

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN.W
DAN TN.J DENGAN PENERAPAN SENAM HIPERTENSI
UNTUK MENURUNKAN TEKANAN DARAH DI WISMA
PLAMBOYAN PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA BUDI
MULIA 1 CIPAYUNG 2023**



Disusun Oleh

Ari Gunawan,S.Kep

22.156.03.11.017

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

LAPORAN KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN.W
DAN TN.J DENGAN PENERAPAN SENAM HIPERTENSI
UNTUK MENURUNKAN TEKANAN DARAH DI WISMA
PLAMBOYAN PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA BUDI
MULIA 1 CIPAYUNG 2023**

KARYA ILMIAH AKHIR Ners

**DIAJUKAN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT UNTUK
MEMPEROLEH GELAR Ners**



Ari Gunawan,S.Kep

22.156.03.11.017

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA
INDONESIA BEKASI 2023**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama Mahasiswa : Ari Gunawan, S.Kep

NPM : 221560311017

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini Menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir dengan Judul Laporan Kasus Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn.W Dan Tn.J Dengan Penerapan Senam Hipertensi Untuk Menurunkan Tekanan Darah Di Wisma Plamboyan Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung 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 mempertanggung jawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya di Bekasi pada tanggal 27 Juli 2023.

Bekasi, 27 Juli 2023

Ari Gunawan.,S.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN

**Karya Ilmiah Akhir ini Telah Diperiksa Oleh Preseptor satu dan
Preseptor dua Dan Disetujui Untuk Melaksanakan Seminar Hasil**

Bekasi, 27 Juli 2023

Penguji I

Penguji II

Ns.Nurti Y.K. Gea.,M.Kep.,S.Kep.A.
NIDN. 0326067902

Ns.Lisna Agustin,S.Kep.,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 KARYA ILMIAH AKHIR

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Ari Gunawan, S.Kep

NPM : 22.156.03.11.017

Program Studi : Profesi Ners

Judul Karya Ilmiah Akhir : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn.W Dan Tn.J Dengan Penerapan Senam Hipertensi Untuk Menurunkan Tekanan Darah Di Wisma Plamboyan Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung 2023.

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada Tanggal 27 Juli 2023.

Bekasi, 27 Juli 2023

Penguji I

Penguji II

Ns.Nurti Y.K. Gea.,M.Kep.,S.Kep.A.
NIDN. 0326067902

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

Wakil Ketua I Bidang Akademik

Kepala Program Studi Ilmu (S1) dan Pendidikan
Profesi Ners

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

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

Disahkan

Ketua STIKes Medistra Indonesia

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

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Laporan Kasus Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn.W Dan Tn.J Dengan Penerapan Senam Hipertensi Untuk Menurunkan Tekanan Darah Di Wisma Plamboyan Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung 2023.” sesuai dengan harapan. Selesaiannya Karya Ilmiah Akhir Ners ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materil secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati:

1. Usman Ompusunggu, S.E., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Saver Mangadar Ompusunggu SE selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia
4. Puri Kresnawati, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik

5. Sinda Ompusunggu, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Keuangan
6. Hainun Nisa, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni
7. Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Kepala Program Studi S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia
8. Nurti Y.K.Gea, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.A, selaku Koordinator Profesi Ners
9. Ns.Lisna Agustin,S.Kep.,M.Kep selaku dosen Pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners
10. Seluruh dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang tidak bisa disebutkan satu persatu
11. Kedua orang tua dan saudara penulis yang tercinta, yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material terutama doa yang tiada henti-hentinya sehingga penulis dapat berjalan sejauh ini.

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

Bekasi, Juli 2023

Ari Gunawan, S.Kep

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Hipertensi	6
1. Pengertian	6
2. Klasifikasi	6
3. Etiologi	7
4. Patofisiologi	9
5. Manifestasi Klinis	11
7. Pemeriksaan Penunjang	11
B. Konsep Lansia	12
1. Pengertian Lansia	12
2. Karakteristik Lansia	13
3. Batasan Usia Lanjut	13
4. Tipe-tipe lanjut usia	14
5. Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia	15
C. Terapi Senam Hipertensi	18
1. Definisi Senam Hipertensi	18
2. Manfaat Senam Hipertensi	19

3.	Prosedur Senam Hipertensi.....	20
D.	Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi.....	22
1.	Pengkajian.....	22
2.	Pemeriksaan Fisik	24
3.	Diagnosa Keperawatan Hipertensi.....	27
4.	Intervensi Keperawatan	28
5.	Implementasi Keperawatan.....	28
4.	Evaluasi Keperawatan.....	29
BAB III	ASUHAN KEPERAWATAN	30
A.	Asuhan Keperawatan Pada Tn. J dengan Hipertensi Melalui Penerapan Terapi <i>Senam Hipertensi</i>	30
B.	Asuhan Keperawatan Pada Tn. W dengan Hipertensi Melalui Penerapan Terapi <i>Senam Hipertensi</i>	65
BAB IV	PEMBAHASAN.....	99
A.	Pengkajian	99
1.	Menurut Teori	99
2.	Menurut Kasus	101
3.	Analisa Peneliti	102
B.	Diagnosis Keperawatan.....	102
1.	Menurut Teori	102
2.	Menurut Kasus	103
3.	Analisa Peneliti	103
C.	Intervensi Keperawatan.....	104
1.	Menurut Teori	104
2.	Menurut Kasus	105
4.	<i>Evidence based</i>	105
D.	Implementasi Keperawatan.....	107
1.	Menurut Teori	107
2.	Menurut Kasus	107
3.	Tindakan <i>evidence based</i>	107
E.	Evaluasi Keperawatan.....	108

1. Menurut Teori	108
2. Menurut Kasus	108
BAB V PENUTUP.....	110
A. Simpulan	110
B. Saran.....	112
DAFTAR PUSTAKA	113

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 KATZ Indeks	38
Tabel 3. 2 Barthel Indeks	39
Tabel 3. 3 Status Mental Gerontik	40
Tabel 3. 4 MMSE (Mini Mental Status Exam)	41
Tabel 3. 5 The Timed Up and Go (TUG) Test.....	47
Tabel 3. 6 Geriatric Depression Scale (GDS)	48
Tabel 3. 7 KATZ Indeks	72
Tabel 3. 8 Barthel Indeks	74
Tabel 3. 9 Status Mental Gerontik	75
Tabel 3. 10 MMSE (Mini Mental Status Exam).....	75
Tabel 3. 11 The Timed Up and Go (TUG) Test.....	81
Tabel 3. 12 Geriatric Depression Scale (GDS).....	82

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Bimbingan

Lampiran 2 Biodata Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit pada jantung dan pembuluh darah salah satunya yaitu tekanan darah tinggi yang merupakan penyebab kematian dan sering disebut sebagai silent killer karena penyakit ini sering kali muncul tanpa adanya gejala dan baru diketahui ketika telah terjadi gangguan pada tubuh. Kompleksitas masalah yang terjadi akibat hipertensi meliputi gangguan pada jantung, stroke dan gangguan pada ginjal yang dapat mengakibatkan kematian pada seseorang (WHO, 2018). Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg, berdasarkan dua kali pengukuran atau lebih. Hipertensi mungkin sering tidak menimbulkan gejala pada fase awalnya, tetapi hipertensi akan mengganggu fungsi jantung bahkan penderita akan mengalami stroke. Kemungkinan seseorang mengalami hipertensi akan semakin tinggi saat usia semakin bertambah (Hastuti, 2019).

Badan Kesehatan Dunia *World Health Organization* (WHO) menunjukkan data bahwa diseluruh dunia sekitar 1,4 milyar orang atau 39,6% masyarakat didunia mengidap hipertensi. Jumlah ini terus meningkat sejak tahun 2009 dimana jumlah penderita hipertensi yang ditemukan sebanyak 972 juta orang atau 26,4% dengan jumlah penderita terbanyak adalah laki-laki yaitu sebesar 76,6% (Nazaruddin, 2021). Berdasarkan data (Kemenkes RI, 2018), jumlah penderita hipertensi di Indonesia meningkat dari 25,8% pada tahun 2013 menjadi 34,1%. Peningkatan prevalensi tertinggi terlihat di Provinsi DKI Jakarta sebesar 13,4%, Kalimantan Selatan sebesar 13,3% dan Sulawesi Barat sebesar 12,3% Jawa Barat merupakan provinsi dengan prevalensi terbesar kedua setelah Kalimantan

Selatan dengan prevalensi 39,6%. Provinsi Papua memiliki prevalensi hipertensi terendah sebesar 22,2%, diikuti Maluku Utara sebesar 24,65% dan Sumatra Barat 25,16%. Prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran di DKI Jakarta, Jakarta Pusat menduduki peringkat pertama sebesar 39,05%, Jakarta Timur menjadi kota dengan prevalensi terbesar kedua sebanyak 35,45%. Jakarta Selatan memiliki prevalensi terendah sebesar 29,93% (Kemenkes RI, 2019).

Menurut data tabulasi dari praktek mahasiswa profesi Ners STIKes Medistra Indonesia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayang Jakarta Timur pada bulan bulan february 2023 dengan total lansia Wisma Plamboyan 40 lansia. Perawat klinik PSTW Budi Mulia 1 tersebut mengatakan bahwa selama ini untuk pengobatan lansia dengan hipertensi hanya menggunakan terapi farmakologi, sedangkan untuk terapi non farmakologi hanya senam hipertensi yang dilakukan setiap pagi, untuk terapi non farmakologi yang lainnya tidak dilakukan.

Ada dua cara untuk menurunkan tekanan darah yaitu dengan terapi farmakoterapi dan nonfarmakoterapi. Terapi farmakoterapi atau dengan menggunakan obat-obatan kimia merupakan cara yang dianggap efektif dalam menurunkan tekanan darah. Terapi nonfarmakoterapi merupakan terapi tradisional tanpa menggunakan obat dalam proses terapinya. Salah satu dari sekian banyak terapi tradisional yang ada yakni menggunakan terapi Senam Hipertensi (Dilianti, Candrawati and Adi, 2017).

Olahraga seperti senam hipertensi mampu mendorong jantung bekerja secara optimal, dimana olahraga mampu meningkatkan kebutuhan energi oleh sel, jaringan dan organ tubuh, dimana akibatnya dapat meningkatkan aliran balik vena sehingga

menyebabkan volume sekuncup yang akan langsung meningkatkan curah jantung sehingga menyebabkan tekanan darah arteri meningkat, setelah tekanan darah arteri meningkat akan terlebih dahulu, dampak dari fase ini mampu menurunkan aktivitas pernafasan dan otot rangka yang menyebabkan aktivitas saraf simpatis menurun, setelah itu akan menyebabkan kecepatan denyut jantung menurun, volume sekuncup menurun, vasodilatasi arteriol vena, karena penurunan ini mengakibatkan penurunan curah jantung dan penurunan resistensi perifer total, sehingga terjadinya penurunan tekanan darah (Hernawan and Rosyid, 2017).

Hubungan senam hipertensi terhadap pengendalian tekanan darah lansia sebagaimana disimpulkan dalam penelitian (Hernawan and Rosyid, 2017). Penelitian menunjukkan terjadinya perbaikan tekanan darah pada lansia namun tidak mencapai taraf signifikansi yang diinginkan. Tidak tercapinya perbaikan tekanan darah yang diinginkan disebabkan adanya faktor perancu yang berhubungan dengan tekanan darah lansia antara lain pola makan, stress, aktivitas fisik, genetik serta farmakologi dalam penelitian yang tidak dapat dikendalikan.

Senam hipertensi merupakan olah raga yang salah satunya bertujuan untuk meningkatkan aliran darah dan oksigen kedalam otot-otot dan rangka yang aktif khususnya terhadap otot jantung. (Hernawan and Rosyid, 2017) mengatakan dengan senam atau berolah raga kebutuhan oksigen dalam sel akan meningkat untuk proses pembentukan energi, sehingga terjadi peningkatan denyut jantung, sehingga curah jantung dan isi sekuncup bertambah. Dengan demikian tekanan darah akan meningkat. Setelah beristirahat pembuluh darah akan berdilatasi atau meregang, dan aliran darah akan turun sementara waktu, sekitar 30-120 menit kemudian akan kembali pada tekanan darah sebelum senam. Jika melakukan

olahraga secara rutin dan terus menerus, maka penurunan tekanan darah akan berlangsung lebih lama dan pembuluh darah akan lebih elastis. Mekanisme penurunan tekanan darah setelah berolahraga adalah karena olahraga dapat merilekskan pembuluhpembuluh darah. Sehingga dengan melebarnya pembuluh darah tekanan darah akan turun.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk menyusun asuhan keperawatan gerontik pada Tn.W dan Tn.J dengan Penerapan Senam Hipertensi Untuk Menurunkan Tekanan Darah di Wisma Plamboyan PSTW Budi Mulia 1 Cipayug Tahun 2023.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengaplikasikan Asuhan keperawatan gerontik pada Tn.W dan Tn.J dengan Penerapan Senam Hipertensi Untuk Menurunkan Tekanan Darah di Wisma Plamboyan PSTW Budi Mulia 1 Cipayug Tahun 2023.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada lansia dengan hipertensi di Wisma Plamboyan PSTW Budi Mulia 1 Cipayung.
- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada lansia dengan Hipertensi di Wisma PlamboyanPanti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung.
- c. Membuat rencana tindakan keperawatan pada pada lansia dengan Hipertensi di Wisma Plamboyan Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung.
- d. Mengaplikasikan non farmakologi pada pada lansia dengan Hipertensi di Wisma Plamboyan Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung.

- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pada lansia dengan Hipertensi di Wisma Plamboyan Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung.
- f. Mendeskripsikan kesenjangan antara teori dan praktek pada pada lansia dengan Hipertensi di Wisma Plamboyan Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Hipertensi

1. Pengertian

Hipertensi merupakan suatu keadaan medis yang cukup serius dimana secara signifikan dapat meningkatkan risiko penyakit hati, otak, ginjal, jantung, dan penyakit lainnya. Hipertensi dapat terjadi apabila tekanan darah lebih besar dari dinding arteri dan pembuluh darah itu sendiri (WHO, 2019). Hipertensi (*Hypertension*) adalah dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang ditunjukkan oleh angka *systolic* (bagian atas) dan angka bawah (*diastolic*) pada pemeriksaan tensi darah menggunakan alat pengukur tekanan darah baik yang berupa cuuf air raksa (*sphygmomanometer*) ataupun alat digital lainnya. Penderita yang mempunyai sekurang-kurangnya tekanan darah yang melebihi 140/90 mmHg saat istirahat diperkirakan mempunyai tekanan darah tinggi (Hastuti, 2019).

2. Klasifikasi

Komite eksklusif dari national *High Blood Preassure Education* Program Merupakan sebuah organisasi yang terduru dari 46 profesional sukarelawan dan agen fekal. Mereka mencanangkan klasifikasi *Joint Commite On Prevention, Detection, Evaluation And Treatment Of High Blood Preassure* (JNC) Pada Tabel 2, yang dikaji oleh 33 ahli hipertensi nasional Amarika Serikat (Jafar, N. 2019).

