipersekresi mukus, edema dinding saluran pernapasan dan inflamasi yang

disebabkan berbagai macam rangsangan (Alsagaff, 2017 dikutip dari Danusantoso, 2018).

Dengan demikian penulis menyimpulkan bahwa asma adalah suatu penyakit sistem pernafasan yang disebabkan karena adanya penyempitan pada saluran pernafasan sehingga menyebabkan terjadinya kesulitan saat bernafas.

### **3. Fisiologi Sistem Pernafasan**

Proses pemenuhan oksigen di dalam tubuh terdiri atas tiga tahapan, yaitu : (Tarwanto, 2010)

#### **a. Ventilasi**

Merupakan proses keluar masuknya oksigen dari atmosfer ke dalam alveoli atau dari alveoli ke atmosfer. Proses ini dipengaruhi oleh beberapa faktor:

- 1) Semakin tingginya suatu tempat, maka tekanan udaranya semakin rendah
- 2) Adanya kondisi jalan nafas yang baik
- 3) Adanya kemampuan thoraks dan alveoli pada paru-paru untuk mengembang di sebut dengan compliance
- 4) Adanya recoil yaitu kemampuan untuk mengeluarkan CO<sub>2</sub> atau kontraksinya paru-paru

#### **b. Difusi**

Merupakan pertukaran O<sub>2</sub> dari alveoli ke kapiler paru-paru dan CO<sub>2</sub> dari kapiler ke alveoli. Proses pertukaran ini dipengaruhi oleh beberapa faktor:

- 1) Luasnya permukaan paru-paru
- 2) Tebal membrane respirasi yang terdiri atas epitel alveoli dan interstisial

Keduanya dapat mempengaruhi proses difusi apabila terjadi

penebalan, perbedaan tekanan dan konsentrasi O<sub>2</sub>. Hal ini dapat terjadi karena tekanan O<sub>2</sub> dalam rongga alveoli lebih tinggi dari pada tekanan O<sub>2</sub> dalam darah vena pulmonalis.

c. Transportasi

Merupakan proses pendistribusian O<sub>2</sub> kapiler ke jaringan tubuh dan CO<sub>2</sub> jaringan tubuh ke kapiler. Transportasi gas dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor:

- 1) Curah jantung (cardiac output)
- 2) Frekuensi denyut nadi

#### **4. Etiologi Asma**

Menurut berbagai penelitian patologi dan etiologi asma diketahui dengan pasti penyebabnya, akan tetapi hanya menunjukkan dasar gejala asma yang inflamasi dan respon saluran nafas berlebihan. Sebagai pemicu timbulnya serangan-serangan dapat berupa infeksi (infeksi virus RSV), iklim (perubahan mendadak suhu, tekanan udara), inhalan (debu, sisa-sisa serangga mati, bulu binatang, bau asap), kegiatan fisik (olahraga berat, kecapekan, tertawa terbahak-bahak), dan emosi. (nurarif 2015).

#### **5. Patofisiologi Asma**

Proses terjadinya asma diawali dengan berbagai faktor pencetus seperti allergen, stress, cuaca, dan berbagai macam faktor pencetus lain. Adanya faktor pencetus menyebabkan antigen yang terikat Imunoglobulin E pada permukaan sel basofil mengeluarkan mediator berupa histamin sehingga terjadi peningkatan permeabilitas kapiler dan terjadinya edema mukosa. Adanya edema menyebabkan produksi sekret meningkat dan terjadi kontriksi otot polos. Adanya obstruksi pada jalan nafas menyebabkan respon tubuh berupa spasme otot polos dan peningkatan sekresi kelenjar bronkus. Otot polos yang spasme menyebabkan terjadi penyempitan proksimal dari bronkus pada tahap ekspirasi dan inspirasi sehingga timbul



adanya tanda dan gejala berupa mukus berlebih, batuk, wheezing, dan sesak nafas. Keluhan tersebut merupakan bentuk adanya hambatan dalam proses respirasi sehingga tekanan partial oksigen di alveoli menurun. Adanya penyempitan atau obstruksi jalan nafas meningkatkan kerja otot pernafasan sehingga penderita asma mengalami masalah ketidakefektifan pola nafas. Peningkatan kerja otot pernafasan menurunkan nafsu makan sehingga memunculkan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Asma di akibatkan oleh beberapafaktor pencetus yang berikatan dengan Imunoglobulin E (IgE) pada permukaan sel basofil yang menyebabkan degranulasi sel mastocyte. Akibat degranulasi tersebut mediator mengeluarkan histamin yang menyebabkan konstriksi otot polos meningkat dan juga konsentrasi O<sub>2</sub> dalam darah menurun, Apabila konsentrasi O<sub>2</sub> dalam darah menurun maka terjadi hipoksemia.

Adanya hipoksemia juga menyebabkan gangguan pertukaran gas dan gelisah yang menyebabkan ansietas. Selain itu, akibat berkurangnya suplai darah dan oksigen ke jantung terjadi penurunan cardiac output yang menyebabkan penurunan curah jantung. Penurunan cardiac output tersebut dapat menurunkan tekanan

## **6. Klasifikasi Asma**

Asma dibagi menjadi dua tipe menurut Muttaqin (2012) yaitu:

### **a. Asma Tipe Atopik (Ekstrintik)**

Asma yang dijumpai pada 70-80% penderita asma dan dipicu oleh reaksi alergi terhadap alergen seperti debu dan lainnya. Pasien asma atopik mungkin datang dengan riwayat terlebih dulu sudah mengalami gangguan atopik (alergi terhadap obat-obatan atau makanan) sebelum mengalami sesak nafas yang dirangsang terutama oleh stimulus fisik (udara dingin, bau buan) yang mencurigakan sebagai asma (Dahlan 2012).

### **b. Asma Tipe Non-Atopik (Instrintik)**

Asma nonalergik (asma instrintik) adalah asma yang dicetuskan

oleh faktor yang tidak berhubungan dengan alergik. Ditandai oleh obstruksi dan inflamasi jalan nafas yang sekurang-kurangnya *reversible* secara parsial terhadap pemberian obat, namun gejala dari asma tipe ini tidak terkait dengan alergi. Gejalanya sama seperti asma atopik (batuk, mengi, sesak dada), tetapi asma atopik dicetuskan oleh faktor lain seperti udara dingin atau udara kering, hiperventilasi, asap. Asma non atopik terjadi akibat beberapa faktor pencetus seperti infeksi saluran pernafasan bagian atas, olahraga atau kegiatan jasmani yang berat, dan tekanan jiwa atau stres psikologis (Dahlan 2012).

## **7. Manifestasi Klinis Asma**

Menurut Naga (2014) serangan asma sering terjadi pada tengah malam dengan batuk-batuk kering tanpa sputum. Penderita serta orang disekitarnya akan mendengar suara napas mengi. Penderita juga merasakan adanya konstriksi di dalam dadanya. Setelah beberapa jam kemudian, meskipun tanpa pengobatan, penderita akan mengeluarkan sputum dan serangan akan berhenti. Warna sputum tampak keputih-putihan dengan bentuk spiral yang bercabang-cabang dan banyak mengandung eosinofil. Salah satu komplikasi asma adalah adanya pneumonia. Pneumonia akan cepat diketahui jika asma tersebut disertai dengan adanya demam tinggi. Gejala-gejala seperti ini tidak akan menghilang begitu saja, bahkan bisa jadi tambah parah. Pada kondisi seperti ini, penderita menjadi sangat gelisah, napas sangat sesak, pucat dan sianosis. Nadi juga berdenyut cepat dan dapat hilang saat inspirasi.

Saat asma menyerang, otot pernapasan pembantu juga akan terasa lebih aktif, dan penderita merasakan sesak. Apabila dilakukan pemeriksaan, dada tampak mengembang, perkusi paru hipersonor, diafragma terletak sangat rendah dan hampir tidak bergerak saat terjadi pernafasan. Pada penderita asma yang sangat berat, bising napas tidak terdengar. Ini merupakan satu tanda bahaya karena penderita telah sampai pada kondisi yang disebut status asmatikus.

## 8. Komplikasi Asma

Adapun komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan pola nafas tidak efektif menurut Bararah & Jauhar (2013), yaitu :

1. Hipoksemia
2. Hipoksia
3. Gagal Nafas
4. Perubahan pola napas

## 9. Penatalaksanaan Asma

Penatalaksanaan pada pasien asma dibagi menjadi penatalaksanaan farmakologis dan nonfarmakologis.

### a. Terapi farmakologis :

Berdasarkan penggunaannya, maka obat asma di bagi menjadi 2 golongan yaitu pengobatan jangka panjang untuk mengontrol gejala asma, dan pengobatan cepat (*quick-relief medication*) untuk mengatasi serangan akut asma. Beberapa obat yang digunakan untuk pengobatan jangka panjang antara lain : inhalasi steroid,  $\beta_2$  agonis aksi panjang. Sedangkan untuk pengobatan cepat sering digunakan suatu bronkodilator  $\beta_2$  agonis aksi cepat, antikolinergik, Kortikosteroid oral.

### b. Terapi Nonfarmakologi

#### 1) Penyuluhan

Penyuluhan ini untuk meningkatkan pengetahuan klien tentang penyakit asma sehingga klien secara sadar menghindari faktor-faktor pencetus, menggunakan obat secara benar, dan berkonsultasi pada tim kesehatan.

#### 2) Menghindari Faktor Pencetus

Klien perlu dibantu mengidentifikasi pencetus serangan

asma yang ada pada lingkungannya, diajarkan cara menghindari dan mengurangi faktor pencetus, termasuk intake cairan yang cukup bagi klien.

## **BAB III**

### **ASUHAN KEPERAWATAN**

#### **A. Pengkajian Pasien**

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

- a. Nama : Ny. L
- b. Tempat/tanggal Lahir : Depok 2 maret 1955
- c. Jenis Kelamin : Perempuan
- d. Status Perkawinan : Kawin
- e. Agama : Islam
- f. Suku : Jawa
- g. Tanggal masuk PSTW : 13 Agustus 2018
- h. Tanggal pengkajian : 13 Februari 2023

##### **2. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi**

- a. Pekerjaan saat ini : Pengangguran
- b. Pekerjaan sebelumnya : Ibu Rumah Tangga
- c. Sumber pendapatan : Panti
- d. Kecukupan pendapatan : Secukupnya

##### **3. Lingkungan tempat tinggal**

Ny.L tinggal di PSTW Budi Mulia 04 Ciracas di Wisma Melati. Lingkungan tersebut sangat bersih, ruangan wisma terpantau bersih dikarenakan dilakukan kebersihan 2 kali sehari dengan para petugas panti. Penerangan cukup memadai untuk di sekitar ruangan kamar, kamar mandi, dan lorong wisma. Sirkulasi udara pun sangat bersih, terdapat alat penyaringan debu di setiap kamar wisma. Pembuangan air kotor disalurkan

dengan beberapa saluran yang telah dibuat oleh para pengurus panti di halaman depan wisma. Sumber air minum mendapatkan donasi dengan 1 galon tiap ruangan wisma. Pembuangan sampah di kelola oleh pihak dinas kebersihan DKI Jakarta dan para pengurus panti. Limbah sampah tersebut dibuang setiap 1x/sehari setiap pagi hari. Sumber pencemaran sangat minim, dikarenakan lokasi PSTW Budi Mulia 04 Ciracas di kelilingi oleh banyak pepohonan dan tanaman,serta polusi udara sangat minim.