Tabel 2. 1 Klasifikasi Menurut JNC

Kategori Tekanan Darah Menurut JNC 7	Kategori Tekanan Darah Menurut JNC 6	Tekanan Darah Sistol (mmHg)	Dan/Atau	Tekanan Darah Diastol (mmHg)
Normal	Optimal	< 120	Dan	< 80
Pra-Hipertensi		120-139	Atau	80-89
-	Normal	<130	Dan	< 85
-	Normal-Tinggi	130-139	Atau	83-89
Hipertensi	Hipertensi			
Tahap 1	Tahap 1	140-159	Atau	90-99
-	-	≥ 160	Atau	≥ 100
Tahap 2	Tahap 2	160-179	Atau	100-109
Tahap 3	Tahap 3	≥ 180	Atau	≥ 110

Sumber : Joint National Committee (JNC)

3. Etiologi

Menurut (Hastuti, 2019) berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan:

a. Hipertensi Esensial (Primer)

Pada populasi dewasa dengan hipertensi, antara 90% dan 95% mengalami hipertensi esensial (primer), yang tidak memiliki penyebab medis yang dapat diidentifikasi, kondisi ini bersifat poligentik multi faktor. Tekanan darah tinggi dapat terjadi apabila resistensi perifer dan curah jantung juga meningkat sekunder akibat peningkatan stimulasi simpatik, peningkatan reabsorpsi natrium ginjal, peningkatan aktivitas sistem renin-angiotensin-aldosteron, penurunan vasodilatasi arteriol, atau resistensi terhadap kerja insulin.

b. Hipertensi Sekunder

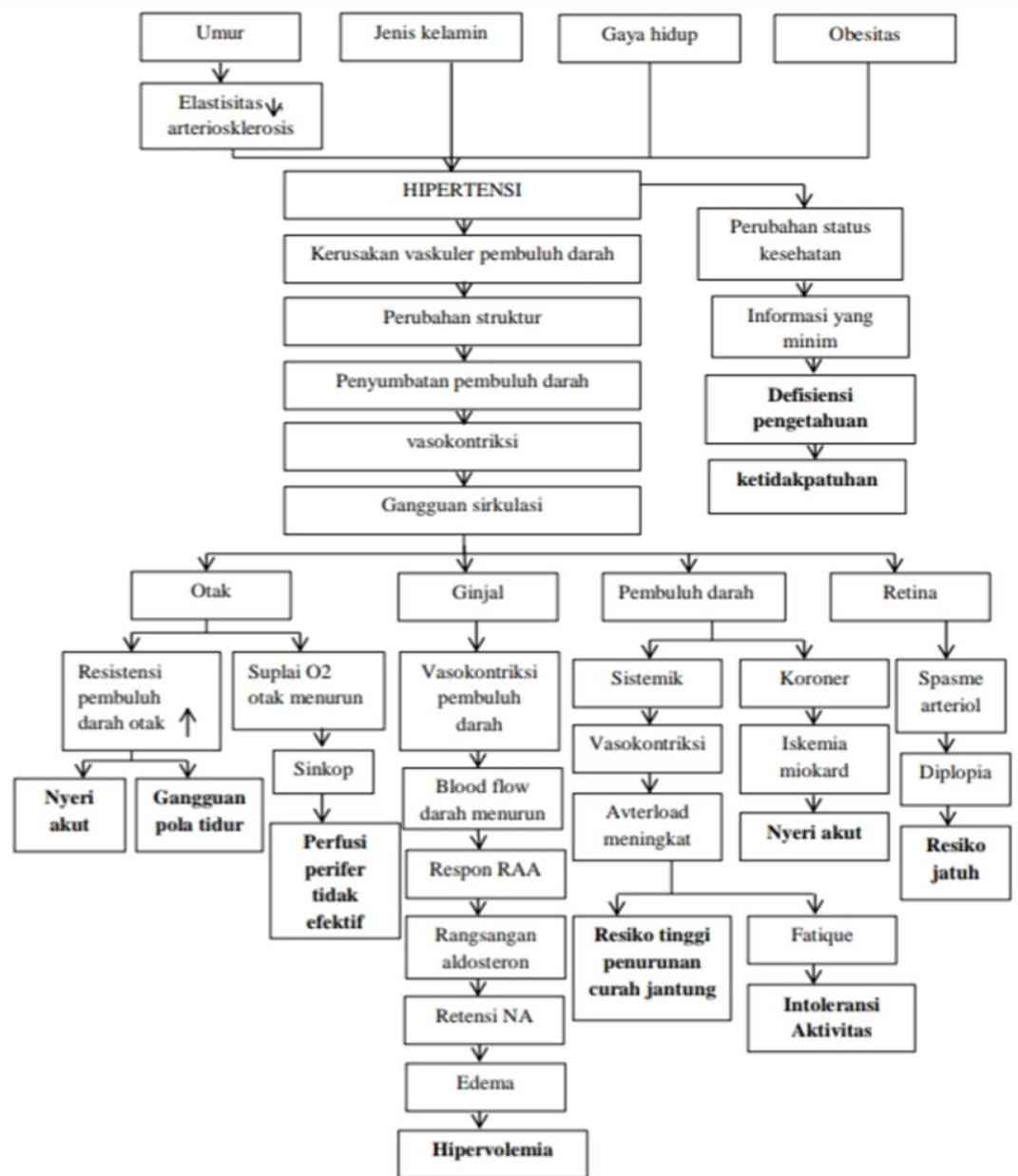
Hipertensi sekunder dicirikan dengan peningkatan tekanan darah disertai dengan penyebab spesifik, seperti penyempitan arteri renalis, penyakit

parenkim renal, hiperaldosteronisme (hipertensi mineralokortikoid), medikasi tertentu, kehamilan, dan koarktasi aorta. Hipertensi juga dapat bersifat akut, yang menandakan adanya gangguan yang menyebabkan perubahan resistensi perifer atau perubahan curah jantung.

Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan-perubahan pada:

- 1) Elastisitas dinding aorta menurun.
- 2) Katup jantung menebal dan menjadi kaku.
- 3) Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya
- 4) Kehilangan elastisitas pembuluh darah, hal ini terjadi karena kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi.
- 5) Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer

4. Pathway



Skema 2.1 Pathway

5. Patofisiologi

Tekanan darah sistolik maupun Tekanan darah diastol meningkat sesuai dengan meningkatnya umur. Tekanan darah sistolik meningkat secara progresif sampai umur 70-80 tahun, sedangkan Tekanan darah diastol meningkat sampai umur 50-60 tahun dan kemudian cenderung menetap atau sedikit menurun. Kombinasi perubahan ini sangat mungkin mencerminkan adanya pengakuan pembuluh darah dan penurunan kelenturan (*compliance*) arteri dan ini mengakibatkan peningkatan tekanan nadi sesuai dengan umur.

Mekanisme pasti hipertensi pada lanjut usia belum sepenuhnya jelas. Efek utama dari ketuaan normal terhadap sistem kardiovaskuler meliputi perubahan aorta dan pembuluh darah sistemik. Penebalan dinding aorta dan pembuluh darah besar meningkat dan elastisitas pembuluh darah menurun sesuai umur. Perubahan ini menyebabkan penurunan *compliance* aorta dan pembuluh darah besar dan mengakibatkan peningkatan Tekanan darah sistolik. Penurunan elastisitas pembuluh darah menyebabkan peningkatan resistensi vaskuler perifer, sensitivitas baroreseptor juga berubah dengan umur.

Perubahan mekanisme refleks baroreseptor mungkin dapat menerangkan adanya variabilitas tekanan darah yang terlihat pada pemantauan terus menerus. Penurunan sensitivitas baroreseptor juga menyebabkan kegagalan refleks postural, yang mengakibatkan hipertensi pada lanjut usia sering terjadi hipotensi ortostatik. Perubahan keseimbangan antara vasodilatasi adrenergik- dan vasokonstriksi adrenergik- α akan menyebabkan

kecenderungan vasokonstriksi dan selanjutnya mengakibatkan peningkatan resistensi pembuluh darah perifer dan tekanan darah.

Resistensi Na akibat peningkatan asupan dan penurunan sekresi juga berperan dalam terjadinya hipertensi. Walaupun ditemukan penurunan renin plasma dan respons renin terhadap asupan garam, sistem renin-angiotensin tidak mempunyai peranan utama pada hipertensi pada lanjut usia. Perubahan-perubahan di atas bertanggung jawab terhadap penurunan curah jantung (cardiac output), penurunan denyut jantung, penurunan kontraktilitas miokard, hipertrofi ventrikel kiri, dan disfungsi diastolik. Ini menyebabkan penurunan fungsi ginjal dengan penurunan perfusi ginjal dan laju filtrasi glomerulus (Hastuti, 2019).

6. Manifestasi Klinis

Menurut (Hastuti, 2019) beberapa manifestasi klinis sebagai berikut:

- a. Mengeluh sakit kepala dan pusing
- b. Lemas dan kelehan
- c. Sesak nafas
- d. Gelisah
- e. Mual
- f. Muntah
- g. Epistaksis
- h. Kesadaran menurun

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada penderita hipertensi bertujuan untuk mengetahui progresi penyakit ini. Pemeriksaan dasar yang sebaiknya dikerjakan pada hipertensi primer yakni :

- a. Pemeriksaan Laboratorium
 - 1) Hb/Ht : Untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (Viskositas) dan dapat mengindikasikan factor resiko seperti hipokoagulabilitas, dan anemia.
 - 2) BUN/Kreatinin : Memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal.
 - 3) Glucosa : Hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
 - 4) Urinalisa : Darah, protein, glukosa, mengisarat disfungsi ginjal dan ada DM.
- b. CT Scan
Mengkaji adanya tumor cerebral dan encelopati
- c. EKG
Dapat menunjukan pola regangan, dimana luas peninggi gelombang P adalah salah satu tanda penyakit jantung hipertensi
- d. IUP
Mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti : Batu ginjal, dan perbaikan ginjal
- e. Photo dada
Menunjukan destruksi klasifikasi pada aera katup, dan pembesaran jantung

B. Konsep Lansia

1. Pengertian Lansia

Lansia adalah individu yang beruisa diatas 60 tahun, pada umumnya memiliki tanda-tanda terjadinya penurunan fungsi-fungsi biologis, psikologis, sosial dan ekonomi (Muhith, Abdul, 2017). Menurut *World Health Organization* (WHO) lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60

tahun keatas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut *Aging Process* atau proses penuaan. Seseorang dikatakan lansia ialah apabila berusia 60 tahun atau lebih, karena faktor tertentu tidak dapat memenuhi kebutuhan dasarnya baik secara jasmani, rohani maupun sosial (Sya'idah, 2019).

2. Karakteristik Lansia

Menurut (Nu'a, Rua and Nahak, 2023), lansia memiliki karakteristik sebagai berikut :

- a. Berusia lebih dari 60 tahun
- b. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan bipsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi yang diterima dan kurang dapat diterima.
- c. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

3. Batasan Usia Lanjut

Batasan umur pada usia lanjut menurut *World Health Organization* (WHO) dalam (Nu'a, Rua and Nahak, 2023) lansia meliputi:

- a. Lanjut usia (*Eldery*) antara usia 60-70 tahun
- b. Lanjut usia (*Old*) antara usia 75-89 tahun
- c. Usia sangat tua (*Very old*) diatas usia >90 tahun

Sedangkan batasan umur usia lanjut menurut Kemenkes RI meliputi:

- a. Pralansia yaitu seseorang yang berusia antara 45 sampai 59 tahun
- b. Lansia merupakan seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.

- c. Lansia risiko tinggi adalah seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih, atau seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih yang memiliki masalah kesehatan.
 - d. Lansia potensial merupakan lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
 - e. Lansia tidak potensial merupakan lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.
4. Tipe-tipe lanjut usia

Menurut (Sya'idah, 2019), banyak yang ditemukan bermacam-macam tipe lansia. Beberapa diantaranya meliputi:

a. Tipe arif bijaksana

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

b. Tipe mandiri

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

c. Tipe tidak puas

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

d. Tipe pasrah

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

e. Tipe bingung

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

5. Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan sosial dan seksual (Muhith, Abdul, 2017).

a. Perubahan Fisik

1) Sistem Indra

Sistem pendengaran; Prebiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena itu hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50 % terjadi pada usia diatas 60 tahun.

2) Sistem Integumen

Pada lansia kulit mengalami atropi, kendur, tidak elastitas kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan bercak. Kekeringan kulit disebabkan atropi glandula sebacea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot.

3) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia yaitu terdapat di jaringan penghubung (kolagen dan elastin), kartilago, tulang otot dan sendi. Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan peningkat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur. Kartilago, jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi, sehingga permukaan sendi menjadi rata. Kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung kearah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendiaan menjadi rentan terhadap gesekan. Tulang, berkurangnya kepadatan tulang setelah diamati adalah bagian dari penuan fisiologi, sehingga akan mengakibatkan osteoporosis dan lebih lanjut akan mengakibatkan nyeri deformitas dan faktor. Otot, perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serabut otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif. Sendi, pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament dan fasia mengalami penuaan elastisitas.

4) Sistem Kardiovaskular

Perubahan pada sistem kardiovaskular pada lansia adalah massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga peregangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat. Perubahaan ini disebabkan oleh penumpukan lipofusin. Klasifikasi SA Node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

5) Sistem Respirasi

Pada proses penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap, tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang, paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan tiraks berkurang.

6) Pencernaan dan metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun (kepekaan rasa lapar menurun), liver (hati) maka mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan dan berkurangnya aliran darah.

7) Sistem Perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

8) Sistem Persarafan

Susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atrofi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

9) Sistem Reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovarium dan uterus. Terjadi atrofi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

b. Perubahan Kognitif

- 1) *Memory* (Daya ingat, ingatan)
- 2) IQ (*Intelligent Quotient*)
- 3) Kemampuan belajar (*Learning*)
- 4) Kemampuan pemahaman (*Comprehension*)
- 5) Pemecahan masalah (*Problem Solving*)
- 6) Pengambilan keputusan (*Decision Making*)
- 7) Kebijaksanaan (*Wisdom*)
- 8) Kinerja (*Performance*)
- 9) Motivasi

c. Perubahan Mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental:

- 1) Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa
- 2) Kesehatan umum
- 3) Tingkat pendidikan
- 4) Keturunan (Hereditas)
- 5) Lingkungan
- 6) Gangguan syaraf panca indera, timbul kebutaan dan kematian
- 7) Gangguan konsep diri akibat kehilangan jabatan
- 8) Rangkaian dari kehilangan yaitu, kehilangan hubungan dengan teman dan family
- 9) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri

C. Terapi Senam Hipertensi

1. Definisi Senam Hipertensi

Terapi Senam hipertensi merupakan olahraga yang salah satunya bertujuan untuk meningkatkan aliran darah dan oksigen kedalam otot-otot dan rangka yang aktif khususnya terhadap otot jantung. mengatakan dengan senam atau

berolahraga kebutuhan oksigen dalam sel akan meningkat untuk proses pembentukan energi, sehingga terjadi peningkatan denyut jantung, sehingga curah jantung dan isi sekuncup bertambah. Dengan demikian tekanan darah akan meningkat. Setelah beristirahat pembuluh darah akan berdilatasi atau meregang, dan aliran darah akan turun sementara waktu, sekitar 30-120 menit kemudian akan kembali pada tekanan darah sebelum senam, hal ini dapat dilakukan sebanyak 3-5x dalam seminggu (Siregar, 2021).

2. Manfaat Senam Hipertensi

Senam lansia dapat menjadi intervensi yang dapat meningkatkan aspek-aspek kualitas hidup lansia sesuai dengan hasil artikel-artikel penelitian yang sudah dipilih. Senam lansia adalah serangkaian gerakan yang terarah dan teratur kemudian diikuti oleh para lansia yang pelaksanaannya dimaksudkan untuk meningkatkan kemampuan raga secara fungsional (Handayani, Sari and Wibisono, 2020).

Melakukan senam lansia dapat menjadi intervensi yang dapat meningkatkan kualitas hidup sesuai dengan hasil telaah kajian artikel-artikel penelitian terpilih (Handayani, Sari and Wibisono, 2020).

3. Prosedur Senam Hipertensi

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR(SOP)	
SENAM HIPERTENSI	
Pengertian	Senam hipertensi merupakan olahraga yang ditunjukkan untuk penderita hipertensi dan usia lanjut untuk mengurangi berat badan dan mengelola stress (faktor yang mempertinggi tekanan darah atau hipertensi) yang dapat dilakukan selama 5 menit dan dilakukan seminggu minimal 2 kali. Tujuan senam hipertensi untuk meningkatkan aliran darah dan pPlamboyan oksigen ke dalam otot-otot dan rangka yang aktif khususnya terdapat pada otot jantung sehingga dapat menurunkan tekanan darah.
Persiapan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam terapeutik 2. Memperkenalkan diri 3. Memberitahukan kepada responden tujuan dan manfaat 4. Prosedur yang akan dilakukan 5. Kontrak waktu 6. Klien dalam posisi berdiri
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jalan di tempat 8x 2. Tepuk tangan kedepan 4x8 3. Tepuk jari tangan 4x8 4. Silang jari-jari tangan 4x8 5. Tepuk jari kelingking 2x8 6. Tepuk jari jempol 2x8 7. Ketuk lengan atas bagian kiri kemudian lengan kanan 4x8 8. Ketuk nadi tangan kiri kemudian nadi kanan 4x8 9. Salam kedepan 4x8 10. Tangan lurus kedepan lalu kepal jari-jari 4x8 11. Tepuk lengan atas kiri kemudian lengan atas kanan 4x8 12. Tepuk lengan dan bahu kiri dan kanan 4x8 13. Tepuk perut 4x8 14. Tepuk punggung 2x8 15. Tepuk paha depan 2x8 16. Tepuk samping betis kiri dan kanan 2x8 17. Tangan lurus kedepan kemudian jongkok lalu berdiri 4x8 18. Jinjitkan kedua kaki 4x8

Terminasi	<ol style="list-style-type: none">1. Evaluasi Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti senam hipertensi2. Rencana tindak lanjut Menganjurkan klien melaksanakan senam hipertensi minimal 30 menit dan dilakukan seminggu 3 kali
------------------	---



Gambar 2.1 Gerakan Senam Hipertensi

D. Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi

1. Pengkajian

a. Biodata

Nama klien perlu diketahui untuk mengidentifikasi kebenaran nama dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif. Alamat perlu dilengkapi secara jelas untuk bisa di hubungi. Umur perlu diketahui untuk mengetahui berapa umur pasien sekarang sehingga tidak salah dalam pemberian dosis obat, melakukan tindakan keperawatan dan melayani terapi guna mempercepat proses penyembuhan pasien di pelayanan kesehatan. Pekerjaan pasien perlu dikaji untuk mengetahui kondisi ekonomi dalam proses administrasi pasien selama dirawat difasilitas kesehatan. Tanggal masuk perlu diketahui berapa lama klien tinggal di panti. Alasan masuk panti karena suami meninggal.

b. Riwayat Keluarga

Pasangan (Apabila pasangan masih hidup): Status kesehatan, Umur, Pekerjaan. Anak –anak (Apabila anak-anak masih hidup): Nama dan alamat.

c. Riwayat Pekerjaan

Status pekerjaan saat ini, Pekerjaan sebelumnya, Sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan.

d. Riwayat Lingkungan Hidup

Tipe tempat tinggal, Jumlah kamar, Jumlah tingkat, Jumlah orang yang tinggal serumah, Derajat privasi, Tetangga terdekat.

e. Riwayat Rekreasi

Hobi/minat, Keanggotaan kelompok, Liburan/perjalanan.

f. Sumber/ system pendukung yang digunakan :

- 1) Dokter rumah sakit
- 2) Kontrol kesehatan di rumah sakit
- 3) Klinik
- 4) Pelayanan kesehatan di rumah

g. Riwayat kesehatan saat ini.

- 1) Penyakit yang diderita satu tahun terakhir.
- 2) Penyakit yang diderita saat ini.
- 3) Keluhan yang dialami satu tahun terakhir.
- 4) Keluhan saat ini.
- 5) Pengetahuan atau pemahaman dan penatalaksanaan kesehatan misalnya diet khusus atau mengganti balutan.
- 6) Penggunaan obat.
- 7) Nama obat.
- 8) Dosis obat.
- 9) Bagaimana atau kapan menggunakan.
- 10) Dokter yang menginstruksikan.
- 11) Tanggal resep.

h. Riwayat Alergi (catat agen dan reaksi spesifik) : obat-obatan, makanan, kontak substansi dan factor lingkungan.

- i. Riwayat peningkatan/penurunan berat badan. Indeks Masa Tubuh, Pola konsumsi makanan (misal frekuensi, sendiri/dengan orang lain) .
- j. Pola istirahat tidur, lama tidur, gangguan tidur yang sering dialami.
- k. Riwayat kesehatan masa lalu. : penyakit kanak-kanak, penyakit serius kronik, trauma, pembedahan, dan riwayat obstetric.
- l. Riwayat Keluarga : Silsilah keluarga (identifikasi kakek atau nenek, orang tua, paman, bibi, saudara kandung, pasangan, anak-anak), Riwayat penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga .

2. Pemeriksaan Fisik

Dalam tinjauan sistem ini penulis melakukan pemeriksaan fisik dari kepala sampai kaki menggunakan metode auto dan allo anamnesa serta Inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (IPPA) yang diawali dengan penilaian tingkat kesadaran dengan nilai normal 15 yang terdiri dari membuka mata dengan spontan nilainya 4, mampu berbicara secara verbal dengan nilai 5 dan klien mampu menunjukkan tempat yang sakit dengan nilai 6 dan diikuti dengan pengukuran TTV: Tekanan darah, Nadi, Suhu, RR.

a. Kepala

Untuk daerah kepala, mata, hidung, telinga dan heler penulis melakukan pemeriksaan dengan metode Inspeksi dan Palpasi saja; saat Inspeksi terlihat bentuk kepala, warna rambut, terdapat lesi, ketombe pada rambut dan kebersihan kepala; pada mata bentuk mata, kesimetrisan

mata kiri dan kanan, konjungtiva; bentuk telinga kiri dan kanan, kelainan pada telinga. kelainan hidung, adanya mimisan, kotor atau bersih; adanya kelainan pada leher, adanya lesi, edema, kemerahan dan palpasi apakah ada pembesaran kelenjar tiroid, dan JVP; sedangkan saat dilakukan palpasi untuk mengetahui apakah terdapat nodul; apakah terjadi edema atau pembengkakan pada mata. apakah ada nyeri tekan dan adanya kotoran di daerah telinga; di daerah sinus hidung apakah terjadi nyeri tekan; dan pengukuran vena jugulari pada leher.

b. Dada

Untuk dada dilakukan dengan cara Inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (IPPA); saat dilakukan inspeksi terlihat bentuk dada, kesimetrisan, retraksi dinding dada; saat dilakukan Palpasi untuk mengetahui batas jantung atas setinggi iga 2 dan bjb setinggi iga ke 6, bjki sejajar dengan garis midklavikula sedangkan bjka sejajar dengan garis prosesus xiphoideus, perkusi untuk mengetahui batas jantung dengan bunyi ketukan padat menunjukkan adanya jantung bagian dalam, sedangkan auskultasi untuk mendengarkan bunyi jantung I terdengar pada S1 dan S2 bunyi jantung 2 terdengar pada S3 dan S4 bunyi jantung tambahan terdengar jika ada kelainan pada jantung atau bunyi jantung murmur.

c. Abdomen

Inspeksi bentuk abdomen apakah terjadi kelainan, adanya lesi. Sedangkan palpasi dilakukan dengan palpasi ringan atau palpasi dalam tergantung tujuan untuk mengetahui bentuk, ukuran, dan konsistensi organ-organ dan struktur-

struktur dalam perut, palpasi ringan dilakukan untuk mengetahui area-area nyeri tekan dan adanya massa, palpasi dalam dilakukan untuk mengetahui keadaan hepar, lien, ginjal, dan kandung kemih. Lakukan perkusi di empat kuadran dan perhatikan suara yang timbul pada saat melakukannya dan bedakan batas-batas dari organ dibawah kulit. Organ berongga seperti lambung, usus, kandung kemih berbunyi timpani, sedangkan bunyi pekak terdapat pada hati, limfa, pankreas, ginjal. Teknik perkusi yaitu pertama kali yakinkan tangan pemeriksa hangat sebelum menyentuh perut pasien Kemudian tempatkan tangan kiri dimana hanya jari tengah yang melekat erat dengan dinding perut. Selanjutnya diketok 2-3 kali dengan ujung jari tengah tangan kanan. Lakukanlah perkusi pada keempat kuadran untuk memperkirakan distribusi suara timpani dan redup. Biasanya suara timpanilah yang dominan karena adanya gas pada saluran gastrointestinal, tetapi cairan dan faeces menghasilkan suara redup. Pada sisi abdomen perhatikanlah daerah dimana suara timpani berubah menjadi redup. Periksalah daerah suprapublik untuk mengetahui adanya kandung kencing yang teregang atau uterus yang membesar. Perkusilah dada bagian bawah, antara paru dan arkus costa, Anda akan mendengar suara redup hepar disebelah kanan, dan suara timpani di sebelah kiri karena gelembung udara pada lambung dan fleksura splenikus kolon. Suara redup pada kedua sisi abdomen mungkin menunjukkan adanya asites. Auskultasi abdomen dengan normal bising usus 15-35 x/menit: Letakkan kepala stetoskop sisi diafragma yang telah dihangatkan di daerah kuadran kiri bawah. Berikan tekanan ringan, minta pasien agar tidak berbicara. Bila

mungkin diperlukan 5 menit terus menerus untuk mendengar sebelum pemeriksaan menentukan tidak adanya bising usus.

Dengarkan bising usus apakah normal, hiperaktif, hipoaktif, tidak ada bising usus dan perhatikan frekwensi/karakternya; Bila bising usus tidak mudah terdengar, lanjutkan pemeriksaan dengan sistematis dan dengarkan tiap kuadran abdomen. Dan dilanjutkan dengan menggunakan sisi bel stetoskop, untuk mendengarkan bunyi desiran dibagian epigastrik dan pada tiap kuadran diatas arteri aortik, ginjal, iliaka, femoral dan aorta torakal. Pada orang kurus mungkin dapat terlihat gerakan peristaltik usus atau denyutan aorta.

d. Ekstremitas

Inspeksi bentuk ekstremitas apakah ada kelainan bentuk, adanya lesi, edema, dan kemerahan. Palpasi apakah ada nodul dan nyeri tekan pada daerah ekstremitas atas dan bawah.

3. Diagnosa Keperawatan Hipertensi

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan pada kasus hipertensi diagnosa yang muncul menurut SDKI dalam penelitian (Ningrum *et al.*, 2021) yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis : peningkatan tekanan vaskuler serebral (D.0077)
- b. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (D.0008)
- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.0009)
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur (D.0055)
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
- f. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (D.0011)

4. Intervensi Keperawatan

Setelah pengumpulan data pasien, mengorganisasi data dan menetapkan diagnosis keperawatan maka tahap berikutnya adalah perencanaan. Pada tahap ini perawat membuat rencana perawatan dan menentukan pendekatan apa yang digunakan untuk memecahkan masalah klien. Ada tiga fase dalam tahap perencanaan yaitu menentukan prioritas, menentukan tujuan dan merencanakan tindakan keperawatan

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan dari perencanaan keperawatan yang telah dibuat untuk mencapai hasil yang efektif dalam pelaksanaan implementasi keperawatan, penguasaan dan keterampilan serta pengetahuan harus dimiliki oleh setiap perawat sehingga pelayanan yang diberikan baik mutunya. Dengan demikian rencana yang telah ditentukan tercapai.

4. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi itu sendiri.

BAB III
ASUHAN KEPERAWATAN
PASIEEN DENGAN PENERAPAN SENAM HIPERTENSI
UNTUK MENURUNKAN TEKANAN DARAH

A. Asuhan Keperawatan Pada Tn. J dengan Hipertensi Melalui Penerapan

Terapi Senam Hipertensi

1. Pengkajian

a. Identitas

- 1) Nama : Tn. J
- 2) Tempat/tanggal Lahir : Salatiga , 23 Febuari 1941
- 3) Jenis Kelamin : Laki-laki
- 4) Status Perkawinan : Cerai meninggal
- 5) Agama : Islam
- 6) Suku : Jawa
- 7) Tanggal masuk PSTW : 05 maret 2020
- 8) Tanggal pengkajian : 07-02-2023
- 9) Diagnosa Medis : Hipertensi

b. Keluhan Utama

Klien mengatakan sering pusing saat dan setelah melakukan aktivitas

c. Keluhan saat ini

1) Gejala yang dirasakan

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan mudah lelah saat dan setelah melakukan aktivitas, klien mengatakan sulit tidur pada malam hari, klien mengatakan tidurnya hanya sebentar dan sering terbangun, klien mengatakan tidur malam hanya 4 jam, dari jam 1

sampai jam 5, klien mengatakan selalu tidur siang tetapi hanya sebentar, klien tampak, gelisah, lemas, dan lesu.

2) Faktor pencetus

Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sudah 2 tahun, klien mengatakan jarang melakukan olahraga, dan hanya melakukan aktifitas sehari-hari seperti biasa, klien juga tidak pernah menjaga makanannya.

3) Timbulnya keluhan

Klien mengatakan timbulnya keluhan secara bertahap

4) Upaya mengatasi

Rutin minum obat darah tinggi dan istirahat yang cukup

d. Riwayat kesehatan masa lalu

- 1) Penyakit yang pernah diderita : Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit diabetes dan hipertensi
- 2) Riwayat alergi (obat, makanan, binatang, debu, dll) : Tidak ada
- 3) Riwayat kecelakaan : Klien mengatakan pernah kecelakaan ditabrak mobil dan mengalami luka luka pada tangan terkena serpihan kaca
- 4) Riwayat pernah dirawat di RS : Klien mengatakan pernah dirawat karena typus
- 5) Riwayat pemakaian obat : Amlodiphine 10mg dan metformin 2x500mg

e. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi

- 1) Pekerjaan saat ini : Tidak bekerja
- 2) Pekerjaan sebelumnya : Berjualan asongan
- 3) Sumber pendapatan : Tidak ada
- 4) Kecukupan pendapatan : Cukup

f. Lingkungan tempat tinggal

Kebersihan dan kerapihan ruangan cukup bersih dan rapi, penerangan dalam wisma Plamboyan cukup, keadaan kamar mandi dan wc cukup bersih lantai tidak licin dan tidak berbau dan terdapat pegangan di kamar mandi dan wc untuk mengurangi risiko jatuh. klien minum air mineral Aqua yang di ambil di pojok kamar Plamboyan. Pembuangan sampah pada tempat sampah

g. Riwayat Masuk Panti

Klien mengatakan sedang berjualan di lampu merah lalu di bawa petugas ke kantor . setelah kemudian selesai di kantor tidak berjualan lagi tetapi mencari rongsok kemudian di tangkap petugas dan dibawa petugas menggunakan mobil ke PSTW Cipayung.

h. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum : Baik, Tingkat kesadaran Composmentis (E4 M5 V6)
- 2) TTV : TD: 150/100 mmHg, N: 98x/m, S: 36,6C, RR: 21x/m, CRT >3 detik, Turgor tidak elastis
- 3) BB 76 kg TB 148 cm
- 4) Kepala :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif :

Inspeksi : Bentuk kepala mesosepal tidak ada luka atau kelainan apapun.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada deformitas dan benjolan.

a) Rambut :

Subjektif : Klien mengatakan rambutnya sudah mulai rontok

Objektif : Rambut tampak ada yang rontok saat disisir

b) Mata :

Subjektif : Klien mengatakan fungsi penglihatan sudah mulai menurun

Objektif :

Inspeksi : Konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, fungsi penglihatan menurun, klien tidak pakai kaca mata

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba pembengkakan

c) Telinga :

Subjektif : Klien mengatakan pendengaran sudah mulai menurun

Objektif :

Inspeksi : Telinga bersih, tidak ada kelainan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan dibelakang telinga

d) Mulut dan tenggorokan :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif :

Inspeksi : Mukosa lembab, gigi tidak utuh (ompong), tidak terdapat kesulitan peradangan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, dan tidak teraba pembengkakan

5) Payudara :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif :

Inspeksi : Tidak ada lesi, tidak ada benjolan dan tidak ada kelainan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan , tidak terdapat benjolan, tidak teraba pembengkakan

6) Sistem pernafasan :

Subjektif : Klien mengatakan mudah lelah saat aktivitas, tapi tidak ada sesak

Objektif :

Inspeksi : Pergerakan dada simetris, tidak ada jejas, tidak ada retraksi dada, tidak ada penggunaan otot bantu nafas

Palpasi : tidak ada peningkatan atau pengurangan taktil fremitus, tidak ada krepitasi tulang dada

Perkusi : Suara perkusi dada sonor

Auskultasi : Suara paru vesikuler

7) Sistem kardiovaskuler :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan.