#### 4. Riwayat kesehatan

##### a. Status kesehatan saat ini

##### 1) Keluhan utama dalam 1 terakhir :

Ny. L mengatakan masuk PSTW Budi Mulia 04 Ciracas pada tanggal 13 Agustus 2018 . Pada tahun 2021 Ny.L 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 : 167/110mmHg. Klien sering mengeluh Pusing. Ny.L mengatakan pernah mengalami patah tulang pada bagian paha sebelah kanan, sehingga Ny.L harus menjalani operasi tulang, pada saat setelah menjalani operasi dalam 2 tahun lalu klien masih menggunakan alat bantu jalan, dan pada saat dilakukan pengkajian klien sering mengeluh sakit pegal seperti nyeri berjalan dan ketika duduk dalam waktu lama, Skala Nyeri 5.

- 2) Gejala yang dirasakan : Klien sering mengalami pusing, nyeri saat berjalan dan ketika duduk berlama lama. Nyeri seperti tertusuk tusuk, skala nyeri 5
- 3) Faktor pencetus keluhan : Pusing seperti tertusuk-tusuk, Nyeri bagian paha atas.
- 4) Timbulnya keluhan : (√) mendadak ( ) Bertaha
- 5) Upaya mengatasi : Klien mengatasinya dengan sering mengurut urut meminum obat hipertensi, kakinya dengan minyak *Aromatheraphy*

- 6) Pergi ke RS/Klinik pengobatan/dokter praktik/bidan/perawat :  
Jarang, dikarenakan klien lebih sering istirahat dan
- 7) Mengonsumsi obat-obatan sendiri/obat tradisional (pilih salah satu) = sebutkan
  - i. Vit. B Kompleks
  - ii. Asperidon
  - ii. Aprovel 150mg

**b. Riwayat kesehatan masa lalu**

- 1) Penyakit yang pernah diderita :  
Klien mengalami tekanan darah yang tinggi hingga saat ini
- 2) Riwayat alergi (obat,makanan,binatang,debu,dll) :  
Klien tidak memiliki riwayat alergi apapun
- 3) Riwayat kecelakaan :  
Klien pernah jatuh pada saat di kamar mandi karena licin
- 4) Riwayat pernah dirawat di RS :  
Klien pernah di rawat di RS Pada saat operasi tulang
- 5) Riwayat pemakaian obat :

**c. Pemeriksaan fisik**

- 1) Keadaan umum : Composmentis
- 2) TTV : 167/110mmHg
- 3) BB/TB : 64 Kg
- 4) Kepala : Simetris, ada pergerakan. Rambut bersih, tidak ada ketombe
- 5) 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.

- 6) Telinga : Bentuk simetris (+/+), tidak ada serumen, dan tidak ada nyeri tekan
- 7) Mulut & Tenggorokan : Mukosa mulut tampak lembab, keadaan mulut bersih, kesulitan atau gangguan bicara (-), dan kesulitan menelan (-)
- 8) Payudara : Tidak dilakukan pemeriksaan
- 9) Sistem Pernafasan : Suara paru vesikuler dan pola napas 19x/menit
- 10) Sistem Kardiovaskuler : TD : 180/70 mmHg, Nadi : 90x/menit, RR : 22x/menit, Suhu : 36 °C, capillary refiling > 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.
- 11) Sistem Gastrointestinal : Tidak ada masalah pada sistem gastrointestinal klien.
- 12) Sistem Perkemihan : Tidak ada masalah pada sistem perkemihan klien
- 13) Sistem genitroreproduksi : Tidak dilakukan pengkajian pada sistem genitroreproduksi
- 14) Sistem Muskuloskeletal : Ny. L memiliki permasalahan pada sistem muskuloskeletal seperti fraktur bagian kaki sebelah kanannya
- 15) Sistem Saraf Pusat : Ny. L tidak memiliki permasalahan pada sistem saraf pusat.
- 16) Sistem Endokrin : Ny.L mengalami penurunan kemampuan mentoleransi stress, dan penurunan kadar ekstrojen dan peningkatan kadar FSH selama menopause .

#### **d. Pengkajian psikososial dan spiritual**

1. Psikososial, Jelaskan kemampuan sosialisasi klien pada saat sekarang, sikap klien pada orang lain, harapan-harapan klien dalam melakukan sosialisasi,



kepuasan klien dalam sosialisasi,dll.

## 2. Identifikasi Masalah Emosional

### PERTANYAAN TAHAP 1

- 1) Apakah klien mengalami sukar tidur? YA
- 2) Apakah klien sering merasa gelisah? YA
- 3) Apakah klien sering murung atau menangis sendiri? TIDAK
- 4) 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

- 1) Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan? YA
- 2) Ada masalah atau banyak pikiran? YA
- 3) Ada gangguan/masalah dengan keluarga lain? YA
- 4) Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter? TIDAK
- 5) Apakah cenderung mengurung diri? TIDAK



- 6) Bila lebih dari 1 atau sama dengan 1 jawabannya “YA”

### MAKA EMOSIONAL POSITIF (+)

- e. **Spiritual** : Ny. L beragama Islam, ia rutin mengikuti kegiatan keagamaan seperti acara pengajian setiap hari senin dan jumat , acara qasidah setiap

hari kamis, dan jika menjalankan shalat 5 waktu, Ny.L shalat di mushala Panti.

### Pengkajian Fungsional Klien

#### KATZ Indeks

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

2	<p><b>Berpakaian</b></p> <p><b>Mandiri :</b></p> <p>Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian</p> <p><b>Tergantung :</b></p> <p>Tidak dapat memakai baju sendiri atau sebagian</p>	v	
3.	<p><b>Ke kamar kecil</b></p>		
	<p><b>Mandiri :</b></p> <p>Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri</p> <p><b>Tergantung :</b></p> <p>Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>	v	

4.	<p><b>Berpindah</b></p> <p><b>Mandiri :</b></p> <p>Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p><b>Bergantung :</b></p> <p>Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan</p>	v	
5.	<p><b>Kontinen</b></p> <p><b>Mandiri</b></p> <p>BAB dan BAK seluruhnya terkontrol sendiri</p> <p><b>Bergantung</b></p> <p>Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, pembalut/pempers</p>	v	

6	<p><b>Makan</b></p> <p><b>Mandiri</b></p> <p>Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri</p> <p><b>Bergantung :</b></p> <p>Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan melalui parenteral (NGT)</p>	v	
---	---	---	--

**Keterangan :**

**Beri tanda (√) pada point yang sesuai kondisi klien**

**Analisis Hasil :**

- a. Mandiri dalam makan, kontinensia (BAK dan BAB), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah, dan mandi.
- b. Mandiri semuanya kecuali salah satu saja dari fungsi di atas
- c. Mandiri, kecuali mandi dan satu lagi fungsi yang lain
- d. Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi yang lain
- e. Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan satu fungsi yang lain
- f. Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah, dan satu fungsi yang lain.

g. Ketergantungan untuk semua fungsi di atas

h. Lain-lain (minimal ada 2 ketergantungan yang tidak sesuai dengan kategori di atas)

**Hasil : Klien Dengan Kategori Mandiri**

**f. Modifikasi Dari Barthel Indeks**

NO.	KRITERIA	DENGAN BANTUAN	MANDIRI	KETERANGAN
1	Makan	5	10	Frekuensi : 3x/sehari Jumlah : 1 porsi Jenis : Nasi, lauk pauk, dan buah
2	Minum	5	10	Frekuensi : 10x/sehari Jumlah : 1500 ml Jenis : Air putih
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5 – 10	15	Klien mandiri
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	Frekuensi : 2x/sehari

5	Keluar masuk toilet  (membuka pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	Klien mandiri
6	Mandi	5	15	Frekuensi :2x/sehari
7	Jalan di permukaan datar	0	5	Klien mandiri
8	Naik turun tangga	5	10	Klien mandiri
9	Mengenakan pakaian	5	10	Klien mandiri
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10	Frekuensi : 2x/sehari Konsistensi lunak
11	Kontrol bladder	5	10	Frekuensi : 3-8x/hari Berwarna kuning keruh
12	Olahraga/latihan	5	10	Frekuensi : 1x/sehari  Jenis : Kegiatan Senam
13	Rekreasi/pemanfaatan  waktu luang	5	10	Jenis : Jalan-jalan sore di sekitar panti

- a 130 : Mandiri
- b. 60-125 : Ketergantungan Sebagian
- c. 155 : Ketergantungan Total

### Hasil ( 130 ) klien dengan kategori Mandiri

#### Pengkajian Status Mental Gerontik

- a. Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan *Short Portable Mental*

#### *Status Questioner* (SPSMQ)

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
v		01	Tanggal berapa hari ini? 11 Februari
v		02	Hari apa sekarang? sabtu
v		03	Apa nama tempat ini? = Wisma Melati
v		04	Dimana alamat anda? = Ciracas
v		05	Berapa umur anda? = Tahun
v		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir) = 1955
v		07	Siapa Presiden Indonesia sekarang? = Jokowi Dodo
v		08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya? = SBY



v		09	Siapa nama Ibu Anda? = Ibu Lilis
N		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun. 19,18,17

#### Interpretasi Hasil

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

**Hasil : Salah ( 0 ) klien dengan kategori fungsi intelektual utuh**

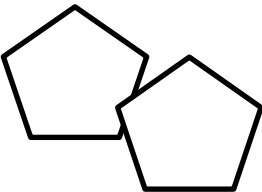
#### **10. Identifikasi Aspek Kognitif & Fungsi Mental Dengan Menggunakan MMSE**

*( Mini Mental Status Exam )*

- a. Orientasi
- b. Registrasi
- c. Perhatian
- d. Kalkulasi
- e. Mengingat kembali
- f. Bahasa