Objektif :

Inspeksi : Kedua belah dada simetris, tidak ada pembengkakan

Palpasi : Denyut apeks teraba kencang, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran organ.

Perkusi : Bunyi pekak.

Auskultasi : Intensitas Bunyi Jantung I dan II meningkat, Bunyi reguler.

8) Sistem gastrointestinal :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan.

Objektif :

Inspeksi : Bentuk datar, Tidak ada luka, benjolan pada abdomen ataupun kelainan

Auskultasi : Bising usus 15x/menit

Palpasi : Tidak terdapat massa pada bagian abdomen dan tidak ada nyeri tekan, abdomen tidak supel

Perkusi : Suara perkusi abdomen timpani.

9) Sistem perkemihan :

Subjektif : Klien mengatakan BAK 4-5 x/perhari dengan volume yang sedikit, tidak ada nyeri saat berkemih

Objektif :

Inspeksi : Warna urine kuning jernih, tidak terdapat distensi kandung kemih, tidak ada perdarahan pada urine.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada pembesaran pada abdomen bawah, dan oedema pada ekstremitas.

10) Sistem genitoreproduksi :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan terkait

Objektif : Tidak dikaji

11) Sistem muskuloskeletal :

Subjektif : Klien mengatakan kekuatan otot kaki dan tangannya sudah mulai berkurang

Objektif :

Inspeksi : Tidak ada kelainan ekstremitas, hasil pemeriksaan tonus

otot : 4444	4444
4444	4444

Reflek fisiologis : +1 +1

+1 +1

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

12) Sistem saraf pusat :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan terkait

Objektif :

Inspeksi : Tingkat Kesadaran Composmentis, Pupil Isokor, Koordinasi gerak baik

Perkusi : Refleks sendi dan tendon baik

13) Sistem endokrin :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif :

Inspeksi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran liver.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

i. Pengkajian psikososial dan spiritual

1) Psikosial

Klien mudah bergaul dengan para wbs lainnya saat berada di lingkungan panti dan di dalam wisma . klien tampak ramah.

2) Identifikasi Masalah Emosional

PERTANYAAN TAHAP 1

a) Apakah klien mengalami sukar tidur? YA

b) Apakah klien sering merasa gelisah? TIDAK

c) Apakah klien sering murung atau menangis sendiri? TIDAK

d) Apakah klien sering merasa was-was atau kuatir? TIDAK



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

PERTANYAAN TAHAP 2

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



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

MAKA
EMOSIONAL
POSITIF (+)

Interpretasi :Maka dapat ditarik kesimpulan bahwa Tn. J Emosional positif

3) Spiritual

Tn. J beragama islam, klien sering mengikuti solat berjamaah di masjid dan terkadang kalau ia sedang kambuh sakit kepala atau pusing klien hanya bisa melaksanakan solat di wisma.

j. Pengkajian Fungsional klien KATZ

Tabel 3. 1 KATZ Indeks

No.	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1.	<p>Mandi Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstermitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya</p> <p>Tergantung : Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri</p>	✓	
	<p>Berpakaian Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian</p> <p>Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau sebagian</p>	✓	
	<p>Ke kamar kecil Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri</p> <p>Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan Pispot.</p>	✓	
	<p>Berpindah Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p>Bergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih Perpindahan</p>	✓	
	<p>Kontinen Mandiri BAB dan BAK seluruhnya terkontrol sendiri</p> <p>Bergantung Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, pembalut/pempers</p>	✓	
	<p>Makan Mandiri Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri</p> <p>Bergantung Bantuan dalam hal mengambil</p>	✓	

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

Keterangan :

Beri tanda (√) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil: Mandiri dalam makan, berpakaian, kontinensia (BAK dan BAB), pergi ke toilet berpindah dan mandi.

k. Modifikasi dari Barthel Indeks

Tabel 3. 2 Barthel Indeks

No.	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1.	Makan	5	10 ✓	Frekuensi : 3x/hari Jumlah : Sedang Jenis Nasi putih dan lauk pauk
2.	Minum	5	10 ✓	Frekuensi : Sering Jumlah : 7-8 gelas Jenis : Air putih
3.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5-10	15 ✓	Tidak memakai kursi roda
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5 ✓	Frekuensi 2x/hari
5.	Keluar masuk toilet (membuka pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10 ✓	Membuka pakaian dan menyiram tubuhnya sendiri
6.	Mandi	5	15 ✓	Frekuensi 2x/hari
7.	Jalan di permukaan datar	0	5 ✓	Berjalan sendiri tanpa bantuan orang lain ataupun tongkat
8.	Naik turun tangga	5	10 ✓	Naik turun tangga sendiri tanpa dibantu oleh orang lain
9.	Mengenakan pakaian	5	10 ✓	Mengenakan pakaiannya sendiri tanpa bantuan orang lain
10.	Kontrol bowel (BAB)	5	10 ✓	Frekuensi : 1 x/hari Konsistensi : Lembek kuning kecoklatan
11.	Kontrol Bladder	5	10 ✓	Frekuensi : 5-

	(BAK)			6x/hari Warna : Kuning Jernih
12.	Olahraga/Latihan	5 ✓	10	Frekuensi : 1x/hari Jenis : jalan keliling panti.
13	Rekreasi/Pemanfaatan Waktu Luang	5	10 ✓	Jenis : Klien biasanya bersosialisasi dengan wbs lain dan tidur siang

Interpretasi hasil : Skor 125 dengan kategori Tn. J melakukan secara ketergantungan sebagian

- 1) 130 : Mandiri
- 2) 60 - 125 : **Ketergantungan sebagian**
- 3) 55 : Ketergantungan total

1. Pengkajian Status Mental Gerontik

Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ) Instruksi : Ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban. Catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan dan masukkan dalam interpretasi.

Tabel 3. 3 Status Mental Gerontik

Benar	Salah	No	Pertanyaan
	✓	01	Tanggal berapa hari ini?
✓		02	Hari apa sekarang?
✓		03	Apa nama tempat ini?
✓		04	Dimana alamat anda?
✓		05	Berapa umur anda?
✓		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
✓		07	Siapa presiden Indonesia sekarang?
✓		08	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?
✓		09	Siapa nama Ibu anda?
✓		10	Kurangi 3 dari 20 dan setiap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.

Interpretasi hasil : didapatkan skor 9 dengan kategori Tn. J fungsi intelektual utuh

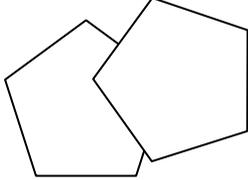
- 1) Salah 0 -2 : Fungsi intelektual utuh
- 2) Salah 3- 4 : Kerusakan intelektual ringan
- 3) Salah 5 – 7 : Kerusakan intelektual sedang
- 4) Salah > 8 : Kerusakan intelektual berat

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

Tabel 3. 4 MMSE (Mini Mental Status Exam)

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai Klien	Kriteria
1.	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : <input type="checkbox"/> Tahun <input type="checkbox"/> Musim <input type="checkbox"/> Tanggal <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Bulan
	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada? <input type="checkbox"/> Negara Indonesia <input type="checkbox"/> Propinsi Jawa Barat <input type="checkbox"/> Kota DKI Jakarta <input type="checkbox"/> PSTW Budi Mulia 1 Cipayung <input type="checkbox"/> Wisma Bugenvil
2	Registrasi	3	5	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 (Jam) ✓ <input type="checkbox"/> Obyek (Meja) ✓ <input type="checkbox"/> Obyek (Buku) ✓
3	Perhatian dan	5	5	Minta klien mengeja 5

	Kalkulasi			kata dari belakang, “BAPAK”
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"/> Meja (√) <input type="checkbox"/> Jam (√) <input type="checkbox"/> Buku (√)
5	Bahasa	9	2	Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien. <input type="checkbox"/> (Gelas) (√) <input type="checkbox"/> (Pulpen) (√)
			1	Minta klien untuk mengulang kata berikut : “Tak ada jika, dan, atau, tetapi.” Bila benar, nilai satu poin. <input type="checkbox"/> Pernyataan benar 2 buah (tak ada, tetapi)
			3	Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : Ambil kertas di tangan anda, lipat dua, dan taruh di lantai.” <input type="checkbox"/> Ambil kertas di tangan anda (√) <input type="checkbox"/> Lipat dua (√) <input type="checkbox"/> Taruh di lantai(√)
			1	Perintahkan pada klien untuk hal Berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point) <input type="checkbox"/> “Tutup mata Anda” (√) Perintahkan pada
			2	klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin

				gambar. <input type="checkbox"/> Tulis satu kalimat (√) <input type="checkbox"/> Menyalin gambar(√)
				
Total Nilai		30	30	

Interpretasi hasil : 30 Aspek kognitif dan fungsi mental baik

26 – 30 : Aspek kognitif dan fungsi mental baik

21 – 25 : Aspek kognitif dan fungsi mental ringan

11 – 20 : Kerusakan aspek fungsi mental sedang

0 – 10 : Terdapat aspek fungsi mental berat

n. 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

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 (1)

- Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata terbuka Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah kursi (0) □

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

Tidak bangun dari tempat duduk dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali (1) □

- Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk ke tengah kursi (1) Keterangan : Kursi harus yang keras tanpa lengan □

- Menahan dorongan pada sternum (Pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata terbuka

Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya. (1) □

- Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup

Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya. (1) □

- 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 (1)

- Membungkuk

Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bias berdiri lagi, dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun (0)

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 (1) □
- Kesimetrisan langkah (lebih baik di observasi dari samping klien) Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit (0) □
- Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik di observasi dari samping kiri klien) Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi (1) □
- Berbalik, Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan. (1)

Keterangan :

0 – 5 resiko jatuh rendah

6 – 10 resiko jatuh tinggi

11 – 15 resiko jatuh sangat tinggi

Interpretasi Hasil : Didapatkan hasil skor 9 dengan kategori

Tn. J mengalami resiko jatuh tinggi.

o. The timed up and go (tug) Test

Tabel 3. 5 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

Interpretasi Hasil : Didapatkan skor 15 detik dengan kategori Tn. J mengalami resiko jatuh sedang.

< 10 detik : resiko jatuh rendah

11 – 19 detik : resiko jatuh sedang

20 – 29 detik : resiko jatuh tinggi

>30 detik : gangguan mobilitas dan resiko jauh tinggi

p. Penilaian potensi dekubitus (Skor NORTON)

Nama Penderita : Tn. J

Umum :

1) Baik 4

2) Lumayan 3

3) Buruk 2

4) Sangat buruk 1

Kesadaran :

1) Komposmentis 4

2) Apatis 3

3) Sopor 2

4) Koma 1

Aktifitas :

- 1) Ambulasi 4
2) Ambulasi dengan bantuan 3
 3) Hanya bisa duduk 2
 4) Tiduran 1

Inkontinen

- 1) Tidak 4**
 2) Kadang-kadang 3
 3) Sering Inkontinesia urin 2
 4) Inkontinensia alvi & urin 1

Interpretasi Hasil : Didapatkan skor 15 dengan kategori Tn. J kemungkinan terjadi dekubitus

16 – 20 : kecil sekali/tidak terjadi

12 – 15 : kemungkinan terjadi

<12 : kemungkinan besar terjadi

q. Geriatric Depression Scale (GDS)

Tabel 3. 6 Geriatric Depression Scale (GDS)

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda	✓	
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda		✓
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong		✓
4	Apakah anda sering merasa bosan		✓
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat		✓
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda		✓
7	Apakah anda merasa bahagia	✓	

	untuk sebagian besar hidup anda		
8	Apakah anda merasa sering tidak berdaya		✓
9	Apakah anda lebih sering dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru		✓
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang		✓
11	Apakah anda pikir bahwa kehidupan anda saat ini Menyenangkan	✓	
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini		✓
13	Apakah anda merasa penuh semangat		✓
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada Harapan		✓
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaanya dari pada anda		✓

Interpretasi Hasil : Didapatkan skor 3 dengan kategori normal

1) Skor 0 – 5 : normal

2) skor >6 : depresi

ANALISA DATA

No	Data Fokus	Masalah Keperawatan	Etiologi
1	DS: <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sering merasakan pusing saat dan setelah beraktifitas • Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sudah dari 2 tahun yang lalu. DO : <ul style="list-style-type: none"> • TD: 150/100 mmHg, S:36,6°C, HR: 98x/menit, RR: 21x/menit • CRT > 3 Detik • Turgor kulit tidak elastis • Nadi apeks teraba kencang • Intensitas Bunyi jantung I dan II meningkat 	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)	Peningkatan Tekanan Darah
2	DS: <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sulit tidur pada malam hari • Klien mengatakan tidurnya hanya sebentar dan sering terbangun • Klien mengatakan tidur malam hanya 4 jam, dari jam 1 sampai jam 5 • Klien tidur siang sering, tapi sebentar. DO: <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lemas • Klien tampak sering menguap 	Gangguan Pola Tidur (D.0055)	Kurang Kontrol Tidur
3	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas • Klien mengatakan kekuatan ototnya menurun • Hasil pemeriksaan tonus otot, Kekuatan : 4444 4444 4444 4444 Reflek fisiologis +1 +1 +1 +1 DO: <ul style="list-style-type: none"> • Hasil pengkajian keseimbangan menunjukkan resiko jatuh klien tinggi • Hasil pengkajian TUG Test menunjukkan resiko jatuh sedang 	Resiko Jatuh (D.0143)	Usia >65 Tahun

DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Kode
1	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah	D.0009
2	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur	D.0055
3	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun	D.0143

RENCANA KEPERAWATAN

No	Tanggal & Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi															
1	13-02-2023 08.05 WIB	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0009)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam diharapkan Perfusi Perifer (L.02011) membaik dengan kriteria hasil :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>sebelum</th> <th>sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tekanan darah sistolik</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah diastolic</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Pengisian Kapiler</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Turgor Kulit</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	sebelum	sesudah	Tekanan darah sistolik	3	5	Tekanan darah diastolic	3	5	Pengisian Kapiler	3	5	Turgor Kulit	3	5	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor TTV • Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik nonfarmakologis untuk menurunkan tekanan darah • Lakukan hidrasi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan berolahraga rutin • Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah
Indikator	sebelum	sesudah																	
Tekanan darah sistolik	3	5																	
Tekanan darah diastolic	3	5																	
Pengisian Kapiler	3	5																	
Turgor Kulit	3	5																	

2	13-02-2023 08.05 WIB	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (D.0055)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam diharapkan Pola Tidur (L.05045) membaik dengan kriteria hasil :</p> <table border="1" data-bbox="727 454 1025 696"> <thead> <tr> <th>indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan sulit tidur dari</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan sering terjaga</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	indikator	Sebelum	sesudah	Keluhan sulit tidur dari	3	5	Keluhan sering terjaga	3	5	<p>Dukungan Tidur (I.05174)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola aktivitas dan tidur • Identifikasi faktor pengganggu tidur <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasililtasi menghilangkan stres sebelum tidur <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit • Anjurkan menghindari makanan/ minuman yang mengganggu tidur
indikator	Sebelum	sesudah											
Keluhan sulit tidur dari	3	5											
Keluhan sering terjaga	3	5											
3	13-02-2023 08.05 WIB	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam diharapkan Tingkat Jatuh (L.12111) menurun dengan kriteria hasil :</p> <table border="1" data-bbox="727 1261 1025 1473"> <thead> <tr> <th>indikator</th> <th>sebelum</th> <th>sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh saat berdiri</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat berjalan</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	indikator	sebelum	sesudah	Jatuh saat berdiri	3	5	Jatuh saat berjalan	3	5	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Obesrvasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi faktor risiko jatuh <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat • Berikan alat bantu jalan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah • Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
indikator	sebelum	sesudah											
Jatuh saat berdiri	3	5											
Jatuh saat berjalan	3	5											

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN (Hari Pertama)

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal / jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0009)	13-02-2023 08.05 08.10 08.15 08.30	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor TTV <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik nonfarmakologis berupa senam hipertensi untuk menurunkan tekanan darah <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan hidrasi 	<p>S : Klien mengatakan sering merasakan pusing saat dan setelah beraktifitas</p> <p>O: TD : 160/100 mmHg, S:36,6°C, HR: 98x/menit, RR: 21x/menit CRT > 3 Detik</p> <p>S: Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 2 tahun yang lalu</p> <p>O: TD : 160/100 mmHg, S:36,6°C, HR: 98x/menit, RR: 21x/menit</p> <p>S: Klien mengatakan merasa nyaman saat di berikan terapi nonfarmakologis</p> <p>O: Klien diberikan terapi senam hipertensi</p> <p>S: Klien mengatakan akan meminum lebih banyak air putih</p> <p>O: Klien dianjurkan dan</p>	

		08.35		diberikan minum air putih lebih sering	
		08.40	Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan berolahraga rutin <ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah 	S: Klien mengatakan akan mengikuti kegiatan olahraga lebih sering O: Klien terlihat kooperatif S : Klien mengatakan meminum Amplodiphine 10 mg O: Klien terlihat meminum obat saat waktunya diberikan obat	
2	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (D.0055)	13-02-2023	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur <ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> Memfasilitasi 	S: Klien melakukan aktivitas pada siang hari dan mengalami sulit tidur dimalam hari O: Pasien tampak lemas S: Klien mengatakan sulit tidur karena tidak nyaman, terkadang kedinginan dan banyak nyamuk dan terkadang karena pusing. O: Klien tampak gelisah S: Klien	
		08.05			
		08.09			
		10.05			

		10.15	<p>menghilangkan stres sebelum tidur</p> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 	<p>mengatakan akan menggunakan selimut dan berdoa sebelum tidur</p> <p>O: Klien disarankan sebelum tidur membaca doa dan klien diberikan lingkungan yang nyaman</p> <p>S: Klien mengatakan penjelasan yang diberikan perawat sudah dimengerti</p> <p>O: Klien tampak mengerti terkat penjelasan tidur cukup yang diberikan perawat</p>	
		10.20	<ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan menghindari makanan/ minuman yang mengganggu tidur 	<p>S: Klien mengatakan sering mengkonsumsi kopi</p> <p>O: klien dianjurkan untuk tidak atau mengurangi mengkonsumsi kopi.</p>	
3	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	13-02-2023 10.25	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Obesrvasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi faktor risiko jatuh 	<p>S: Klien mengatakan umurnya sudah 81 Tahun, kekuatan ototnya menurun</p> <p>O: Hasil pengkajian risiko</p>	

				jatuh klien tinggi	
		10.28	<p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat 	<p>S: Pasien mengatakan akan duduk dan beraktivitas di dekat ruang perawat</p> <p>O: Klien masih dalam pantauan perawat</p>	
		10.35	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan alat bantu jalan 	<p>S: Klien mengatakan mau menggunakan alat bantu, tetapi tidak mau kursi roda</p> <p>O: Klien klien diberikan tongkat untuk membantu jalan</p>	
		10.38	<p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 	<p>S: Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p> <p>O: Klien terlihat kooperatif</p>	
		10.40	<ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 	<p>S: Klien mengatakan hanya memiliki sandal jepit biasa</p> <p>O: Klien terlihat memakai sandal jepit</p>	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN (Hari Kedua)

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0009)	14-02-2023 13.00 13.05 13.15 13.20	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor TTV <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik nonfarmakologis berupa senam hipertensi untuk menurunkan tekanan darah • Melakukan hidrasi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan berolahraga rutin 	<p>S : Klien mengatakan masih suka merasakan pusing.</p> <p>O: TD : 150/100 mmHg, S:36,5°C, HR: 93x/menit, RR: 21x/menit CRT > 3Detik</p> <p>S: Klien mengatakan merasa nyaman saat di berikan terapi nonfarmakologis</p> <p>O: Klien diberikan terapi senam hipertensi</p> <p>S: Klien mengatakan sudah minum air putih lebih banyak</p> <p>O: Klien dianjurkan dan diberikan minum air putih lebih sering</p> <p>S: Klien mengatakan sudah melakukan olahraga seperti berjalan jalan dan pemanasan</p> <p>O: Klien terlihat</p>	

		13.27	<ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah 	<p>kooperatif</p> <p>S : Klien mengatakan meminum Amplodiphine 10 mg</p> <p>O: Klien terlihat meminum obat saat waktunya diberikan obat</p>	
2	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (D.0055)	14-02-2023	<p>Dukungan Tidur (I.05174)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 	<p>S: Klien mengatakan masih mengalami sulit tidur</p> <p>O: Pasien tampak lesu</p>	
		13.05	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur 	<p>S: Klien mengatakan sudah tidak terlalu dingin karena sudah memakai selimut tetapi masih sulit mengantuk pada malam hari.</p> <p>O: Klien tampak gelisah</p>	
		13.10	<p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 	<p>S: Klien mengatakan akan menggunakan selimut dan berdoa sebelum tidur</p> <p>O: Klien disarankan sebelum tidur membaca doa dan klien diberikan lingkungan yang</p>	

				nyaman	
3	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	14-02-2023	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540) Obesrvasi : Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat <p>15.10</p> <ul style="list-style-type: none"> Memberikan alat bantu jalan <p>15.15</p> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah <p>15.20</p> <ul style="list-style-type: none"> Meganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin <p>15.25</p>	<p>S: Pasien mengatakan akan duduk dan beraktivitas di dekat ruang perawat</p> <p>O: Klien masih dalam pantauan perawat</p> <p>S: Klien mengatakan lebih mudah saat menggunakan tongkat</p> <p>O: Klien terlihat lebih mudah saat berjalan</p> <p>S: Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p> <p>O: Klien terlihat kooperatif</p> <p>S: Klien mengatakan hanya memiliki sandal jepit biasa</p> <p>O: Klien diberikan sandal anti selip</p>	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN (Hari Ketiga)

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal /jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0009)	15-02-2023 08.05 08.10 08.15 08.30	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor TTV <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik nonfarmakologis berupa senam hipertensi untuk menurunkan tekanan darah • Melakukan hidrasi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan berolahraga rutin 	<p>S : Klien mengatakan pusing masih muncul, hanya intensitasnya yang berkurang.</p> <p>O: TD : 140/90 mmHg, S:36,3°C, HR: 95x/menit, RR: 23x/menit CRT > 3 Detik</p> <p>S: Klien mengatakan merasa nyaman saat di berikan terapi nonfarmakologis senam hipertensi</p> <p>O: Klien diberikan terapi senam hipertensi</p> <p>S: Klien mengatakan sudah minum air putih lebih banyak</p> <p>O: Klien dianjurkan dan diberikan minum air putih lebih sering</p> <p>S: Klien mengatakan sudah melakukan olahraga seperti berjalan jalan dan pemanasan</p>	

		08.35	<ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah 	<p>O: Klien terlihat kooperatif</p> <p>S : Klien mengatakan meminum Amplodiphine 10 mg</p> <p>O: Klien terlihat meminum obat saat waktunya diberikan obat</p>	
2	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (D.0055)	15-02-2023	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi :		
		08.05	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 	<p>S: Klien mengatakan sudah bisa tidur lebih cepat dari biasanya.</p> <p>O: Pasien tampak lebih nyaman.</p>	
		08.09	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur 	<p>S: Klien mengatakan sudah lebih nyaman karena memakai selimut sebelum tidur.</p> <p>O: Klien tampak nyaman saat mau tidur.</p>	
		10.05	<p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 	<p>S: Klien mengatakan akan menggunakan selimut dan berdoa sebelum tidur</p> <p>O: Klien disarankan sebelum tidur membaca doa dan klien diberikan lingkungan yang nyaman</p>	

3	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	15-02-2023	Pencegahan Jatuh (I.14540) Obesrvasi : Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Menempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat 	S: Pasien mengatakan akan duduk dan beraktivitas di dekat ruang perawat O: Klien masih dalam pantauan perawat	
		10.25	<ul style="list-style-type: none"> • Menempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat 	S: Pasien mengatakan akan duduk dan beraktivitas di dekat ruang perawat O: Klien masih dalam pantauan perawat	
		10.28	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan alat bantu jalan 	S: Klien mengatakan lebih mudah saat menggunakan tongkat O: Klien terlihat lebih mudah saat berjalan	
		10.35	Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 	S: Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan O: Klien terlihat kooperatif	

EVALUASI KEPERAWATAN

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0009)	15-02-2023 08.05	Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan merasa nyaman saat di berikan terapi senam hipertensi • Klien mengatakan sudah minum air putih lebih banyak • Klien mengatakan sudah melakukan olahraga seperti berjalan jalan dan pemanasan • Klien mengatakan meminum Amplodiphine 10 mg Objektif : <ul style="list-style-type: none"> • TD : 140/90 mmHg, S:36,3°C, HR: 95x/menit, RR: 23x/menit • CRT > 3 detik • Klien diberikan terapi senam hipertensi • Klien dianjurkan dan diberikan minum air putih lebih sering • Klien terlihat meminum obat saat waktunya diberikan obat Assesment : Masalah Belum Teratasi Planning : Intervensi Dilanjutkan	
2.	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (D.0055)	15-02-2023 08.10	Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah bisa tidur lebih cepat dari biasanya. • Klien mengatakan sudah lebih nyaman karena memakai selimut sebelum tidur. • Klien mengatakan akan menggunakan selimut dan berdoa sebelum tidur Objektif : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lebih nyaman. • Klien tampak nyaman 	

			<p>saat mau tidur.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien disarankan sebelum tidur membaca doa dan klien diberikan lingkungan yang nyaman <p>Assesment : Masalah Teratasi</p> <p>Planning : Intervensi Dihentikan</p>	
3.	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	15-02-2023 10.25	<p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan akan duduk dan beraktivitas di dekat ruang perawat • Klien mengatakan lebih mudah saat menggunakan tongkat • Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien masih dalam pantauan perawat • Klien terlihat lebih mudah saat berjalan • Klien terlihat kooperatif <p>Assesment : Masalah Belum Teratasi</p> <p>Planning : Intervensi Dilanjutkan</p>	

B. Asuhan Keperawatan Pada Tn. W dengan Hipertensi Melalui Penerapan Terapi *Senam Hipertensi*

1. Pengkajian

a. Identitas

- 1) Nama : Tn. W
- 2) Tempat/tanggal Lahir : Bogor , 23 Maret 1952
- 3) Jenis Kelamin : Laki - laki
- 4) Status Perkawinan : Cerai meninggal
- 5) Agama : Islam
- 6) Suku : Sunda
- 7) Tanggal masuk PSTW : 13 oktober 2019
- 8) Tanggal pengkajian : 13-02-2023
- 9) Diagnosa Medis : Hipertensi

b. Keluhan Utama

Klien mengatakan sering merasakan sakit kepala

c. Keluhan Saat Ini

1) Gejala yang dirasakan :

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 08 Februari 2023, klien mengatakan sering mengeluh pusing dan sakit kepala, mata terasa berkunang-kunang, kepala terasa berat saat kepala ditekuk. klien mengatakan jalan nya harus pelan-pelan, klien mengatakan saat naik tangga dan turun tangga sambil pegangan sisi tangga. Klien tampak gelisah, klien tampak lemas, tampak meringis. Setelah dilakukan pengkajian nyeri, didapatkan hasil :

P : Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala

Q : Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk

R : Klien mengatakan nyeri dirasakan pada kepala

S : Klien megatkan skala nyeri 5

T : Klien mengatakan nyeri hilang timbul

2) Faktor pencetus

Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi karena sering makan-makan dengan kadar garam yang tinggi.

3) Timbulnya keluhan

Klien mengatakan keluhannya timbul secara bertahap

4) Upaya mengatasi

Meminum obat dari panti dan istirahat

d. Riwayat kesehatan masa lalu

1) Penyakit yang pernah diderita : Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi

2) Riwayat alergi (obat,makanan,binatang,debu,dll) : Tidak ada

3) Riwayat kecelakaan : Klien tidak pernah mengalami kecelakaan

4) Riwayat pernah dirawat di RS : Klien mengatakan tidak pernah dirawat dirumah sakit.

e) Riwayat pemakaian obat : Amlodiphine 5 mg

e. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi

1) Pekerjaan saat ini : Tidak bekerja

2) Pekerjaan sebelumnya : Tidak bekerja

3) Sumber pendapatan : Tidak ada

4) Kecukupan pendapatan : Cukup

f. Lingkungan tempat tinggal

Kebersihan dan kerapihan ruangan cukup bersih dan rapi, penerangan dalam wisma Plamboyan cukup, keadaan kamar mandi dan wc cukup bersih lantai tidak licin dan tidak berbau dan terdapat pegangan di kamar mandi dan wc untuk mengurangi risiko jatuh. klien minum air mineral Aqua yang di ambil di pojok kamar Plamboyan. Pembuangan sampah pada tempat sampah

g. Riwayat Masuk Panti

Klien mengatakan tinggal sendirian dirumah kontrakan karena istri meninggal dan anak kerja di luarkota tidak pernah pulang lalu di bawa ke PSTW Cipayung oleh ketua RT.

h. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum : Baik, Tingkat Kesadaran Composmentis (E4 M5 V6)
- 2) TTV : TD: 140/100 mmHg, N: 97x/m, S: 36,5C, RR: 23x/m, CRT >3 Detik, Turgor kulit tidak elastis
- 3) BB 74 kg TB 158 cm
- 4) Kepala :

Subjektif : Klien mengatakan sering sakit dikepala belakang, di waktu yang tidak menentu

Objektif :

Inspeksi : Bentuk kepala mesosepal tidak ada luka atau kelainan apapun.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak teraba benjolan.

a) Rambut :

Subjektif : Klien mengatakan rambutnya sudah mulai rontok

Objektif : Rambut tampak ada yang rontok saat disisir

b) Mata :

Subjektif : Klien mengatakan penglihatan sudah mulai kabur

Objektif :

Inspeksi : Konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, fungsi penglihatan menurun, klien tidak pakai kaca mata

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat pembengkakan

c) Telinga :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif :

Inspeksi : Telinga bersih, tidak ada kelainan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan dibelakang telinga

d) Mulut dan tenggorokan :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif :

Inspeksi : Mukosa lembab, gigi tidak utuh (ompong), tidak terdapat kesulitan menelan dan peradangan

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, dan tidak teraba pembengkakan

5) Payudara :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif :

Inspeksi : Tidak ada lesi, tidak ada benjolan dan kelainan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan , tidak terdapat benjolan, tidak teraba pembengkakan

6) Sistem pernafasan :

Subjektif : Klien mengatakan mudah lelah saat aktivitas tetapi tidak sampai sesak

Objektif :

Inspeksi : Pergerakan dada simetris, tidak ada jejas, tidak ada retraksi dada

Palpasi : tidak ada peningkatan atau pengurangan taktil fremitus, tidak ada krepitasi tulang dada

Perkusi : Suara perkusi dada sonor

Auskultasi : Suara paru vesikuler.

7) Sistem kardiovaskuler :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan.

Objektif :

Inspeksi : Kedua belah dada simetris, tidak ada pembengkakan

Palpasi : Denyut apeks teraba kencang, tidak ada nyeri tekan, tidak teraba pembesaran organ.

Perkusi : Bunyi pekak.

Auskultasi : Intensitas Bunyi Jantung I dan II meningkat, Suara regular.

8) Sistem gastrointestinal :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif :

Inspeksi : Bentuk datar, Tidak ada luka, benjolan ataupun kelainan

Auskultasi : Bising usus 15x/menit

Palpasi : Tidak terdapat massa pada bagian abdomen dan tidak ada nyeri tekan, tidak supel.

Perkusi : Suara perkusi abdomen timpani

9) Sistem perkemihan :

Subjektif : Klien mengatakan BAK 6-7 x/perhari dengan volume yang sedikit, tidak ada nyeri saat berkemih

Objektif :

Inspeksi : Warna urine kuning jernih, tidak terdapat distensi kandung kemih, tidak ada perdarahan pada urine.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak teraba pembesaran pada abdomen bawah, dan tidak ada oedema ekstremitas.