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar :  <input type="checkbox"/> Tahun ( 2023 ) <input type="checkbox"/> Musim ( Hujan ) <input type="checkbox"/> Tanggal ( 17 ) <input type="checkbox"/> Hari ( Jumat ) <input type="checkbox"/> Bulan ( Februari )
	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada?  <input type="checkbox"/> Negara Indonesia <input type="checkbox"/> Propinsi Jawa Barat
				<input type="checkbox"/> Kota : Jakarta  <input type="checkbox"/> PSTW : Budi Mulia 04 Ciracas
2	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan)  <input type="checkbox"/> Obyek : Kasur <input type="checkbox"/> Obyek : Bantal <input type="checkbox"/> Obyek : Jam Dinding

3	Perhatian  dan kalkulasi	5	5	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal "BAPAK"  <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
4	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 poin untuk masing-masing obyek.  <input type="checkbox"/> Kasur <input type="checkbox"/> Bantal <input type="checkbox"/> Jam Dinding
5	Bahasa	9	6	Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien.  <input type="checkbox"/> (misal jam tangan) <input type="checkbox"/> (missal pensil)

			<p>Minta klien untuk mengulang kata berikut : “Tak ada jika, dan, atau, tetapi.”</p> <p>Bila benar, nilai satu poin.</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Pernyataan benar 2 buah</li></ul> <p style="text-align: center;">(contoh : tak ada, tetapi)</p> <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"><li><input type="checkbox"/> Ambil kertas di tangan anda</li><li><input type="checkbox"/> Lipat dua</li><li><input type="checkbox"/> Taruh di lantai</li></ul> <p>Perintahkan pada klien untuk hal Berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> “Tutup mata Anda”</li></ul> <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar.</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Tulis satu kalimat</li><li><input type="checkbox"/> Menyalin gambar</li></ul> <div style="text-align: center;"></div>
--	--	--	---

<b>TOTAL NILAI</b>	<b>30</b>	<b>27</b>	
--------------------	-----------	-----------	--

Interpretasi Hasil :

- 26-30 : Aspek kognitif dan fungsi mental baik  
 21-25 : Aspek kognitif dari fungsi mental ringan  
 1-20 : Kerusakan aspek fungsi mental sedang  
 0-10 : Terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

**Hasil : ( 28 ) Klien Dengan Kategori Aspek Kognitif & Fungsi Mental Baik**

### **11. Pengkajian Keseimbangan**

1) Pengkajian keseimbangan dinilai dari dua komponen utama dalam bergerak, dari kedua komponen tersebut dibagi dalam beberapa gerakan yang perlu di observasi oleh perawat. Kedua komponen tersebut adalah :

a. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, dan 1 bila menunjukkan kondisi berikut ini.

- Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka

( 1 )

-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 ( 0 )

Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata terbuka ( 1 )

Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di 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 ( **1** )

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 ( **0** )

Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya. ( **0** )

Perputaran leher (klien sambil berdiri)

Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki; keluhan vertigo, pusing, atau keadaan tidak stabil ( **0** )

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 ( **0** )

□ Membungkuk

Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bisa berdiri lagi, dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun ( **1** )

2) 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 :

□ Minta klien untuk berjalan ke tempat yang ditentukan

Ragu-ragu, tersandung, memegang objek untuk pegangan ( 0 )

□ Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki saat melangkah)

Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (> 5 cm) ( 0 )

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 ( 1 )

□ Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik di observasi dari samping kiri klien) ( 1 )

Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi

□ Berbalik

Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan ( 0 )

memegang objek untuk dukungan ( 0 )

Interpretasi hasil :

- a. 0 – 5 resiko jatuh rendah
- b. 6 – 10 resiko jatuh sedang
- c. 11 – 15 resiko jatuh tinggi

**Interpretasi Hasil = Jumlah ( 6 ) Resiko Jatuh Sedang**

### The timed up and go (tug) Test

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 ( 21 Detik )

**Interpretasi Hasil : 18 Detik**

#### 12. Penilaian Potensi Dekubitus (Skor NORTON )

Nama Penderita : Ny.Y

Kondisi Fisik Umum : **Baik ( 4 )**

a. Baik 4

b. Lumayan 3

c. Buruk 2

d. Sangat Buruk 1

Kesadaran : **Composmentis ( 4 )**

a. Composmentis 4

b. Apatis 3

c. Sopor 2

d. Koma 1

Aktifitas : **Ambulasi dengan bantuan ( 3 )**

a. Ambulasi 4

b. Ambulasi dengan bantuan 3



- c. Hanya bisa duduk 2
  - d. Tiduran 1
- Inkontinen : **Tidak ( 4 )**
- a. Tidak 4
  - b. Kadang-kadang 3
  - c. Sering inkontinesia urin 2
  - d. Inkontinesia alvi&urin 1

Interpretasi :

15-20 : Kecil sekali/ tak terjadi

12-15 : Kemungkinan kecil terjadi

< 12 : Kemungkinan Besar terjadi

**Interpretasi Hasil : 14 ( Kemungkinan Kecil tidak terjadi )**

### APGAR KELUARGA

No	Item Penilaian	Selalu (2)	Kadang- kadang (1)	Tidak pernah (0)
1	<p>A : Adaptasi</p> <p>Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga karena mereka akan membantu saya pada waktu saya membutuhkan Pertolongan</p>	2		
2.	<p>P : Partnership</p> <p>Saya puas dengan cara keluarga membicarakan sesuatu dengan saya dan Mengungkapkan masalah saya</p>		1	
3.	<p>G : Growth</p> <p>Saya puas dengan keluarga menerima dan mendukung Keinginan saya dalam Melakukan aktifitas</p>	2		

4.	A : Afek Saya puas dengan cara Keluarga merespon saat saya emosi, seperti marah,sedih, Ataupun jatuh cinta		<b>1</b>	
5.	R : Resolve Saya puas dengan cara Keluarga menyediakan Waktu bersama-sama untuk Menylesaikan masalah		<b>1</b>	
	Jumlah		<b>6</b>	

Interpretasi :

Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

**Interpretasi Hasil = 6 ( Disfungsi keluarga sedang )**

### Geriatric Depression Scale (GDS)

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

14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada Harapan		V
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaanya dari pada anda	V	

**Interpretasi :**

a. Skor 0-5 = normal

b. Skor  $\geq 6$  = depresi

**Hasil = ( 7 ) Klien Dengan Kategori Depresi**

### ANALISA DATA

Nama Pasien : Ny.L Tanggal Pengkajian : 10 Februari 2023

Ruangan : Wisma Melati

Dx Medis : Hipertensi disertai Fraktur Femur

No.	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan
1.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan jika nyeri pada paha sebelah kanannya dan sering terasa kaku</li> <li>2. Klien mengatakan merasa terganggu dengan rasa sakitnya</li> <li>3. Klien mengatakan sulit untuk beraktifitas</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lemah</li> <li>2. Kekuatan otot menurun</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) menurun</li> </ol>	<p style="text-align: center;">Gangguan Mobilitas Fisik b.d Rentang gerak ( D. 0054 )</p>
2.	<p>DS : Klien Mengatakan merasa nyeri saat bergerak dan berjalan</p> <p>1.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak meringis kesakitan saat nyeri pada lutut sebelah kaki kanannya kambuh</li> <li>2. P : Nyeri karena bagian paha</li> </ol> <p>Q : Kram</p>	<p style="text-align: center;">Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis ( D.0077 )</p>

	<p>R : Lutut sebelah kaki kanannya</p> <p>S : Skala 5</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p>	
3.	<p>DS : Klien mengatakan sering sulit tidur dan sering merasa pusing, nyeri tekan kepala, dan saat bangun dari tempat tidur klien</p> <p>DO :</p> <p>Klien tampak lemas, sedikit pucat</p> <p>TTV : TD : 167/110 mmHg</p> <p>Nadi : 90x/menit</p> <p>RR : 22x/menit</p> <p>Suhu : 36 °C</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan jika nyeri pada paha sebelah kanannya dan sering terasa kaku</li> <li>2. Klien mengatakan merasa terganggu dengan rasa sakitnya</li> <li>3. Klien mengatakan sulit untuk beraktifitas</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lemah</li> <li>2. Kekuatan otot menurun</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) menurun</li> </ol>	<p>Perfusi Serebral tidak efektif</p> <p>b.d hipertensi</p> <p>(D. 0017)</p>

**PRIORITAS DIAGNOSIS KEPERAWATAN**

<b>No.</b>	<b>Keluhan</b>	<b>Skor</b>
1.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Rentang gerak ( D. 0054 )	1
2.	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis	2
3.	Perfusi Serebral tidak efektif b.d hipertensi	3



### RENCANA KEPERAWATAN/ INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny.L  
2023

Tanggal Pengkajian : 08 Februari

Ruangan : Wisma Melati

Dx Medis : Hipertensi Disertai Fraktur femur

Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d Rentang gerak ( D. 0054 )</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan Panggul kanan cukup meningkat</li> <li>2. lutut kanan meningkat (L.05044)</li> </ol>	<p>Teknik Latihan Penguatan Sendi (I.05185)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi</li> <li>3.2 Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/aktivitas</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.3 Lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan</li> <li>3.4 Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan dan mobilisasi sendi</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.5 Anjurkan duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur</li> <li>3.6 Anjurkan melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis</li> </ol>

<p>Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis ( D.0077 )</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan nyeri berkurang/hilang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mengenali nyeri meningkat</li> <li>2. Keluhan nyeri berkurang</li> </ol> <p>(L.08063)</p>	<p>Menejemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2.2 Identifikasi skala nyeri</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.3 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( dengan terapi pijat dan kompres air hangat)</li> <li>2.4 Fasilitasi Istirahat dan tidur</li> <li>2.5 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan streategi nyeri</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.6 Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>2.7 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> </ol>
<p>Perfusi Serebral tidak efektif b.d Hipertensi (D. 0017)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan perfusi serebral dengan batas stabil, dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sakit kepala menurun</li> <li>2. Tekanan darah diastolik membaik</li> <li>3 Tekanan Darah sistolik membaik</li> <li>4. Refles saraf sedang</li> </ol> <p>(L.02014)</p>	<p>Pemantauan Tekanan Intrakranial (14529)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Identifikasi penyebab peningkatan misalnya hipertensi intrakranial idiopalik</li> <li>1.2. Monitor peningkatan TD</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.3 Pertahankan posisi kepala dan leher netral</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.4 Jelaskan Tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>1.5 informasikan hasil pemantauan</li> </ol>

### CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI 1

Nama Klien : Ny.L

Tanggal Pengkajian : 08 Februari 2023

Ruangan : Wisma Melati

Dx Medis : Hipertensi Disertai Fraktur femur

Diagnosa Keperawatan	Hari Tgl	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Gangguan Mobilitas Fisik b.d Rentang gerak ( D. 0054 )	Rabu, 08/02/2023	<p>1.1 Memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/aktivitas</p> <p>1.2 Melakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan</p> <p>1.3 Memfasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan dan mobilisasi sendi</p> <p>1.4 Anjurkan duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur</p> <p>1.5 Anjurkan melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis</p>	<p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan nyeri seperti linu ketika mulai duduk dan mulai berdiri</p> <p>2. Pasien mengatakan saat berduduk lama panggulnya nyeri</p> <p>3. Pasien mengatakan lokasi nyeri bagian paha</p> <p>4. Pasien mengatakan mau berolahraga dan rentang gerak yang diajarkan perawat</p> <p>5. pasien mengatakan area temoat tidurnya cukup nyaman untuk berduduk dan berbaring</p>	

			<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengajarkan klien rentang gerak sendi di lokasi area post fraktur</li> <li>2. memberikan posisi nyaman di area tempat tidur</li> </ol> <p>A : Masalah mobilisasi teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis ( D.0077 )	Rabu, 08/02/2023	<p>2.1 Mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2.2 Mengidentitikasi skala nyeri</p> <p>2.3 Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( dengan terapi pijat dan kompres air hangat)</p> <p>2.4 Memfasilitasi Istirahat dan tidur</p> <p>2.5 Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan streategi nyeri</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri bagian paha kanan setelah satu tahun lalu</li> <li>2. –</li> <li>3. Pasien mengatakan diberi obat asperidon untuk mengurangi nyeri, dan pasien mengatakan sering melakukan pijat kaki menggunakan minyak <i>Aromatheraphy</i></li> <li>4. –</li> <li>5.Pasien mengatakan nyerinya seperti hilang timbul</li> </ol> <p>O :</p>	

		<p>2.6 Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>2.7 Mengajukan memonitor nyeri secara mandiri</p>	<p>1. Pasien tampak meringis</p> <p>2. Skala nyeri 5</p> <p>A : Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p>	
<p>Perfusi Serebral tidak efektif b.d Hipertensi (D. 0017)</p>		<p>3.1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan misalnya hipertensi intrakranial idiopatik</p> <p>3.2. Memonitor peningkatan TD</p> <p>3.3 Mempertahankan posisi kepala dan leher netral</p> <p>Edukasi :</p> <p>3.4 Menjelaskan Tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>3.5 Menginformasikan hasil pemantauan</p> <p>3.6 Mengidentifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi</p>	<p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan sering merasa pusing , nyeri tekan kepala. Terkadang sulit tidur.</p> <p>2. Pasien mengatakan posisi tidurnya kurang nyaman</p> <p>3. Pasien mengatakan sering di beri obat TD. Dan rutin diminum.</p> <p>O :</p> <p>1. Pasien tampak lemas</p> <p>Kesadaran : CM</p> <p>TD : 167/110mmHg</p> <p>2. Membantu pasien memberi posisi kepala tidur yang nyaman.</p> <p>3. Pasien kooperatif saat Dilakukannya pemeriksaan</p> <p>A : Masalah Perfusi serebral belum teratasi</p>	

			P : Intervensi dilanjutkan	
--	--	--	----------------------------	--

## CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI 2

Nama Klien : Ny.L

Tanggal Pengkajian : 08 Februari 2023

Ruangan : Wisma Melati

Dx Medis : Hipertensi Disertai Fraktur femur

Diagnosa Keperawatan	Hari Tgl	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri ( D. 0054 )</p>	<p>Kamis, 09/02/2023</p>	<p>1.1 Mengidentifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi</p> <p>1.2 Memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/aktivitas</p> <p>1.3 Melakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan</p> <p>1.4 Memfasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan dan mobilisasi sendi</p> <p>1.5 Anjurkan duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur</p> <p>1.6 Anjurkan melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri seperti linu ketika mulai duduk dan mulai berdiri</li> <li>2. Pasien mengatakan saat berduduk lama panggulnya nyeri</li> <li>3. Pasien mengatakan lokasi nyeri bagian paha</li> <li>4. Pasien mengatakan mau berolahraga dan rentang gerak yang diajarkan perawat</li> <li>5. pasien mengatakan area temoat tidurnya cukup nyaman untuk berduduk dan berbaring</li> </ol> <p>O :</p>	

			<p>1. Mengajarkan klien rentang gerak sendi di lokasi area post fraktur</p> <p>2. memberikan posisi nyaman di area tempat tidur</p> <p>3. Pasien tampak bisa sedikit sedikit bergerak dan beranjak dari tempat tidur ke luar ruangan</p> <p>A : Masalah mobilisasi teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis ( D.0077 )	Kamis, 09/02/2023	<p>2.1 Mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>2.3 Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( dengan terapi pijat dan kompres air hangat)</p> <p>2.4 Memfasilitasi Istirahat dan tidur</p>	<p>S :</p> <p>. –</p> <p>1. Pasien mengatakan diberi obat asperidon untuk mengurangi nyeri, dan pasien mengatakan sering melakukan pijat kaki menggunakan minyak <i>Aromatheraphy</i></p> <p>. –</p> <p>2.Pasien mengatakan nyerinya seperti hilang timbul</p> <p>O :</p>	



		<p>2.5 Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi nyeri</p> <p>2.6 Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>2.7 Mengajukan memonitor nyeri secara mandiri</p>	<p>1. Pasien tampak sedikit lemas</p> <p>2. Pasien tampak sedikit meringis</p> <p>2. Skala Nyeri 5</p> <p>A : Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p>	
<p>Perfusi Serebral tidak efektif b.d Hipertensi (D. 0017)</p>	<p>Kamis .09/02/2023</p>	<p>3.1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan misalnya hipertensi intrakranial idiopatik</p> <p>3.2. Memonitor peningkatan TD</p> <p>3.3 Mempertahankan posisi kepala dan leher netral</p> <p>Edukasi :</p> <p>3.4 Menjelaskan Tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>3.5 Menginformasikan hasil pemantauan</p>	<p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan sering merasa pusing , nyeri tekan kepala. Terkadang sulit tidur.</p> <p>2. Pasien mengatakan sedikit nyaman dengan posisi tidurnya</p> <p>3. Pasien mengatakan sering di beri obat TD. Dan rutin diminum.</p> <p>4. Pasien mengatakan saat dirinya pusing pasien memakai minyak <i>aromatherphy</i>.</p> <p>O :</p> <p>1. Pasien tampak sedikit lemas</p> <p>2. Pasien Tampak berbaring</p> <p>3. TD sedikit menurun</p> <p>Kesadaran : CM</p>	

			<p>TD : 165/100mmHg</p> <p>4. Pasien kooperatif saat Dilukannya pemeriksaan</p> <p>A : Masalah perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--

### CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI 3

Nama Klien : Ny.L

Tanggal Pengkajian : 10 Februari 2023

Ruangan : Wisma Melati

Dx Medis : Hipertensi Disertai Fraktur femur

Diagnosa Keperawatan	Hari Tgl	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri ( D. 0054 )	Jumat, 10/02/2023	<p>1.1 Mengidentifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi</p> <p>1.2 Memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/aktivitas</p> <p>1.3 Melakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan</p> <p>1.4 Memfasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan dan mobilisasi sendi</p> <p>1.5 Anjurkan duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur</p> <p>1.6 Anjurkan melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan nyeri seperti linu ketika mulai duduk dan mulai berdiri</li> <li>Pasien Mengatakan sudah mulai melakukan rentang gerak agar tidak kaku.</li> <li>Pasien mengatakan mau berolahraga dan rentang gerak yang diajarkan perawat</li> <li>pasien mengatakan area tempat tidurnya cukup nyaman untuk berduduk dan berbaring</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak berjalan menggunakan alat bantu.</li> </ol>	

			<p>2. Pasien mau melakukan rentang gerak aktivitas setiap pagi</p> <p>A : Masalah mobilisasi teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>
<p>Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis ( D.0077 )</p>	<p>Jumat, 10/02/2023</p>	<p>3.1 Mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>3.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>3.3 Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( dengan terapi pijat dan kompres air hangat)</p> <p>3.4 Memfasilitasi Istirahat dan tidur</p> <p>3.5 Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan streategi nyeri</p> <p>3.6 Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri bagian paha kanan setelah satu tahun lalu</li> <li>2. –</li> <li>3. Pasien mengatakan diberi obat asperidon untuk mengurangi nyeri, dan pasien mengatakan sering melakukan pijat kaki menggunakan minyak <i>Aromatheraphy</i></li> <li>4. Pasien mengatakan nyerinya berkurang ketika berbaring di kasur.</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak sedikit lega</li> <li>2. Skala nyeri 4</li> </ol>

		3.7 Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	A : Masalah nyeri teratasi sebagian P : Intervensi Dihentikan
Perfusi Serebral tidak efektif b.d Hipertensi (D. 0017)	Jum'at 10/02/2023	<p>3.1.Mengidentifikasi penyebab peningkatan misalnya hipertensi intrakranial idiopatik</p> <p>3.2. Memonitor peningkatan TD</p> <p>3.3 Mempertahankan ertahankan posisi kepala dan leher netral</p> <p>Edukasi :</p> <p>3.4 Menjelaskan Tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>3.5 Mengiinformasikan hasil pemantauan</p>	<p>S :</p> <p>1.Pasien mengatakan pusing kepalanya sedikit reda</p> <p>2. Pasien mengatakan nyaman dengan posisi tidurnya</p> <p>3. Pasien mengatakan sering di beri obat TD. Dan rutin diminum.</p> <p>4. Pasien mengatakan saat dirinya pusing pasien memakai minyak <i>aromatherphy</i>.</p> <p>O :</p> <p>1. Pasien tampak sedikit lemas</p> <p>2. Pasien Tampak berbaring</p> <p>3.TD sedikit menurun</p> <p>Kesadaran : CM</p> <p>TD : 155/100mmHg</p> <p>4. Pasien kooperatif saat</p>

			<p>Dilukannya pemeriksaan</p> <p>A : Masalah perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--

## ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK

### Pengkajian Pasien Ke 2

#### 1. Identitas

- a. Nama : Ny. S
- b. Tempat/tanggal Lahir : Jakarta 14 juni 1954
- c. Jenis Kelamin : Perempuan
- d. Status Perkawinan : Kawin
- e. Agama : Islam
- f. Suku : Jawa
- g. Tanggal masuk PSTW : 20 Agustus 2020
- h. Tanggal pengkajian : 13 Februari 2023

#### 2. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi

- a. Pekerjaan saat ini : Pengangguran
- b. Pekerjaan sebelumnya : Ibu Rumah Tangga
- c. Sumber pendapatan : Panti
- d. Kecukupan pendapatan : Secukupnya

#### 3. Lingkungan tempat tinggal

Ny.S tinggal di PSTW Budi Mulia 04 Ciracas di Wisma Melati. Lingkungan tersebut sangat bersih, ruangan wisma terpantau bersih dikarenakan dilakukan kebersihan 2 kali sehari dengan para petugas panti. Penerangan cukup memadai untu di sekitar ruangan kamar, kamar mandi, dan lorong wisma. Sirkulasi udara pun sangat bersih, terdapat alat penyaringan debu di setiap kamar wisma. Pembuangan air kotor disalurkan dengan beberapa saluran yang telah dibuat oleh para pengurus panti di halaman depan wisma. Sumber air minum mendapatkan donasi dengan 1

galon tiap ruangan wisma. Pembuangan sampah di kelola oleh pihak dinas kebersihan DKI Jakarta dan para pengurus panti. Limbah sampah tersebut dibuang setiap 1x/sehari setiap pagi hari. Sumber pencemaran sangat minim, dikarenakan lokasi PSTW Budi Mulia 04 Ciracas di kelilingi oleh banyak pepohonan dan tanaman,serta polusi udara sangat minim.