10) Sistem genitoreproduksi :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan terkait

Objektif : Tidak dikaji

11) Sistem muskuloskeletal :

Subjektif : Klien mengatakan kekuatan otot kaki dan tangannya sudah mulai berkurang

Objektif :

Inspeksi : Tidak ada kelainan ekstremitas, hasil pemeriksaan tonus

otot :	4444	4444
	4444	4444

Reflek fisiologis : +1 +1

+1 +1

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

12) Sistem saraf pusat :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan terkait

Objektif :

Inspeksi : Tingkat Kesadaran Composmentis, Pupil Isokor, Koordinasi gerak baik

Perkusi : Refleks sendi dan tendon normal

13) Sistem endokrin :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif :

Inspeksi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan liver

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

i. Pengkajian psikososial dan spiritual

1) Psikosial

Klien mudah bergaul dengan para wbs lainnya saat berada di lingkungan panti dan di dalam wisma. klien tampak ramah

2) Identifikasi Masalah Emosional

PERTANYAAN TAHAP 1

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



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

PERTANYAAN TAHAP 2

- a) Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan?
TIDAK
- b) Ada masalah atau banyak pikiran? TIDAK
- c) Ada gangguan/masalah dengan keluarga lain? TIDAK

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

e) Apakah cenderung mengurung diri? TIDAK



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

MAKA
EMOSIONAL
POSITIF (+)

Interpretasi : Maka dapat ditarik kesimpulan bahwa Tn. W tidak memiliki masalah emosional

3) Spiritual

Tn. W beragama islam, klien sering mengikuti solat berjamaah di masjid dan terkadang kalau ia sedang kambuh sakit kepala atau pusing klien hanya bisa melaksanakan solat di wisma.

j. Pengkajian Fungsional klien KATZ

Tabel 3. 7 KATZ Indeks

No.	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1.	<p>Mandi Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstermitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya</p> <p>Tergantung : Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri</p>	✓	
	<p>Berpakaian Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian</p> <p>Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau sebagian</p>	✓	

	<p>Ke kamar kecil Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri</p> <p>Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan Pispot.</p>	✓	
	<p>Berpindah Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p>Bergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih Perpindahan</p>	✓	
	<p>Kontinen Mandiri BAB dan BAK seluruhnya terkontrol sendiri</p> <p>Bergantung Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, pembalut/pempers</p>	✓	
	<p>Makan Mandiri Menggambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri</p> <p>Bergantung Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan melalui parenteral (NGT)</p>	✓	

Keterangan :

Beri tanda (✓) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil: Mandiri dalam makan, berpakaian, kontinensia (BAK dan BAB), pergi ke toilet berpindah dan mandi.

j. Modifikasi dari Barthel Indeks

Tabel 3. 8 Barthel Indeks

No.	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1.	Makan	5	10 ✓	Frekuensi : 3x/hari Jumlah : Sedang Jenis Nasi putih dan lauk pauk
2.	Minum	5	10 ✓	Frekuensi : Sering Jumlah : 7-8 gelas Jenis : Air putih
3.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5-10	15 ✓	Tidak memakai kursi roda
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5 ✓	Frekuensi 2x/hari
5.	Keluar masuk toilet (membuka pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10 ✓	Membuka pakaian dan menyiram tubuhnya sendiri
6.	Mandi	5	15 ✓	Frekuensi 2x/hari
7.	Jalan di permukaan datar	0	5 ✓	Berjalan sendiri tanpa bantuan orang lain ataupun tongkat
8.	Naik turun tangga	5	10 ✓	Naik turun tangga sendiri tanpa dibantu oleh orang lain
9.	Mengenakan pakaian	5	10 ✓	Mengenakan pakainnya sendiri tanpa bantuan orang lain
10.	Kontrol bowel (BAB)	5	10 ✓	Frekuensi : 1 x/hari Konsistensi : Lembek kuning kecoklatan
11.	Kontrol Bladder (BAK)	5	10 ✓	Frekuensi : 6-7x/hari Warna : Kuning Jernih
12.	Olahraga/Latihan	5 ✓	10	Frekuensi : 1x/hari Jenis : Senam Rutin
13	Rekreasi/Pemanfaatan Waktu Luang	5	10 ✓	Jenis : Bersosialisasi dengan WBS yang lain

Interpretasi hasil : skor 125 dengan kategori Tn. W melakukan secara ketergantungan sebagian

- 1) 130 : Mandiri
- 2) 60 - 125 : Ketergantungan sebagian
- 3) 55 : Ketergantungan total

k. Pengkajian Status Mental Gerontik

Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ) Instruksi : Ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban. Catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan dan masukkan dalam interpretasi.

Tabel 3. 9 Status Mental Gerontik

Benar	Salah	No	Pertanyaan
✓		01	Tanggal berapa hari ini?
✓		02	Hari apa sekarang?
✓		03	Apa nama tempat ini?
✓		04	Dimana alamat anda?
✓		05	Berapa umur anda?
✓		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
✓		07	Siapa presiden Indonesia sekarang?
✓		08	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?
✓		09	Siapa nama Ibu anda?
✓		10	Kurangi 3 dari 20 dan setiap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.

Interpretasi hasil : didapatkan skor 10 dengan kategori Tn. W fungsi intelektual utuh

1) Salah 0 -2 : Fungsi intelktual utuh

2) Salah 3- 4 : Kerusakan intelektual ringan

3) Salah 5 – 7 : Kerusakan intelektual sedang

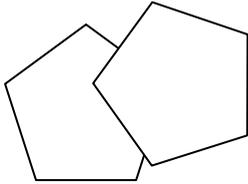
4) Salah > 8 : Kerusakan intelektual berat

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

Tabel 3. 10 MMSE (Mini Mental Status Exam)

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai Kliien	Kriteria
1.	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : <input type="checkbox"/> Tahun <input type="checkbox"/> Musim <input type="checkbox"/> Tanggal

				<input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Bulan
	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada? <input type="checkbox"/> Negara Indonesia <input type="checkbox"/> Propinsi Jawa Barat <input type="checkbox"/> Kota DKI Jakarta <input type="checkbox"/> PSTW Budi Mulia 1 Cipayung <input type="checkbox"/> Wisma Bugenvil
2	Registrasi	3	5	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 (Jam) ✓ <input type="checkbox"/> Obyek (Meja) ✓ <input type="checkbox"/> Obyek (Buku) ✓
3	Perhatian dan Kalkulasi	5	5	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, "BAPAK"
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"/> Meja (✓) <input type="checkbox"/> Jam (✓) <input type="checkbox"/> Buku (✓)
5	Bahasa	9	2	Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien. <input type="checkbox"/> (Gelas) (✓) <input type="checkbox"/> (Pulpen) (✓)
			1	Minta klien untuk mengulang kata berikut : "Tak ada jika, dan, atau, tetapi." Bila benar, nilai satu poin.

			3	<input type="checkbox"/> Pernyataan benar 2 buah (tak ada, tetapi) Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : Ambil kertas di tangan anda, lipat dua, dan taruh di lantai.” <input type="checkbox"/> Ambil kertas di tangan anda (√) <input type="checkbox"/> Lipat dua (√) <input type="checkbox"/> Taruh di lantai(√)
			1	Perintahkan pada klien untuk hal Berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point) <input type="checkbox"/> “Tutup mata Anda” (√) Perintahkan pada
			2	klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar. <input type="checkbox"/> Tulis satu kalimat (√) <input type="checkbox"/> Menyalin gambar(√)
				
Total Nilai		30	30	

Interpretasi hasil : 30 Aspek kognitif dan fungsi mental baik

26 – 30 : Aspek kognitif dan fungsi mental baik

21 – 25 : Aspek kognitif dan fungsi mental ringan

11 – 20 : Kerusakan aspek fungsi mental sedang

0 – 10 : Terdapat aspek fungsi mental berat

m. 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

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 (1)

- Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata terbuka Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah kursi (0) □

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

Tidak bangun dari tempat duduk dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali (1) □

- Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk ke tengah kursi (1) Keterangan : Kursi harus yang keras tanpa lengan □
- Menahan dorongan pada sternum (Pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata terbuka
Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya. (1) □
- Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup
Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya. (1) □
- 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 (1)
- Membungkuk

Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bias berdiri lagi, dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun (0)

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 (1)
- Kesimetrisan langkah (lebih baik di observasi dari samping klien) Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit (0)

- Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik di observasi dari samping kiri klien) Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi (1) □
- Berbalik, Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan. (1)

Interpretasi Hasil : Didapatkan hasil skor 9 deengan kategori Tn. J mengalami resiko jatuh tinggi.

n. The timed up and go (tug) Test

Tabel 3. 11 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

Interpretasi Hasil : Didapatkan skor 15 detik dengan kategori Tn. J mengalami resiko jatuh sedang.

< 10 detik : resiko jatuh rendah

11 – 19 detik : resiko jatuh sedang

20 – 29 detik : resiko jatuh tinggi

>30 detik : gangguan mobilitas dan resiko jauh tinggi

o. Penilaian potensi dekubitus (Skor NORTON)

Nama Penderita : Tn. J

Umum :

1) Baik 4

2) Lumayan 3

3) Buruk 2

4) Sangat buruk 1

Kesadaran :

1) Komposmentis 4

2) Apatis 3

3) Sopor 2

4) Koma 1

Aktifitas :

1) Ambulasi 4

2) Ambulasi dengan bantuan 3

3) Hanya bisa duduk 2

4) Tiduran 1

Inkontinen

1) Tidak 4

2) Kadang-kadang 3

3) Sering Inkontinesia urin 2

4) Inkontinensia alvi & urin 1

Interpretasi Hasil : Didapatkan skor 15 dengan kategori Tn. W kemungkinan terjadi dekubitus

16 – 20 : kecil sekali/tidak terjadi

12 – 15 : kemungkinan terjadi

<12 : kemungkinan besar terjadi

p. Geriatric Depression Scale (GDS)

Tabel 3. 12 Geriatric Depression Scale (GDS)

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda sebenarnya	✓	

	puas dengan kehidupan anda		
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda		✓
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong		✓
4	Apakah anda sering merasa bosan		✓
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat		✓
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda		✓
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda	✓	
8	Apakah anda merasa sering tidak berdaya		✓
9	Apakah anda lebih sering dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru		✓
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang		✓
11	Apakah anda pikir bahwa kehidupan anda saat ini Menyenangkan	✓	
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini		✓
13	Apakah anda merasa penuh semangat		✓
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada Harapan		✓
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaanya dari pada anda		✓

Interpretasi Hasil : Diapatkan skor 3 dengan kategori normal

1) Skor 0 – 5 : normal

2) skor >6 : depresi

ANALISA DATA

No	Data Fokus	Masalah Keperawatan	Etiologi
1	DS: <ul style="list-style-type: none"> • Klien sering mengeluh pusing dan sakit kepala. DO : <ul style="list-style-type: none"> • TTV : TD: 140/100 mmHg, N: 97x/m, S: 36,5C, RR: 23x/m • CRT > 3 Detik • Turgor kulit tidak elastis • Nadi apeks teraba kencang • Intensitas BJ I dan II meningkat 	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)	Peningkatan Tekanan Darah
2	DS: <ul style="list-style-type: none"> • Klien sering mengeluh pusing dan sakit kepala. Pengkajian Nyeri: P : Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala Q : Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk R : Klien mengatakan nyeri dirasakan pada kepala S : Klien megatkan skala nyeri 5 T : Klien mengatakan nyeri hilang timbul DO: <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak sering memegang kepala nya • Klien tampak gelisah 	Nyeri Akut (D.0077)	Agen Pencedera Fisiologis
3	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas • Klien mengatakan kekuatan ototnya menurun • Klien mengatakan penglihatan sudah mulai kabur • Klien mengatakan jalan nya harus pelan-pelan, • Klien mengatakan saat naik tangga dan turun tangga sambil pegangan sisi tangga • Hasil pemeriksaan tonus otot Kekuatan otot 4444 4444 4444 4444 Reflek Fisiologis +1 +1 +1 +1 DO: <ul style="list-style-type: none"> • Hasil pengkajian keseimbangan menunjukkan resiko jatuh klien tinggi • Hasil pengkajian TUG Test menunjukkan resiko jatuh sedang 	Resiko Jatuh (D.0143)	Usia >65 Tahun

DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Kode
1	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah	D.0009
2	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis	D.0077
3	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun	D.0143

RENCANA KEPERAWATAN

No	Tanggal& Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi															
1	16-02-2023 13.00 WIB	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0009)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam diharapkan Perfusi Perifer (L.02011) membaik dengan kriteria hasil : <table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th> <th>sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tekanan darah sistolik</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah diastolic</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pengisian Kapiler</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Turgor Kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	indikator	sebelum	Sesudah	Tekanan darah sistolik	3	5	Tekanan darah diastolic	3	5	Pengisian Kapiler	3	5	Turgor Kulit	3	5	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Monitor TTV • Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik nonfarmakologis untuk menurunkan tekanan darah • Lakukan hidrasi Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan berolahraga rutin • Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah
indikator	sebelum	Sesudah																	
Tekanan darah sistolik	3	5																	
Tekanan darah diastolic	3	5																	
Pengisian Kapiler	3	5																	
Turgor Kulit	3	5																	
2	16-02-2023 13.00 WIB	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam diharapkan Tingkat Nyeri (L.0065) menurun dengan kriteria hasil : <table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th> <th>sebelum</th> <th>sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	indikator	sebelum	sesudah	Keluhan nyeri	3	5	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik 									
indikator	sebelum	sesudah																	
Keluhan nyeri	3	5																	

				<p>nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 									
3	16-02-2023 13.00 WIB	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x7 jam diharapkan Tingkat Jatuh (L.12111) menurun dengan kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh saat berdiri</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat berjalan</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	indikator	Sebelum	Sesudah	Jatuh saat berdiri	3	5	Jatuh saat berjalan	3	5	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Obesrvasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi faktor risiko jatuh <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat • Berikan alat bantu jalan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah • Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
indikator	Sebelum	Sesudah											
Jatuh saat berdiri	3	5											
Jatuh saat berjalan	3	5											

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN (Hari Pertama)

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0009)	16-02-2023 13.00	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor TTV 	S : Klien sering mengeluh pusing dan sakit kepala. O: TD : 140/100 mmHg, S:36,5°C, HR: 97x/menit, RR: 23x/menit CRT > 3 Detik	
		13.05	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi 	S: Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi O: TD : 140/100 mmHg, S:36,5°C, HR: 97x/menit, RR: 23x/menit	
		13.10	Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik nonfarmakologis senam hipertensi untuk menurunkan tekanan darah 	S: Klien mengatakan merasa nyaman saat diberikan terapi senam hipertensi O: Klien diberikan terapi senam hipertensi	
		13.25	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan hidrasi 	S: Klien mengatakan akan meminum lebih banyak air putih O: Klien dianjurkan dan diberikan minum air putih lebih sering	
		13.27	Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Mengajak berolahraga rutin 	S: Malas mengikuti olahraga karena capek	

		13.30	<ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah 	<p>O: Klien terlihat lebih senang menonton tv di wisma</p> <p>S : Klien mengatakan meminum Amplodiphine 5 mg</p> <p>O: Klien terlihat meminum obat saat waktunya diberikan obat</p>	
2	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis (D.0077)	16-02-2023	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi :		
		13.00	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 	<p>S: Pengkajian Nyeri: P : Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala Q : Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk R : Klien mengatakan nyeri dirasakan pada kepala S : Klien megatkan skala nyeri 5 T : Klien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>O: Pasien tampak memegang bagian kepala yang nyeri</p>	
		13.05	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi skala nyeri 	<p>S: Skala nyeri 5</p> <p>O: Klien tampak memegang bagian kepala yang nyeri</p>	
		13.10	<p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Memberikan teknik nonfarmakologis berupa relaksasi nafas dalam 	<p>S: Klien diberikan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri kepala</p>	