#### **4. Riwayat kesehatan**

##### **a. Status kesehatan saat ini**

- 1) Keluhan utama dalam 1 terakhir : Ny S. mengatakan sering pusing dan saat ketika bangun tidur pandangan matanya kabur, tengkuk bagian lehernya sering sakit dan kakinya sering kesemutan. Klien mengatakan dirinya dalam 1 bulan terakhir sering merasa sulit tidur ketika malam hari karena klien merasakan sesak nafas dan batuk hingga kesulitan bernafas, hal yang bisa klien lakukan untuk mengatasinya klien menghirup dan mengoleskan aromatherapy agar mengurangi sesak nafas Pada saat di cek TD : 159/90mmHg RR : 16x/menit S : 36 C N : 80x/menit
- 2) . Gejala yang dirasakan : Pusing pandangan mata kabur, tengkuk leher nyeri, kesulitan tidur, sesak nafas pada malam hari, berkurangnya nafsu makan
- 3) Faktor pencetus keluhan : Pusing, sesak nafas, sulit tidur, nafsu makan berkurang
- 4) Timbulnya keluhan : (√) mendadak ( ) Bertahap
- 5) Upaya mengatasi : Klien mengatasinya dengan sering mengurut urut kepalanya dan berbaring dan klien ketika sesak nafas mengatasinya dengan memakai minyak aromatheraphy
- 6) Pergi ke RS/Klinik pengobatan/dokter praktik/bidan/perawat : klien hanya di rawat dipanti
- 7) Mengonsumsi obat-obatan sendiri/obat tradisional (pilih salah satu) = sebutkan
  - i. Vit. B Kompleks
  - ii. Dopamet methyladopa 250mg



## 5. Riwayat kesehatan masa lalu

- a. Penyakit yang pernah diderita :  
Klien hanya 1 bulan terakhir ini sering sesak nafas
- b. Riwayat alergi (obat,makanan,binatang,debu,dll) :  
Klien tidak memiliki riwayat alergi apapun
- c. Riwayat kecelakaan :  
Klien pernah jatuh pada saat di depan masjid ketika hendak melakukan ibadah
- d. Riwayat pernah dirawat di RS :  
klien mengatakan tidak pernah dirawat
- e. Riwayat pemakaian obat :

## 6. Pemeriksaan fisik

- a. Keadaan umum : Composmentis
- b. TTV : 159/90mmHg
- c. BB/TB : 46 Kg
- d. Kepala : Simetris, ada pergerakan, Rambut : Bersih, Tidak ada ketombe
- e. Mata : Bentuk simetris (+/+), ukuran pupil 2/2 isokor, bentuk bulat normal, reflek cahaya (+/+), konjungtiva anemis, fungsi penglihatan sedikit rabun , tidak terdapat tanda-tanda peradangan, tidak pernah menjalani operasi pada bagian mata, tidak menggunakan lensa kotak.
- f. Telinga : Bentuk simetris (+/+), tidak ada serumen, dan tidak ada nyeri tekan
- g. Mulut & Tenggorokan : Mukosa mulut tampak lembab, keadaan mulut sedikit kotor, kesulitan atau gangguan bicara (-),dan kesulitan menelan
- h. Payudara : Tidak dilakukan pemeriksaan
- i. Sistem Pernafasan : Suara paru vesikuler dan pola napas 19x/menit bunyi nafas wheezing

- j. Sistem Kardiovaskuler : Tekanan Darah : 167/55 MmHg, Nadi : 80x/menit, RR : 18x/menit, Suhu :36,5 °C, capillary refiling > 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.
- k. Sistem Gastrointestinal : Tidak ada masalah pada sistem gastrointestinal klien.
- l. Sistem Perkemihan : Tidak ada masalah pada sistem perkemihan klien
- m. Sistem genitroreproduksi : Tidak dilakukan pengkajian pada sistem genitroreproduksi
- n. Sistem Muskuloskeletal : Ny. S tidak memiliki permasalahan pada sistem muskuloskeletal
- o. Sistem Saraf Pusat : Ny. S mengatakan pusing dan nyeri tekan pada kepala
  - 1. Sistem Endokrin : Ny.L mengalami penurunan kemampuan mentoleransi stress, dan penurunan kadar ekstrogen dan peningkatan kadar FSH selama menopause

## **7. Pengkajian psikososial dan spiritual**

- a. Psikososial : Jelaskan kemampuan sosialisasi klien pada saat sekarang, sikap klien pada orang lain, harapan-harapan klien dalam melakukan sosialisasi, kepuasan klien dalam sosialisasi, dll.
- b. Identifikasi Masalah Emosional

### **PERTANYAAN TAHAP 1**

- 1) Apakah klien mengalami sukar tidur? YA
- 2) Apakah klien sering merasa gelisah? YA
- 3) Apakah klien sering murung atau menangis sendiri? TIDAK

4) Apakah klien sering merasa was-was atau khawatir? YA



5) Lanjutkan ke pertanyaan Tahap 2 jika lebih dari atau sama dengan 1 jawaban "YA"

#### PERTANYAAN TAHAP 2

1) Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan? YA

2) Ada masalah atau banyak pikiran? YA

3) Ada gangguan/masalah dengan keluarga lain? YA

4) Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter? TIDAK

5) Apakah cenderung mengurung diri? TIDAK



6) Bila lebih dari 1 atau sama dengan 1 jawabannya "YA"

#### MAKA EMOSIONAL POSITIF (+)

c. Spiritual : Ny. L beragama Islam, ia rutin mengikuti kegiatan keagamaan seperti acara pengajian setiap hari senin dan jumat , acara qasidah setiap hari kamis, dan jika menjalankan shalat 5 waktu, Ny.L shalat di mushala Panti.

## Pengkajian Fungsional Klien

### KATZ Indeks

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

2	<p><b>Berpakaian</b></p> <p><b>Mandiri :</b></p> <p>Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian</p> <p><b>Tergantung :</b></p> <p>Tidak dapat memakai baju sendiri atau sebagian</p>	v	
3.	<p><b>Ke kamar kecil</b></p>		
	<p><b>Mandiri :</b></p> <p>Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri</p> <p><b>Tergantung :</b></p> <p>Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>	v	

4.	<p><b>Berpindah</b></p> <p><b>Mandiri :</b></p> <p>Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p><b>Bergantung :</b></p> <p>Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan</p>	v	
5.	<p><b>Kontinen</b></p> <p><b>Mandiri</b></p> <p>BAB dan BAK seluruhnya terkontrol sendiri</p> <p><b>Bergantung</b></p> <p>Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, pembalut/pempers</p>	v	

6	<p><b>Makan</b></p> <p><b>Mandiri</b></p> <p>Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri</p> <p><b>Bergantung :</b></p> <p>Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan melalui parenteral (NGT)</p>	v	
---	---	---	--

**Keterangan :**

**Beri tanda (√) pada point yang sesuai kondisi klien**

**Analisis Hasil :**

- a. Mandiri dalam makan, kontinensia (BAK dan BAB), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah, dan mandi.
- b. Mandiri semuanya kecuali salah satu saja dari fungsi di atas
- c. Mandiri, kecuali mandi dan satu lagi fungsi yang lain
- d. Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi yang lain
- e. Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan satu fungsi yang lain
- f. Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah, dan satu fungsi yang lain.

g. Ketergantungan untuk semua fungsi di atas

h. Lain-lain (minimal ada 2 ketergantungan yang tidak sesuai dengan kategori di atas)

**Hasil : Klien** Mandiri dalam makan, kontinensia (BAK dan BAB), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah, dan mandi.

#### Modifikasi Dari Barthel Indeks

NO.	KRITERIA	DENGAN BANTUAN	MANDIRI	KETERANGAN
1	Makan	5	10	Frekuensi : 3x/sehari Jumlah : 1 porsi Jenis : Nasi, lauk pauk, dan buah
2	Minum	5	10	Frekuensi : 10x/sehari Jumlah : 1500 ml Jenis : Air putih
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5 – 10	15	Klien mandiri
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	Frekuensi : 2x/sehari



5	Keluar masuk toilet  (membuka pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	Klien mandiri
6	Mandi	5	15	Frekuensi :2x/sehari
7	Jalan di permukaan datar	0	5	Klien mandiri
8	Naik turun tangga	5	10	Klien mandiri
9	Mengenakan pakaian	5	10	Klien mandiri
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10	Frekuensi : 2x/sehari Konsistensi lunak
11	Kontrol bladder	5	10	Frekuensi : 3-8x/hari Berwarna kuning keruh
12	Olahraga/latihan	5	10	Frekuensi : 1x/sehari  Jenis : Kegiatan Senam
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10	Jenis : Jalan-jalan sore di sekitar panti

Keterangan :

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

**Hasil ( 130 ) klien dengan kategori Mandiri**

### Pengkajian Status Mental Gerontik

a. Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan *Short Portable Mental*

*Status Questioner* (SPSMQ)

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
v		01	Tanggal berapa hari ini? 17 Februari
v		02	Hari apa sekarang? Jumat
v		03	Apa nama tempat ini? = Wisma Melati
v		04	Dimana alamat anda? = Ciracas
v		05	Berapa umur anda? = Tahun
v		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
v		07	Siapa Presiden Indonesia sekarang? = Jokowi Dodo
v		08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya? = SBY
v		09	Siapa nama Ibu Anda? = Ibu
N		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun. 19,18,17

### Interpretasi Hasil

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

**Hasil : Salah ( 0 ) klien dengan kategori fungsi intelektual utuh**

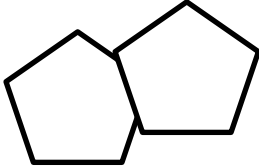

### **Identifikasi Aspek Kognitif & Fungsi Mental Dengan Menggunakan MMSE**

*( Mini Mental Status Exam )*

- a. Orientasi
- b. Registrasi
- c. Perhatian
- d. Kalkulasi
- e. Mengingat kembali
- f. Bahasa

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tahun ( 2023 )</li> <li><input type="checkbox"/> Musim ( Hujan )</li> <li><input type="checkbox"/> Tanggal ( 20 )</li> <li><input type="checkbox"/> Hari ( senin )</li> <li><input type="checkbox"/> Bulan ( Februari )</li> </ul>
	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada? <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Negara Indonesia</li> <li><input type="checkbox"/> Pripinsi Jawa Barat</li> </ul>
				<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kota : Jakarta</li> <li><input type="checkbox"/> PSTW : Budi Mulia 04 Ciracas</li> </ul>
2	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Obyek : Kasur</li> <li><input type="checkbox"/> Obyek : Bantal</li> <li><input type="checkbox"/> Obyek : Jam Dinding</li> </ul>

3	Perhatian  dan kalkulasi	5	5	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal “BAPAK”  <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
4	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 poin untuk masing-masing obyek.  <input type="checkbox"/> Kasur <input type="checkbox"/> Bantal <input type="checkbox"/> Jam Dinding
5	Bahasa	9	6	Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien.  <input type="checkbox"/> (misal jam tangan) <input type="checkbox"/> (missal pensil)

			<p>Minta klien untuk mengulang kata berikut : “Tak ada jika, dan, atau, tetapi.”</p> <p>Bila benar, nilai satu poin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pernyataan benar 2 buah</li> </ul> <p style="padding-left: 40px;">(contoh : tak ada, tetapi)</p> <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"> <li><input type="checkbox"/> Ambil kertas di tangan anda</li> <li><input type="checkbox"/> Lipat dua</li> <li><input type="checkbox"/> Taruh di lantai</li> </ul> <p>Perintahkan pada klien untuk hal Berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> “Tutup mata Anda”</li> </ul> <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tulis satu kalimat</li> <li><input type="checkbox"/> Menyalin gambar</li> </ul> <div style="text-align: center;">   </div>
--	--	--	---

<b>TOTAL NILAI</b>	<b>30</b>	<b>27</b>	
--------------------	-----------	-----------	--

Interpretasi hasil :

26-30 : Aspek kognitif dan fungsi mental baik  
 21-25 : Aspek kognitif dari fungsi mental ringan  
 11-20 : Kerusakan aspek fungsional sedang

0-10 : Terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

**Hasil : ( 28 ) Klien Dengan Kategori Aspek Kognitif & Fungsi Mental Baik**

### **Pengkajian Keseimbangan**

1) Pengkajian keseimbangan dinilai dari dua komponen utama dalam bergerak, dari kedua komponen tersebut dibagi dalam beberapa gerakan yang perlu di observasi oleh perawat. Kedua komponen tersebut adalah :

a. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, dan 1 bila menunjukkan kondisi berikut ini.

- Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka

( 1 )

- 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 ( 0 )

Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata terbuka ( 1 )

Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di 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 ( **1** )

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 ( **0** )

Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya. ( **0** )

Perputaran leher (klien sambil berdiri)

Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki; keluhan vertigo, pusing, atau keadaan tidak stabil ( **0** )

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 ( **0** )

▣ Membungkuk

Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bisa berdiri lagi, dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun ( **1** )

2) 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 :

▣ Minta klien untuk berjalan ke tempat yang ditentukan

Ragu-ragu, tersandung, memegang objek untuk pegangan ( **0** )

▣ Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki saat melangkah)



Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggaser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi ( $> 5$  cm) ( **0** )

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 ( **1** )

□ Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik di observasi dari samping kiri klien) ( **1** )

Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi

□ Berbalik

Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan ( **0** )

memegang objek untuk dukungan ( **0** )

Interpretasi hasil :

- a. 0 – 5 resiko jatuh rendah
- b. 6 – 10 resiko jatuh sedang
- c. 11 – 15 resiko jatuh tinggi

**Interpretasi Hasil = Jumlah ( 6 ) Resiko Jatuh Sedang**

### The timed up and go (tug) Test

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 ( 21 Detik )

**Interpretasi Hasil : 18 Detik**

### Penilaian Potensi Dekubitus (Skor NORTON )

Nama Penderita : Ny.S

Kondisi Fisik Umum : **Baik ( 4 )**

a. Baik 4

b. Lumayan 3

c. Buruk 2

d. Sangat Buruk 1

Kesadaran : **Composmentis ( 4 )**

a. Composmentis 4

b. Apatis 3

c. Sopor 2

d. Koma 1

Aktifitas : **Ambulasi dengan bantuan ( 3 )**

a. Ambulasi 4

b. Ambulasi dengan bantuan 3

- c. Hanya bisa duduk 2
- d. Tiduran 1
- Inkontinen : **Tidak ( 4 )**
- a. Tidak 4
- b. Kadang-kadang 3
- c. Sering inkontinesia urin 2
- d. Inkontinesia alvi&urin 1

Interpretasi :

15-20 : Kecil sekali/ tak terjadi

12-15 : Kemungkinan kecil terjadi

< 12 : Kemungkinan Besar terjadi

**Interpretasi Hasil : 14 ( Kemungkinan Kecil tidak terjadi )**

### APGAR KELUARGA

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		<b>1</b>	
3.	G : Growth  Saya puas dengan keluarga menerima dan mendukung  Keinginan saya dalam  Melakukan aktifitas	<b>2</b>		
4.	A : Afek  Saya puas dengan cara  Keluarga merespon saat saya emosi, seperti marah, sedih,  Ataupun jatuh cinta		<b>1</b>	
5.	R : Resolve  Saya puas dengan cara  Keluarga menyediakan  Waktu bersama-sama untuk  Menylesaikan masalah		<b>1</b>	
	Jumlah		<b>6</b>	

Interpretasi :

Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

**Interpretasi Hasil = 6 ( Disfungsi keluarga sedang )**

### Geriatric Depression Scale (GDS)

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda	V	
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda	V	
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong	V	
4	Apakah anda sering merasa bosan		V
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat	V	
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk akan	V	
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar		V
8	Apakah anda merasa sering tidak berdaya		V
9	Apakah anda lebih sering dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru	V	
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang		V
11	Apakah anda pikir bahwa kehidupan anda saat ini Menyenangkan	V	

12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini		V
13	Apakah anda merasa penuh semangat	V	
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada Harapan		V
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaanya dari pada anda	V	

**Interpretasi :**

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

**Hasil = ( 7 ) Klien Dengan Kategori Depresi**

### ANALISA DATA

Nama Pasien : Ny.S Tanggal Pengkajian : 13 Februari 2023

Ruangan : Wisma Melati

Dx Medis : Hipertensi disertai Asma

No.	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan
1.	<p>DS : Pasien sering merasa pusing, nyeri tekan kepala, dan pandangan kabur</p> <p>DO :</p> <p>Klien tampak lemas, sedikit pucat</p> <p>TTV : TD : 167/55 mmHg</p> <p>Nadi : 80x/menit</p> <p>RR : 16x/menit</p> <p>Suhu : 36,5 °C</p>	<p>Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d sesak nafas (D.0001)</p>
2	<p>DS : Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari dan sulit tidur</p> <p>DO : Pasien sering terbangun pada malam hari Pasien mengatakan tidak puas tidur</p>	<p>Gangguan pola tidur b.d kesulitan tidur (D. 0055)</p>
3	<p>DS : Pasien sering merasa pusing, nyeri tekan kepala, dan pandangan kabur</p> <p>DO :</p>	<p>Perfusi serebral tidak efektif b.d Tekanan intrakranial (D. 0017)</p>

	Klien tampak lemas, sedikit pucat TTV : TD : 167/55 mmHg Nadi : 80x/menit RR : 16x/menit Suhu : 36,5 °C	
--	---	--

No.	Keluhan	Skor
1.	Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d sesak nafas (D.0001)	1
2.	Gangguan Pola tidur b.d Kesulitan tidur ( D. 0055)	2
3.	Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Tekanan intrakranial (D. 0017)	3



### RENCANA KEPERAWATAN/ INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny.S

Tanggal Pengkajian : 13 Februari 2023

Ruangan : Wisma Melati

Dx Medis : Hipertensi Disertai Asma

Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
<p>Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d sesak nafas (D.0001)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nafas membaik</li> <li>2. Pola nafas membaik</li> </ol> <p>(L.01001)</p>	<p><b>Menejemen Asma (L.01010)</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Monitor Frekuensi kedalaman nafas</li> <li>1.2 Monitor bunyi nafas tambahan</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.3 Anjurkan bernafas lambat dan dalam</li> <li>1.4 Ajarkan mengidentifikasi dan menghindari pemicu (polusi udara, dan debu)</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.5 Kolaborasi pemberian obat tambahan jika tidak responsif dengan bronkodilator</li> </ol>
<p>Gangguan Pola tidur b.d sesulitan tidur ( D. 0055)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan kualitas tidur meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan sering terjaga cukup menurun</li> <li>3. Keluhan tidak puas tidur menurun</li> </ol> <p>(L.05045)</p>	<p>Dukungan Tidur (I.09265)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Identifikasi pola aktifitas dan tidur</li> <li>2.2. Identifikasi pola pengganggu tidur</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.3 Modifikasi lingkungan</li> </ol>

		<p>2.4 Batasi waktu tidur siang</p> <p>2.5 Tetapkan jadwal tidur</p> <p>Edukasi :</p> <p>2.6 Jelaskan pentingnya tidur cukup</p> <p>2.7 Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</p>
<p>Perfusi serebral tidak efektif b.d Tekanan intrakranial (D. 0017)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan perfusi serebral membaik dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah intrakranial menurun</li> <li>2. Sakit kepala menurun</li> <li>3. Reflek saraf membaik</li> </ol> <p>(L.02014)</p>	<p><b>Pemantauan Neurologis (I.06197)</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Monitor tanda-tanda vital</li> <li>3.2 Monitor Gangguan visual : Penglihatan kabur</li> <li>3.3 Monitor Sakit kepala</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.4 Tingkatkan Frekuensi pemantauan neurologis</li> <li>3.5 Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.5 Jelaskan Tujuan Prosedur pemantauan</li> <li>3.6 Informasi hasil pemantauan</li> </ol>

### CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI 1

Nama Klien : Ny.S

Tanggal Pengkajian : 13 Februari 2023

Ruangan : Wisma Melati

Dx Medis : Hipertensi Disertai Asma

Diagnosa Keperawatan	Hari Tgl	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d sesak nafas (D.0001)	Senin, 13/02/2023	<p>1.1 Memonitor Frekuensi kedalaman nafas</p> <p>1.2 Memonitor bunyi nafas tambahan</p> <p>1.3Menganjurkan bernafas lambat dan dalam</p> <p>1.4 Mengajarkan mengidentifikasi dan menghindari pemicu (polusi udara, dan debu)</p> <p>1.5 Mengkolaborasi pemberian obat tambahan jika tidak responsif dengan bronkodilator</p>	<p>S :</p> <p>1. -</p> <p>2. Pasien mengatakan pandangannya kabur dan buram</p> <p>4. Pasien mengatakan kepalanya sakit dan tengkuk lehernya sakit</p> <p>5. Pasien mengatakan dirinya hanya bisa berduduk dan berbaring tanpa melakukan aktifitas berat selama di panti</p> <p>O :</p> <p>1.Pasien tampak lemah</p> <p>2. TD : 167/60mmHg</p> <p>3. Pasien mengeluh nyeri kepala</p>	

			<p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
<p>Gangguan pola tidur b.d kesulitan tidur (D. 0055)</p>	<p>Senin 13/02/2023</p>	<p>2.1. Mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur</p> <p>2.2. Mengidentifikasi pola pengganggu tidur</p> <p>2.3 Memodifikasi lingkungan</p> <p>2.4 Membatasi waktu tidur siang</p> <p>2.5 Menetapkan jadwal tidur</p> <p>2.6 Menjelaskan pentingnya tidur cukup</p> <p>2.7 Menganjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</p>	<p>S: 1. Pasien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari</p> <p>2. pasien mengatakan sering terbangun</p> <p>3. pasien mengatakan ketika pagi hari sering mengantuk</p> <p>O : 1. Pasien tampak pucat lemas, mata mata kurang tidur</p> <p>2. menganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup</p> <p>A : Masalah poa tidur belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	

<p>Resiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p>b.d Tekanan intrakranial (D. 0017)</p>	<p>Senin, 13/02/2023</p>	<p>3.1 Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>3.2 Memonitor Gangguan visual : Penglihatan kabur</p> <p>3.3 Memonitor Sakit kepala</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3.4 Meningkatkan Frekuensi pemantauan neurologis</p> <p>3.5 Menghindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial</p> <p>Edukasi :</p> <p>3.5 Menjelaskan Tujuan Prosedur pemantauan</p> <p>3.6 Meginformasi hasil pemantauan</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan saat sesak nafas dirinya melatih nafas dengan tarik hembus nafas</li> <li>2. Pasien mengatakan lingkungannya bersih dan bebas dari debu</li> <li>3. Pasien mengatakan sering batuk pada malam hari</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengajarkan pasien dengan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>2. suara nafas (+) wheezing</li> </ol> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--------------------------	---	--	--

**CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI 2**

Nama Klien : Ny.S

Tanggal Pengkajian : 13 Februari 2023

Ruangan : Wisma Melati

Dx Medis : Hipertensi Disertai Asma

Diagnosa Keperawatan	Hari Tgl	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d sesak nafas (D.0001)	Selasa, 14/02/2023	1.1 Memonitor Frekuensi kedalaman nafas 1.2 Memonitor bunyi nafas tambahan  1.3Menganjurkan bernafas lambat dan dalam  1.4 Mengajarkan mengidentifikasi dan menghindari pemicu (polusi udara, dan debu)  1.5 Mengkolaborasi pemberian obat tambahan jika tidak responsif dengan bronkodilator	S : 1. Pasien mengatakan saat sesak nafas dirinya melatih nafas dengan tarik hembus nafas 2.Pasein mengatakan lingkungan nya bersih dan bebas dari debu 3. Pasien mengatakan sering batuk pada malam hari  O : 1. Mengajarkan pasien dengan teknik relaksasi nafas dalam 2. suara nafas (+) wheezing  A : Masalah belum teratasi	

			<p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
<p>Gangguan Pola Tidur b.d kesulitan tidur (D.0055)</p>	<p>Selasa 14/02/2023</p>	<p>2.1. Mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur</p> <p>2.2. Mengidentifikasi pola pengganggu tidur</p> <p>2.3 Memodifikasi lingkungan</p> <p>2.4 Membatasi waktu tidur siang</p> <p>2.5 Menetapkan jadwal tidur</p> <p>2.6 Menjelaskan pentingnya tidur cukup</p> <p>2.7 Menganjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</p>	<p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari</p> <p>2. pasien mengatakan sering terbangun</p> <p>3. pasien mengatakan ketika pagi hari sering mengantuk</p> <p>O :</p> <p>1. Pasien tampak pucat lemas, mata mata kurang tidur</p> <p>2. menganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup</p> <p>A : Masalah poa tidur belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	



<p>Resiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p>b.d Tekanan intrakranial (D. 0017)</p>	<p>Selasa, 14/02/2023</p>	<p>3.1 Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>3.2 Memonitor Gangguan visual : Penglihatan kabur</p> <p>3.3 Memonitor Sakit kepala</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3.4 Meningkatkan Frekuensi pemantauan neurologis</p> <p>3.5 Menghindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial</p> <p>Edukasi :</p> <p>3.5 Menjelaskan Tujuan Prosedur pemantauan</p> <p>3.6 Meginformasi hasil pemantauan</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. -</li> <li>2. Pasien mengatakan pandangannya kabur dan buram</li> <li>4. Pasien mengatakan kepalanya sakit dan tengkuk lehernya sakit</li> <li>5. Pasien mengatakan dirinya hanya bisa ber duduk dan berbaring tanpa melakukan aktifitas berat selama di panti</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemah</li> <li>2. mengecek TD : 155/90mmHg sedikit menurun</li> <li>3. Pasien mengeluh nyeri kepala</li> </ol> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
--	---------------------------	---	--	--

### CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI 3

Nama Klien : Ny.S

Tanggal Pengkajian : 13 Februari 2023

Ruangan : Wisma Melati

Dx Medis : Hipertensi Disertai Asma

Diagnosa Keperawatan	Hari Tgl	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d sesak nafas (D.0001)	Rabu, 15/02/2023	1.1 Memonitor Frekuensi kedalaman nafas 1.2 Memonitor bunyi nafas tambahan  1.3Menganjurkan bernafas lambat dan dalam	S : 1. Pasien mengatakan mulai melatih teknik relaksasi nafas dalam saat sesak nafas 2. Pasien mengatakan rutin memakai minyak <i>Aromatehrapy</i> untuk mengurangi sesak	

		<p>1.4 Mengajarkan mengidentifikasi dan menghindari pemicu (polusi udara, dan debu)</p> <p>1.5 Mengkolaborasi pemberian obat tambahan jika tidak responsif dengan bronkodilator</p>	<p>3. Pasien mengatakan sering batuk pada malam hari</p> <p>O :</p> <p>1. Mengajarkan pasien dengan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>2. Suara nafas sedikit normal</p> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	
--	--	---	---	--

<p>Gangguan Pola tidur b.d Kesulitan tidur (0055)</p>	<p>Rabu 14/02/2023</p>	<p>.1. Mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur</p> <p>2.2. Mengidentifikasi pola pengganggu tidur</p> <p>2.3 Memodifikasi lingkungan</p> <p>2.4 Membatasi waktu tidur siang</p> <p>2.5 Menetapkan jadwal tidur</p> <p>2.6 Menjelaskan pentingnya tidur cukup</p> <p>2.7 Menganjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</p>	<p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari</p> <p>2. pasien mengatakan pola tidurnya membaik setelah beristirahat siang hari</p> <p>3. pasien mengatakan membiasakan aktitas di luar pada siang hari agar tidak tidur siang</p> <p>O :</p> <p>1. Pasien tampak lemasnya berkurang</p> <p>A : Masalah poa teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
---	----------------------------	--	---	--

<p>Resiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p>b.d Tekanan intrakranial (D. 0017)</p>	<p>Rabu, 15/02/2023</p>	<p>3.1 Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>3.2 Memonitor Gangguan visual : Penglihatan kabur</p> <p>3.3 Memonitor Sakit kepala</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3.4 Meningkatkan Frekuensi pemantauan neurologis</p> <p>3.5 Menghindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial</p> <p>Edukasi :</p> <p>3.5 Menjelaskan Tujuan Prosedur pemantauan</p> <p>3.6 Meginformasi hasil pemantauan</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. -</li> <li>2. Pasien mengatakan pandangannya kabur dan buram sedikit berkurang setelah banyak beristirahat</li> <li>4. Pasien mengatakan kepalanya sakit dan pasien membiasakan dengan memijat kepalanya</li> <li>5. Pasien mengatakan dirinya hanya bisa berduduk dan berbaring tanpa melakukan aktifitas berat selama di panti</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemah</li> <li>2. TD : 145/95mmHg</li> <li>3. Pasien mengeluh nyeri kepala</li> </ol> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
--	-------------------------	---	---	--

--	--	--	--	--

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini, penulis membandingkan antara teori dari kasus 1 dan 2 di bab III yang dilaksanakan selama 3 hari implementasi. Asuhan keperawatan tersebut meliputi : pengkajian, perumusan diagnosa, rencana asuhan keperawatan, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Sumber data dari hasil observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan hasil laboratorium. Fokus dari pengkajian data objektif berupa status kesehatan, pola coping, fungsi status respons pasien terhadap terapi, risiko untuk masalah potensial, dukungan terhadap pasien. Karakteristik data yang diperoleh dari hasil pengkajian seharusnya memiliki karakteristik yang lengkap, akurat, nyata dan relevan. Data yang lengkap mampu mengidentifikasi semua masalah keperawatan pada pasien (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Penulis melakukan pengkajian pada klien pertama Ny. L pada tanggal 08 Februari 2023 hasil pengkajian yang didapatkan adalah klien mengeluh sakit kepala dan klien mengeluh pusing klien memiliki riwayat hipertensi dan klien mengeluh nyeri pada kaki sebelah kanan, pasien pernah mengalami kecelakaan kecelakaan lalu lintas 2 tahun yang lalu menabrak trotoar saat mengendarai sepeda mobil bersama suaminya, dalam kejadian itu pasien mengatakan suaminya meninggal dunia dan pasien mengalami patah tulang paha sebelah kanan dan luka – luka ringan. Dengan hasil TTV : TD 169/100 mmHg, Nadi 82 x/menit, RR 18x/menit, SpO2 99%, suhu 36.5°C. Dari hasil pengkajian fisik terlihat kaki sebelah kanan terlihat bengkak. Klien menghabiskan waktunya tinggal di panti sejak 13 agustus 2018.

Hasil pengkajian selanjutnya pada Ny.s pada tanggal 12 Februari 2023

didapatkan bahwa klien mengatakan sering pusing dan saat ketika bangun tidur pandangan matanya kabur, tengkuk bagian lehernya sering sakit dan kakinya sering kesemutan. Klien mengatakan dirinya dalam 1 bulan terakhir sering merasa sulit tidur ketika malam hari karena klien merasakan sesak nafas dan batuk hingga kesulitan bernafas, hal yang bisa klien lakukan untuk mengatasinya klien menghirup dan mengoleskan aromatherapy agar mengurangi sesak nafas Pada saat di cek TD : 159/90 RR : 16x/menit S: 36,5 C N: 80x/menit.

Pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua klien mengalami Hipertensi dengan tekanan darah diatas batas normal, bedanya adalah Ny.L mengalami patah tulang paha sebelah kiri dan Ny.S mengalami Asma.

Data yang ditemukan pada klien kedua kasus sudah sesuai dengan tinjauan teori yang ada, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus di lapangan

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik dan pemberian pelayanan kesehatan yang lain. Komponen-komponen dalam pernyataan diagnosis keperawatan meliputi masalah (problem), penyebab (etiologi), tanda dan gejala (sign and symptom) (Amin, 2015).

Berdasarkan SDKI terdapat beberapa diagnosa yang dapat diangkat dari kedua kasus diatas. Kesamaan kasus yang terjadi adalah Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik.

Diagnosa utama yang diangkat oleh penulis pada kedua kasus diatas untuk Hipertensinya sama, yaitu Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi mengapa klien mengangkat diagnosa tersebut karena tekanan darah kedua pasien tersebut diatas batas normal

Dari kasus pertama penulis menambahkan diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan gangguan mobilitas fisik



berhubungan dengan kelemahan fisik. Penulis mengangkat diagnosa tersebut karena klien memiliki riwayat post operasi fraktur femur yang sampai saat ini klien rasakan hingga klien berjalan menggunakan alat bantu.

Diagnosa selanjutnya yang diangkat penulis untuk asma. Pada pengkajian yang dilakukan kepada Ny. S mengatakan mengalami sesak nafas pada malam hari dan sering terganggu pola tidurnya. Penulis mengangkat diagnosa keperawatan Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kesulitan Tidur dan Bersihan Jalan Nafas tidak Efektif berhubungan dengan sesak nafas.

### **C. Intervensi Keperawatan**

Pembuatan rencana keperawatan yang akan dilakukan melibatkan keluarga pasien dan perawat ruangan sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi sesuai teori perencanaan keperawatan dituliskan dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indoensia (SLKI). Intervensi pada tinjauan teori memuat target waktu yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan pada klien, tujuan dan kriteria hasil yang ingindicapai, rencana tindakan yang akan dilakukan, dan rasional dari rencana tindakan tersebut. Perencanaan atau intervensi dirancang oleh penulis berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dimana tindakan yang akan dilakukan terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Target waktu pencapaian kriteria hasil pada semuadiagnosis ditentukan dengan rentang waktu yang sama, yaitu 3 x 24 jam.

Pada kasus Ny. L penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3x8 jam. Penulis berencana mengatasi masalah Perfusi serebral tidak efektif dengan tujuan yang diharapkan tekanan darah menurun.

Intervensi yang dilakukan pada Ny. L sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk diagnosa perfusi serebral tidak efektif (D.0017), Nyeri akut (D.0077), gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Sedangkan untuk Ny.S sesuai Standar IntervensiKeperawatan Indonesia (SIKI) perfusi serebral tidak efektif (D.0017) Gangguan Pola Tidur (0055)

Bersihan jalan nafas tidak efektif (0001).

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah. Implementasi dilakukan penulis selama 3 hari pada kedua kasus. Implementasi pada Ny. L dimulai pada 08 Februari 2023 sampai 10 Februari 2023 dan implementasi yang dilaksanakan pada Ny. S. dimulai pada 12 Februari 2023 sampai 14 Februari 2023. Pada studi kasus ini penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan.

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang mengadakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan (Perry & Potter, 2010). Evaluasi yang digunakan berbentuk S (subyektif), O (obyektif), A (analisa), P (perencanaan terhadap analisis). Evaluasi dilakukan setiap hari pada kedua kasus yaitu menggunakan evaluasi SOAP pada awal jam dinas dan terakhir di evaluasi kembali setelah diberikan intervensi pada jam akhirdinas.

Evaluasi yang dilakukan pada Ny. L di hari terakhir setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu klien masih mengeluh pusing dan sakit kepala akibat hipertensi dan nyeri akibat fraktur femur dengan skala 5, sudah mulai beraktivitas mandiri namun masih perlu bantuan dikarenakannyeri pada kaki sebelah kanan post op. Klien nampak lebih tenang, hasil pengecekan TTV yaitu TD 167/90 mmHg, Nadi 90x/menit, RR 20x/menit, suhu 36.7C, dan SpO2 99%.

Evaluasi yang dilakukan pada Ny.S di hari terakhir setelah dilakukan

intervensi dan implementasi yaitu klien masih mengeluh sakit kepala dan leher bagian belakang dan serta mengeluh sesak nafas belum teratasi karena klien masih harus melakukan rutin pengobatan di rumah sakit. Klien nampak sedikit tenang, hasil pengecekan TTV yaitu TD 157/90 mmHg, Nadi 80x/menit, RR 17x/menit, suhu 36,6C, dan SpO2 99%.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

1. Hasil pengkajian pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua klien mengalami Hipertensi bedanya, Ny. L mengalami patah tulang paha sebelah kanan sedangkan Ny. S mengalami sesak nafas.
2. Diagnosa yang diangkat pada kedua pasien sama, hal ini dikarenakan tindakan medis yang dilakukanpun sama yaitu tindakan pemeriksaan tekanan darah rutin setiap hari.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien guna mengatasi keluhan klien sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Pada kasus diatas kita juga bisa melakukan beberapa terapi non-farmakologi, yaitu teknik relaksasi nafas dalam dan kmpres hangat.
4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada. Implementasi yang dilaksanakan minimal 3 hari untuk mengurangi resiko tekanan darah tinggi. Pada kedua kasus tidak menemukan hambatan ataukendala yang berarti, kedua pasien dapat bekerjasama dengan baik, kooperatif dan mengerti dengan apa yang disampaikan penulis. Keluarga pasien pada kedua kasus juga dapat bekerjasama dan mendukung implementasi dengan baik.
5. Evaluasi pada kedua pasien menunjukkan perbaikan terutama pada nyeri yang dirasakan, Evaluasi yang dilakukan pada Ny. L di hari terakhir setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu klien masih mengeluh nyeri dengan skala 3, sudah mulai beraktivitas mandiri namun masih perlu bantuan dikarenakan nyeri pada kaki sebelah kanan post op. Klien nampak lebih tenang, hasil pengecekan TTV yaitu TD167/90 mmHg, Nadi 90x/menit, RR 20x/menit, suhu 36.7C, dan SpO2 99%. Sedangkan evaluasi yang dilakukan pada Ny.S di hari terakhir setelah dilakukan intervensi dan

implementasi yaitu klien masih mengeluh Sakit kepala belakang dan sesak nafas, sudah mulaimelakukan teknik relaksasi nafas dalam. Klien nampak lebih tenang, hasil pengecekan TTV yaitu TD 110/90 mmHg, Nadi 80x/menit, RR 22x/menit, suhu 37,6C, dan SpO2 99%.

## **B. Saran**

1. Penulis berharap dalam penulisan ini dapat dijadikan sebagai bahanacuan bagi klien untuk melakukan melakukan beberapa terapi non- farmakologis, yaitu teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi keluhan nyeri, dan dilakukan sesuai SOP (Standar Operasional Prosedur).
2. Penulis berharap dalam penulisan ini dapat memberikan informasi untuk mahasiswa/I STIKes Medistra Indonesia sebagai bahan untukmenambah ilmu pengetahuan dan wawasan dalam bidang Keperawatan Medikal Bedah.

## DAFTAR PUSTAKA

- 2018, Risedak. 2018. "Hasil Utama Riset Kesehata Dasar (RISKESDAS)," 2018." *Hasil Utama Riset Kesehata Dasar (RISKESDAS),*".  
[https://kesmas.kemkes.go.id/assets%0A/upload/dir\\_519d41d8cd98f00/files/%0AHasil-risikesdas-2018\\_1274.pdf](https://kesmas.kemkes.go.id/assets%0A/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/%0AHasil-risikesdas-2018_1274.pdf).
- Astanti, Feni, Yuni. 2017. "Pengaruh ROM Terhadap Perubahan Nyeri Pada Pasien Ekstremitas Atas." *Pengaruh ROM Terhadap Perubahan Nyeri Pada Pasien Ekstremitas Atas*.
- Bauer, R.N., Yang, X., Tracy L Staton, Holweg Olsson, J., and J.R C.T.J.Arron. 2019. "Seasonal Variability of Lung Function and Asthma Quality of Life Questionnaire Scores in Adults with Uncontrolled Asthma." *BMJ Open Resp Res*, 6(e000406), 1-4. DOI: 10.1136/bmjresp-2019-000406.
- Brunner, Suddarth. 2015. "Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8.Vol.3." In *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8.Vol.3,*.
- Infodatim Kemenkes, Ri. 2016. *Pusat Data Dan Informasi Kesehatan RI ISSN 2442-7659*. Jakarta.
- nurarif. 2015. 3 Ed Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nlc-NOC *Medication Publishing*. jogjakarta.
- Organization, World Health (WHO). 2021. "Asthma Fact Sheets. Diunduh Dari." 24 oktober. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>.
- Suwardianto, Heru. 2011. "Jurnal STIKES RS. Baptis Kediri 4." *Pengaruh Terapi Relaksasi Napas dalam (Deep Breathing) terhadap Perubahan Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi*. 40: 38–50.
- Udjani, wajan juni. 2010. "Keperawatan Kardiovaskuler." In *Keperawatan Kardiovaskuler,*.



Nama Lengkap : Awiyah Nurrohmah  
 TTL : Bekasi, 07 Juni 2001  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Agama : Islam  
 Kewarganegaraan : Indonesia  
 Alamat : Kp. Bojong RT/RW 002/006 Desa Sukamaju Kec. Tambelang,  
 Kabupaten Bekasi - 17620  
 No. Handphone : 08871803462  
 Email : [awiyahnurrohmah123@gmail.com](mailto:awiyahnurrohmah123@gmail.com)  
 Motto : “Knowledge is power, embrace the journey”  
 II Riwayat Pendidikan  
 SD : SDN SUKAMAJU 03 (2006 - 2012)  
 SMP : SMPN 1 TAMBELANG (2012 – 2015)  
 SMA : SMAN 1 TAMBELANG (2015 – 2018)  
 Perguruan Tinggi :  
 - Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medistra Indonesia Tahun 2018-2022  
 (S1 Ilmu Keperawatan)  
 - Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Medistra Indonesia Tahun 2022-2023  
 (Pendidikan Profesi Ners)