			<p>untuk mengurangi rasa nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memfasilitasi istirahat dan tidur 	<p>O: Klien mengatakan lebih nyaman saat diberikan terapi</p>	
		13.15		<p>S: Klien klien mengatakan akan istirahat jika pusing nya muncul</p>	
		13.20	<p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengajarkan teknik nonfarmakologis relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri 	<p>O: Klien difasilitasi istirahat dan tidur saat nyerinya muncul</p> <p>S: Klien diajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>O: Klien terlihat kooperatif dan mengerti dengan teknik yang diajarkan</p>	
3	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	16-02-2023	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Obesrvasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi faktor risiko jatuh 	<p>S: Klien mengatakan umurnya sudah 79 Tahun, kekuatan ototnya menurun</p> <p>O: Hasil pengkajian risiko jatuh klien tinggi</p>	
		15.10			
		15.15	<p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat 	<p>S: Pasien mengatakan akan duduk dan beraktivitas di dekat ruang perawat</p> <p>O: Klien masih dalam pantauan perawat</p>	
		15.19	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan alat bantu jalan 	<p>S: Klien mengatakan tidak mau menggunakan alat bantu jalan karena menyulitkan</p> <p>O: klien menolak diberikan alat bantu jalan</p>	

		15.24	<p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 	<p>S: Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p> <p>O: Klien terlihat kooperatif</p>	
		15.28	<ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 	<p>S: Klien mengatakan hanya memiliki sandal jepit biasa</p> <p>O: Klien terlihat memakai sandal jepit</p>	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN (Hari Kedua)

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0009)	17-02-2023 08.05	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor TTV 	S : Klien mengatakan masih sering merasakan pusing. O: TD : 150/100 mmHg, S:36,7°C, HR: 97x/menit, RR: 23x/menit CRT > 3 Detik	
		08.10	Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik nonfarmakologis senam hipertensi untuk menurunkan tekanan darah 	S: Klien mengatakan merasa nyaman saat di berikan terapi nonfarmakologis senam hipertensi O: Klien diberikan terapi senam hipertensi	
		08.15	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan hidrasi 	S: Klien mengatakan akan meminum lebih banyak air putih O: Klien dianjurkan dan diberikan minum air putih lebih sering	
		08.20	Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan berolahraga rutin 	S: Klien mengatakan akan mencoba mengikuti kegiatan olahraga dari panti O: Klien terlihat kooperatif	
		08.24	<ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah 	S : Klien mengatakan meminum Amplodiphine 5 mg O: Klien terlihat meminum obat saat waktunya diberikan	

				obat	
2	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0074)	17-02- 2023 08.05	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 	S: Pengkajian Nyeri: P : Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala Q : Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk R : Klien mengatakan nyeri dirasakan pada kepala S : Klien megatkan skala nyeri 3 T : Klien mengatakan nyeri hilang timbul O: Pasien tampak memegang bagian kepala yang nyeri	
		08.09	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi skala nyeri 	S: Skala nyeri 3 O: Klien tampak memegang bagian kepala yang nyeri	
		10.05	Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> Memberikan teknik nonfarmakologis relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri 	S: Klien diberikan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri kepala O: Klien mengatakan lebih nyaman saat diberikan terapi	
				S: Klien klien mengatakan akan	

		10.15	<ul style="list-style-type: none"> • Memfasilitasi istirahat dan tidur 	<p>istirahat jika pusingnya muncul</p> <p>O: Klien difasilitasi istirahat dan tidur saat nyerinya muncul</p>	
3	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	17-02-2023	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah • Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 	<p>S: Pasien mengatakan akan duduk dan beraktivitas di dekat ruang perawat</p> <p>O: Klien masih dalam pantauan perawat</p> <p>S: Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p> <p>O: Klien terlihat kooperatif</p> <p>S: Klien mengatakan senang telah diberi sandal baru</p> <p>O: Klien diberikan sandal baru yang tidak licin</p>	
		10.18			
		10.22			
		10.28			

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN (Hari Ketiga)

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0009)	18-02-2023 13.00 13.05 13.10 13.25 13.27	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor TTV <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik nonfarmakologis senam hipertensi untuk menurunkan tekanan darah • Melakukan hidrasi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan berolahraga rutin • Menganjurkan 	<p>S : Klien mengatakan intensitas pusingnya sudah mulai berkurang.</p> <p>O: TD : 130/90 mmHg, S:36,5°C, HR: 92x/menit, RR: 20x/menit CRT > 3 Detik</p> <p>S: Klien mengatakan merasa nyaman saat di berikan terapi senam hipertensi</p> <p>O: Klien diberikan terapi senam hipertensi</p> <p>S: Klien mengatakan akan meminum lebih banyak air putih</p> <p>O: Klien dianjurkan dan diberikan minum air putih lebih sering</p> <p>S: Klien mengatakan tadi pagi sudah mengikuti senam yang diadakan di aula</p> <p>O: Klien terlihat kooperatif</p> <p>S : Klien</p>	

			menggunakan obat penurun tekanan darah	mengatakan meminum Amplodiphine 5 mg O: Klien terlihat meminum obat saat waktunya diberikan obat	
2	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)	18-02-2023 13.00	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 	S: Pengkajian Nyeri: P : Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala Q : Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk R : Klien mengatakan nyeri dirasakan pada kepala S : Klien megatkan skala nyeri 2 T : Klien mengatakan nyeri hilang timbul	
		13.05	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi skala nyeri 	O: Pasien tampak lebih nyaman S: Skala nyeri 2, Klien mengatakan nyeri kepalanya sudah mulai berkurang O: Klien tampak lebih nyaman	
		13.10	Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> Memberikan teknik nonfarmakologis relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri 	S: Klien diberikan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri kepala O: Klien	

		13.15	<ul style="list-style-type: none"> Memfasilitasi istirahat dan tidur 	<p>mengatakan lebih nyaman saat diberikan terapi</p> <p>S: Klien klien mengatakan akan istirahat jika pusing nya muncul</p> <p>O: Klien difasilitasi istirahat dan tidur saat nyerinya muncul</p>	
3	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	18-02-2023 15.10	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 	<p>S: Pasien mengatakan akan duduk dan beraktivitas di dekat ruang perawat</p> <p>O: Klien masih dalam pantauan perawat</p> <p>S: Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p> <p>O: Klien terlihat kooperatif</p>	

EVALUASI KEPERAWATAN

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0009)	18-02-2023 13.00	Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan merasa nyaman saat di berikan terapi senam hipertensi • Klien mengatakan sudah minum air putih lebih banyak • Klien mengatakan tadi pagi sudah mengikuti senam yang diadakan di aula • Klien mengatakan meminum Amplodiphine 5 mg Objektif : <ul style="list-style-type: none"> • TD : 130/90 mmHg, S:36,5°C, HR: 92x/menit, RR: 20x/menit • CRT > 3 Detik • Klien diberikan terapi Senam hipertensi • Klien dianjurkan dan diberikan minum air putih lebih sering • Klien terlihat meminum obat saat waktunya diberikan obat Assesment : Masalah Belum Teratasi Planning : Intervensi Dilanjutkan	
2.	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)	18-02-2023 13.00	Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> • Pengkajian Nyeri: P : Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala Q : Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk R : Klien mengatakan nyeri dirasakan pada kepala S : Klien megatkan skala nyeri 2 T : Klien mengatakan nyeri hilang timbul • Klien mengatakan nyeri kepalanya sudah mulai berkurang 	

			<p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lebih nyaman. <p>Assesment : Masalah Teratasi</p> <p>Planning : Intervensi Dihentikan</p>	
3.	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	18-02-2023 15.10	<p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan akan duduk dan beraktivitas di dekat ruang perawat • Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan • Klien senang diberi sandal baru <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien masih dalam pantauan perawat • Klien terlihat lebih mudah saat berjalan • Klien terlihat kooperatif <p>Assesment : Masalah Belum Teratasi</p> <p>Planning : Intervensi Dilanjutkan</p>	

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini, penulis membandingkan antara teori dari BAB II dengan kasus 1 dan 2 di BAB III yang dilaksanakan selama 3 hari implementasi. Asuhan keperawatan tersebut meliputi: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

1. Menurut Teori

Pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respon 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. Data yang lengkap mampu mengidentifikasi semua masalah keperawatan pada pasien.

Menurut (Ibrahim, 2020) asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi meliputi: Pengkajian: 1) Riwayat atau adanya faktor-faktor resiko, antara lain: kegemukan, riwayat keluarga positif, peningkatan kadar lipid serum, merokok sigaret berat, penyakit ginjal, terapi hormon kronis, gagal jantung, kehamilan. 2) Aktivitas/ Istirahat, gejala: kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton. Tanda: frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea. 3) Sirkulasi, gejala: riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner/katup dan penyakit

cebrocaskuler, episode palpitasi. Tanda: kenaikan TD, nadi denyutan jelas dari karotis, jugularis, radialis, takikardi, murmur stenosis valvular, distensi vena jugularis, kulit pucat, sianosis, suhu dingin (vasokonstriksi perifer) pengisian kapiler mungkin lambat/ bertunda. 4) Integritas Ego, gejala: riwayat perubahan kepribadian, ansietas, faktor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan). Tanda: letupan suasana hati, gelisah, penyempitan continue perhatian, tangisan meledak, otot muka tegang, pernafasan menghela, peningkatan pola bicara. 5) Eliminasi, gejala: gangguan ginjal saat ini atau (seperti obstruksi atau riwayat penyakit ginjal pada masa yang lalu). 6) Makanan/cairan, gejala: makanan yang disukai yang mencakup makanan tinggi garam, lemak serta kolesterol, mual, muntah dan perubahan BB akhir - akhir ini (meningkat/turun) dan riwayat penggunaan diuretik. Tanda: berat badan normal atau obesitas, adanya edema, glikosuria. 7) Neurosensori, gejala: keluhan pening pening/pusing, berdenyut, sakit kepala, sub oksipital (terjadi saat bangun dan menghilangkan secara spontan setelah beberapa jam), gangguan penglihatan (diplobia, penglihatan kabur,epistakis). Tanda: status mental, perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara, efek, proses pikir, penurunan kekuatan genggam tangan. 8) Nyeri/ketidaknyamanan, gejala: angina (penyakit arteri koroner/ keterlibatan jantung), sakit kepala. 9) Pernafasan, gejala: dispnea yang berkaitan dari kativitas/kerja takipnea, ortopnea, dispnea, batuk dengan/tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok. Tanda: distress pernafasan/penggunaan otot aksesori pernafasan bunyi nafas tambahan. (krakties/mengi), sianosis. 10) Keamanan, gejala: gangguan koordinasi/cara berjalan, hipotensi postural.

2. Menurut Kasus

Penulis melakukan pengkajian klien pertama Tn. J pada tanggal 07 Februari 2023 hasil pengkajian yang didapatkan adalah klien mengatakan mudah lelah dan pusing saat setelah melakukan aktivitas, Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sudah 2 tahun. Klien mengatakan sulit tidur pada malam hari, klien mengatakan tidurnya hanya sebentar dan sering terbangun, dan klien tampak lemas, klien mengatakan jalan nya harus pelan-pelan, klien mengatakan saat naik tangga dan turun tangga sambil pegangan sisi tangga. Setelah dikaji faktor pencetus hipertensi nya adalah pola makan dan pola aktifitas yang kurang baik. Klien mengatakan belum mengetahui jika hal tersebut (makan-makanan yang mengandung garam tinggi) akan mempengaruhi kesehatannya. Hasil pemeriksaan TTV didapatkan hasil TD: 150/100 mmHg, S:36,6oC, HR: 98x/menit, RR: 21x/menit CRT > 3 Detik. Berdasarkan hasil pengkajian KATZ Indeks didapatkan hasil bahwa klien mandiri dalam makan, kontinensia (BAK dan BAB), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi. Hasil pengkajian keseimbangan didapatkan hasil klien mengalami risiko jatuh tinggi.

Hasil pengkajian selanjutnya penulis melakukan pengkajian pada klien kedua Tn. W pada tanggal yang sama yaitu 13 Februari 2023 didapatkan hasil klien sering mengeluh sakit kepala dan pusing, tampak memegang kepalanya di bagian yang terasa sakit, klien tampak lelah, setelah dilakukan pengkajian nyeri didapatkan hasil : klien mengeluh nyeri pada bagian kepala, seperti ditusuk-tusuk di bagian belakang kepala dengan skala 5 (1-10) dan hilang

timbul. Hasil pemeriksaan TTV didapatkan hasil TD: 140/100 mmHg, S:36,5oC, HR: 97x/menit, RR: 23x/menit CRT > 3 Detik. Berdasarkan hasil pengkajian KATZ Indeks didapatkan hasil bahwa klien mandiri dalam makan, kontinensia (BAK dan BAB), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi. Hasil pengkajian keseimbangan didapatkan hasil klien mengalami risiko jatuh tinggi.

3. Analisa Peneliti

Pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua klien mengalami tekanan darah yang tinggi, dan terjadi penurunan pada fungsi otot. Namun, terdapat pula perbedaan pada kedua klien yaitu klien Tn. J mengalami gangguan pola tidur dan Tn. W mengalami nyeri kepala yang disebabkan oleh hipertensi nya. Data yang ditemukan pun sesuai dengan teori, seperti terjadi nya kenaikan tekanan darah, pengisian kapiler yang lebih dari 3 detik, dan pola hidup yang kurang sehat.

B. Diagnosis Keperawatan

1. Menurut Teori

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Berdasarkan SDKI terdapat beberapa diagnosa pada lansia dengan hipertensi yaitu nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, gangguan pola tidur, dan defisit pengetahuan.

2. Menurut Kasus

Diagnosa utama yang diangkat oleh penulis pada kedua kasus diatas sama yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Lalu pada diagnosa kedua diangkat diagnosa yang berbeda pada kedua klien, pada Tn. J diangkat diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, sedangkan pada Tn. W diangkat diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Diagnosa ketiga yang diangkat pada kedua klien adalah resiko jatuh, dikarenakan pada saat pengkajian pada kedua didapatkan kedua klien mengalami penurunan kekuatan otot pada ekstremitasnya, sehingga resiko jatuh nya tinggi.

3. Analisa Peneliti

Kesamaan kasus yang terjadi adalah perfusi perifer tidak efektif dan resiko jatuh dikarenakan pada kedua kasus tersebut memiliki kesamaan gejala yang dialami dan seperti mengalami tekanan darah yang tinggi, waktu pengisian kapiler diatas normal (>3 detik), serta tanda-tanda ketidak efektifan perfusi perifer lainnya, ditambah lagi faktor degeneratif. Pada diagnosa yang berbeda penulis berasumsi hal ini dikarenakan keluhan lain yang dialami kedua klien juga berbeda. Pada Tn. J mengeluh mengalami kesulitan tidur pada malam hari dan sering terbangun, sedangkan pada Tn. W klien mengeluh nyeri kepala dengan skala 5, hal ini dikarenakan nyeri kepala adalah salah satu manifestasi klinis dari hipertensi, maka diangkatlah diagnosa nyeri akut

berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Diagnosa yang diangkat beberapa sesuai teori hipertensi seperti perfusi perifer tidak efektif, gangguan pola tidur, dan gangguan rasa nyaman/nyeri, tetapi resiko jatuh tidak dapat dalam teori, karena resiko jatuh adalah diagnosa yang diangkat karena kekuatan otot klien mengalami degenerasi.

C. Intervensi Keperawatan

1. Menurut Teori

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (PPNI, 2018). 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 Indonesia (SLKI).

Intervensi pada tinjauan teori memuat target waktu yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan pada klien, tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai, serta rencana tindakan yang akan dilakukan. 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 semua diagnosis ditentukan dengan rentang waktu yang sama.

Adapun intervensi yang sesuai pada lansia dengan hipertensi adalah manajemen nyeri, dukungan tidur, perawatan sirkulasi dan edukasi kesehatan.

2. Menurut Kasus

Pada kasus Tn. J penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3x7 jam. Penulis berencana mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif pada pasien dengan tujuan yang diharapkan perfusi perifer membaik, masalah gangguan pola tidur pada pasien dengan tujuan yang diharapkan pola tidur membaik dan masalah resiko jatuh pada pasien dengan tujuan yang diharapkan tingkat jatuh menurun. Pada kasus Tn. W penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3x7 jam. Penulis berencana mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif dengan tujuan yang diharapkan perfusi perifer membaik, masalah nyeri akut dengan tujuan yang diharapkan tingkat nyeri menurun, dan masalah resiko jatuh pada pasien dengan tujuan yang diharapkan tingkat jatuh menurun.

Intervensi yang dilakukan pada Tn. J dan Tn. W dilakukan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk diagnosa perfusi perifer tidak efektif adalah perawatan sirkulasi, gangguan pola tidur adalah dukungan tidur, resiko jatuh adalah pencegahan jatuh, dan nyeri akut adalah manajemen nyeri.

4. *Evidence based*

Pada kasus diatas selain terapi farmakologis penulis juga melakukan terapi nonfarmakologis yaitu *Senam Hipertensi*. Hubungan senam hipertensi terhadap pengendalian tekanan darah lansia sebagaimana disimpulkan

dalam penelitian (Hernawan and Rosyid, 2017). Penelitian menunjukkan terjadinya perbaikan tekanan darah pada lansia namun tidak mencapai taraf signifikansi yang diinginkan. Tidak tercapinya perbaikan tekanan darah yang diinginkan disebabkan adanya faktor perancu yang berhubungan dengan tekanan darah lansia antara lain pola makan, stress, aktivitas fisik, genetik serta farmakologi dalam penelitian yang tidak dapat dikendalikan.

Senam hipertensi merupakan olah raga yang salah satunya bertujuan untuk meningkatkan aliran darah dan oksigen kedalam otot-otot dan rangka yang aktif khususnya terhadap otot jantung. (Hernawan and Rosyid, 2017) mengatakan dengan senam atau berolah raga kebutuhan oksigen dalam sel akan meningkat untuk proses pembentukan energi, sehingga terjadi peningkatan denyut jantung, sehingga curah jantung dan isi sekuncup bertambah. Dengan demikian tekanan darah akan meningkat. Setelah beristirahat pembuluh darah akan berdilatasi atau meregang, dan aliran darah akan turun sementara waktu, sekitar 30-120 menit kemudian akan kembali pada tekanan darah sebelum senam. Jika melakukan olahraga secara rutin dan terus menerus, maka penurunan tekanan darah akan berlangsung lebih lama dan pembuluh darah akan lebih elastis. Mekanisme penurunan tekanan darah setelah berolah raga adalah karena olahraga dapat merilekskan pembuluhpembuluh darah. Sehingga dengan melebarnya pembuluh darah tekanan darah akan turun.

D. Implementasi Keperawatan

1. Menurut Teori

Implementasi keperawatan merupakan tahap ke empat dalam tahap proses keperawatan dalam melaksanakan tindakan perawatan sesuai dengan rencana 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.

2. Menurut Kasus

Implementasi dilakukan penulis selama 3 hari pada kedua kasus. Implementasi pada Tn. W yang dimulai dari tanggal 7 Februari 2023 sampai dengan 9 Februari 2023 dan Tn. J dimulai pada tanggal 13 Februari 2023 sampai dengan 15 Februari 2023. Pada studi kasus ini penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan.

3. Tindakan *evidence based*

Pada saat pelaksanaan implementasi, penulis menerapkan beberapa *evidence based nursing* pada klien. *Evidence based nursing* yang diterapkan yaitu *Senam Hipertensi* (Moovethan and Nivethitha, 2020). Penulis menerapkan terapi nonfarmakologis tersebut karena terapi tersebut sederhana dan efektif untuk membantu mengatasi keluhan klien.

E. Evaluasi Keperawatan

1. Menurut Teori

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. 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 akhir dinas.

2. Menurut Kasus

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam, didapatkan evaluasi pada Tn. W pada gangguan perfusi perifer tidak efektif, klien mengatakan merasa lebih nyaman saat dan sesudah diberikan terapi senam hipertensi, klien sudah minum air putih lebih banyak, klien mengatakan sudah melakukan olahraga seperti berjalan-jalan dan pemanasan, dan klien mengkonsumsi obat Amplodiphine 10 mg, dengan hasil TTV, TD : 140/90 mmHg, S; 36, o3, HR: 95x/menit, RR: 23x/menit, CRT>3 detik, hasil evaluasi klien masalah belum teratasi, dan intervensi dilanjutkan. Pada gangguan pola tidur, klien mengatakan sudah bisa tidur lebih cepat dari biasanya, klien mengatakan sudah lebih nyaman karena memakai selimut sebelum tidur, dan klien tampak lebih nyaman saat mau tidur, hasil evaluasi klien masalah teratasi, dan intervensi dihentikan. Pada masalah resiko jatuh, klien akan duduk dan beraktivitas di dekat ruang perawat, klien juga mengatakan lebih mudah bergerak saat menggunakan tongkat dan klien akan memanggil perawat jika

membutuhkan bantuan, klien terlihat kooperatif, hasil evaluasi klien masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan.

Pada kasus Tn. J, setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x7 jam, didapatkan pada masalah gangguan perfusi perifer klien mengatakan merasa nyaman saat dan setelah diberikan terapi senam hipertensi, klien sudah minum lebih banyak air putih, dan klien mencoba untuk mengikuti olahraga senam yang diadakan di aula, klien juga meminum Amplodiphine 5 mg, hasil TTV didapatkan TD 130/90 mmHg, S: 36.5°C, HR: 92x/menit, RR: 20x/menit, CRT>3 Detik, hasil evaluasi masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan. Pada masalah nyeri akut, klien mengatakan nyeri pada bagian kepala nya berkurang, skala yang dirasakan sekarang 2, hilang timbul, dan klien tampak lebih nyaman, hasil evaluasi masalah teratasi, intervensi dihentikan. Pada masalah resiko jatuh, klien mengatakan akan duduk dan beraktivitas di dekat ruang perawat, klien akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan, klien terlihat kooperatif, hasil evaluasi klien masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Hasil pengkajian pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua klien mengalami tekanan darah yang tinggi, dan terjadi penurunan pada kekuatan otot. Namun, terdapat pula perbedaan pada kedua klien yaitu klien Tn. J mengalami gangguan pola tidur dan Tn. W mengalami nyeri kepala yang disebabkan oleh hipertensi nya. Data yang ditemukan pun sesuai dengan teori, seperti terjadi nya kenaikan tekanan darah, pengisian kapiler yang lebih dari 3 detik, dan pola hidup yang kurang sehat. Diagnosa yang diangkat pada kedua klien memiliki kesamaan yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, dan resiko jatuh ditandai dengan usia klien diatas 65 tahun. Pada diagnosa kedua pasien memiliki perbedaan diagnosa, pada Tn. W diangkat diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, sedangkan pada Tn. J diagnosa yang diangkat yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien guna mengatasi keluhan klien sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Pada kasus diatas kita juga bisa melakukan terapi nonfarmakologis yaitu Senam Hipertensi. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan serta didukung dengan terapi nonfarmakologi. Implementasi yang dilaksanakan minimal 3 hari untuk mendapatkan perbaikan pada lansia dengan hipertensi. Pada kedua kasus tidak menemukan hambatan atau kendala yang

berarti, kedua pasien dapat bekerjasama dengan baik, kooperatif dan mengerti dengan apa yang disampaikan penulis.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam, didapatkan evaluasi pada Tn. W hasil evaluasi klien masalah belum teratasi, dan intervensi dilanjutkan. Pada gangguan pola tidur, hasil evaluasi klien masalah teratasi, dan intervensi dihentikan. Pada masalah resiko jatuh, hasil evaluasi klien masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan. Pada kasus Tn. J, setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x7 jam, didapatkan pada masalah gangguan perfusi perifer klien hasil evaluasi masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan. Pada masalah gangguan rasa nyaman, hasil evaluasi masalah teratasi, intervensi dihentikan. Pada masalah resiko jatuh, hasil evaluasi klien masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan.

Kesamaan kasus yang terjadi adalah perfusi perifer tidak efektif dan resiko jatuh dikarenakan pada kedua kasus tersebut memiliki kesaman gejala yang dialami dan seperti mengalami tekanan darah yang tinggi, waktu pengisian kapiler diatas normal (>3 detik), serta tanda-tanda ketidak efektifan perfusi perifer lainnya, ditambah lagi faktor degeneratif. Pada diagnosa yang berbeda penulis berasumsi hal ini dikarenakan keluhan lain yang dialami kedua klien juga berbeda. Pada Tn. J mengeluh mengalami kesulitan tidur pada malam hari dan sering terbangun, sedangkan pada Tn. W klien mengeluh nyeri kepala dengan skala 5, hal ini dikarenakan nyeri kepala adalah salah satu manifestasi klinis dari hipertensi, maka diangkatlah diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Diagnosa yang diangkat beberapa sesuai teori hipertensi seperti perfusi perifer tidak efektif, gangguan pola tidur, dan gangguan rasa nyaman/nyeri, tetapi resiko jatuh tidak dapat dalam teori, karena resiko jatuh adalah diagnosa yang diangkat karena kekuatan otot klien mengalami degenerasi.

B. Saran

Penulis berharap dalam penulisan ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan bagi klien dan masyarakat untuk melakukan melakukan terapi nonfarmakologis, khususnya Senam Hipertensi. Penulis juga berharap dalam penulisan ini dapat memberikan informasi untuk mahasiswa/i STIKes Medistra Indonesia sebagai bahan untuk menambah ilmu pengetahuan dan wawasan dalam bidang Keperawatan Gerontik dimana kita dapat mengembangkan atau memanfaatkan fasilitas Keperawatan Gerontik dengan tidak bergantung kepada terapi farmakologi saja kita bisa memberikan terapi nonfarmakologi dalam hal ini adalah *Senam Hipertensi*. Hal ini bisa digunakan untuk mengurangi efek samping terapi farmakologis.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggia, V., Wiyati, T., & Wulandari, N. (2019). Pembuatan Nutrisi dan Penyuluhan Penyakit Hipertensi pada Anggota PKK Delima Jakarta Timur. *Jurnal SOLMA*, 8(1), 1. <https://doi.org/10.29405/solma.v8i1.3059>
- Arifin, N., & Mustofa, A. (2021). Penerapan rendam kaki air hangat untuk menurunkan tekanan darah pada lansia hipertensi. *Ners Muda*, 2(3). <https://doi.org/10.26714/nm.v2i3.8133>
- Azizah, A. R., Raharjo, A. M., Kusumastuti, I., Abrori, C., & Wulandari, P. (2021). *JOURNAL OF AGROMEDICINE AND MEDICAL SCIENCES (AMS)* ISSN : 2460-9048 (Print), ISSN : 2714-5654 (Electronic) Available online at <http://jurnal.unej.ac.id/index.php/JAMS> Analisis Faktor Risiko Kejadian Hipertensi di Puskesmas Karangtengah Kabupaten Wonorejo. 7(3), 142–146.
- CAHYA NINGRUM, I. (2021). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Ny H Dengan Masalah Nyeri Akut Pada Diagnosa Medis Hipertensi Di Desa Balong Kecamatan Sidoarjo Kabupaten Sidoarjo.
- Dewi, Rhosma, Sofia, D. (2015). keperawatan Gerontik.
- Ferayanti, N. M., Erwanto, R., & Sucipto, A. (2017). The Effectiveness Of Warm Water Therapy And Deep Breathing Relaxation In Blood Pressure. *Nurscope : Jurnal Penelitian Dan Pemikiran Ilmiah Keperawatan*, 3(2), 38. <https://doi.org/10.30659/nurscope.3.2.38-45>
- Kemenkes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. Kementrian Kesehatan RI, 53(9), 1689–1699.
- Kemenkes RI. (2019). Hipertensi Si Pembunuh Senyap. Kementrian Kesehatan RI, 1–5. Kholifah, D. (2016). Keperawatan Gerontik.
- Muhith, Abdul, D. (2015). Pendidikan Keperawatan Jiwa.
- Nazaruddin, *, Yati, M., Pratiwi, D. S., Keperawatan, P., Kesehatan, I.-I., Mandala Waluya, U., & Waluya, U. M. (2021).
- Pengaruh Terapi senam hipertensi Terhadap Penurunan Tekanan Darah Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia Kota

Kendari. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 16, 2302–2531.

Nuraini, B. (2020). Risk factors of hypertension. 4, 10–19.

Nurarif, Huda, Amin, D. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc.

Suprayitno1, E. (2019). Gambaran Status Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Desa Karanganyar Kecamatan Kalianget Kabupaten Sumenep. *Journal Of Health Science (Jurnal Ilmu Kesehatan)*, 4(2), 20–24. <https://doi.org/10.24929/jik.v4i2.799>

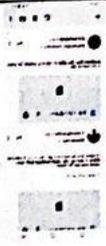
Try Putra Parmana, Siringoringo, E., & Safruddin. (2020). Rendam Kaki Dengan Air Hangat Terhadap Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi. *Jurnal Kesehatan Panrita Husada*, 5(1), 9–17. <https://doi.org/10.37362/jkph.v5i1.174>

Wijaya, A. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Diagnosa Medis Hipertensi Pada Tn.N Di Desa Watulumbang Kecamatan Lumbang Kabupaten Pasuruan. 24–25.

LAMPIRAN

 SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) MEDISTRA INDONESIA PROGRAM STUDI PROFES NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1) PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN – PROGRAM STUDI KEBIDANAN (S1) PROGRAM STUDI FARMASI (S1)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3) Jl. Cut Mutia Raya No. 88A-Kel.Sepanjang Jaya – Bekasi Telp.(021) 82431375-77 Fax (021) 82431374 Web:stikesmedistra-indonesia.ac.id Email: stikes_mi@stikesmedistra-indonesia.ac.id			
FORMULIR PENILAIAN PRESENTASI UJIAN SIDANG KIAN			
Nomor Dokumen	: FM.059/A.004/PROF.NERS/STIKESMI-UPM/2022	Tanggal Pembuatan	: 31 Juni 2023
Revisi	: 11	Tgl efektif	: 31 Agustus 2023

KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

TANGGAL BIMBINGAN	WAKTU BIMBINGAN	KEGIATAN	PARAF PEMBIMBING	KETERANGAN
Selasa, 14 Maret 2023	11.0 WIB	Pengajuan judul KIAN Judul KIAN di ACC dan Dilanjutkan BAB 1		
Senin, 15 Mei 2023	13.28 WIB	Mengerjakan revisi BAB I dan BAB II		
Selasa, 30 Mei 2023	22.43 WIB	Konsul revisi BAB 4		
Senin, 5 Juni 2023	10.46 WIB	Konsul BAB 4 Dan BAB 5		
Senin, 3 Juli 2023	15.00 WIB	Revisi BAB 4 Dan BAB 5		

Jum'at, 25 Juli 2023	1.00 WIB	ACC Sidang Kian	dk	
Kamis, 27 Juli 2023	14.00 WIB	Sidang Kian	dk	Revisi ' Tambahkan Gambar Pada SOP Pelaksanaan Senam Hipertensi "
Selasa, 15 Agustus 2023	15.07 WIB	Acc Hc	dk	

Mengetahui,
Kepala Program Studi Keperawatan (S1 & Profesi Ners)

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

BIOGRAFI PENULIS



I. Data Pribadi

Nama Lengkap : Ari Gunawan, S.Kep
TTL : Negara Batin, 01 Januari 2000
Jenis Kelamin : Laki - Laki
Agama : Islam
Kewarnegaraan : Indonesia
Alamat : Negara Batin Kec.Jabung Rt 01/04 Lampung Timur
No.Handphone : 0822-9853-1242
Email : arigunawan3699@gmail.com

II. Riwayat Pendidikan

SD : SDN 1 Negara Batin Tahun 2006-2012
SMP : SMPNT 1 Jabung Tahun 2012-2015
SMA : SMK IPTEK JAKARTA Tahun 2015-2018
Perguruan Tinggi : STIKes Medistra Indonesia Tahun 2018-2022
(S1 Ilmu Keperawatan) STIKes Medistra Indonesia Tahun 2023-
Sekarang (Profesi Ners).