

KARYA ILMIAH AKHIR NERS
ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. H DENGAN
HIPERTENSI DAN TN. B DENGAN HIPERTENSI DISERTAI ASMA DI
SEKOLAH LANSIA CEMPAKA MEDISTRA INDONESIA
TAHUN 2024



DISUSUN OLEH :
BAYU CESARYANTO, S.Kep
23.156.03.11.010

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
BEKASI TAHUN 2024

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. H
DENGAN HIPERTENSI DAN TN. B DENGAN HIPERTENSI
DISERTAI ASMA DI SEKOLAH LANSIA CEMPAKA
MEDISTRA INDONESIA**

TAHUN 2024

TUGAS AKHIR NERS

DIAJUKAN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT UNTUK MEMPEROLEH
GELAR PROFESI NERS PADA PROGRAM STUDI PROFESI NERS
STIKES MEDISTRA INDONESIA



DISUSUN OLEH :

BAYU CESARYANTO, S.Kep

23.156.03.11.010

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
BEKASI TAHUN 2024**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Bayu Cesaryanto S.Kep

NPM : 23.156.03.11.010

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “ Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. H Dengan Hipertensi Dan Tn. B Dengan Hipertensi Disertai Asma Di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia Tahun 2024” adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ditemukan ketidaksesuain dengan pernyataan ini,maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bekasi, 2024

Bayu Cesaryanto, S.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “ Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. H Dengan Hipertensi Dan Tn. B Dengan Hipertensi Disertai Asma Di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia Tahun 2024”. Telah diperiksa oleh Preseptor satu dan Preseptor dua dan disetujui untuk melaksanakan Seminar Hasil.

Bekasi, 04 Juli 2024

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

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

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

Mengetahui,

**Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan Profesi Ners
STIKes Medistra Indonesia**

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

LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Bayu Cesaryanto, S.Kep

NPM : 23.156.03.11.010

Program Studi : Profesi Ners

Judul Karya Ilmiah : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. H Dengan Hipertensi Dan Tn. B Dengan Hipertensi Disertai Asma Di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia Tahun 2024.

Telah diperiksa,dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada tanggal ... Maret 2024

Bekasi, 04 Juli 2024

Penguji I

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

WK I Bidang Akademik

Puri Kresna Wati,SST.,MKM
NIDN. 0309049001

Penguji II

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

Kepala Program Studi Keperawatan (S1 & Profesi Ners)

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

Disahkan

Ketua STIKes Medistra Indonesia

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

KATA PENGANTAR

Puji syukur Penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas segala rahmat yang telah diberikan kepada penulis, baik berupa kesehatan fisik dan mental sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini yang berjudul “*Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. H Dengan Hipertensi Dan Tn. B Dengan Hipertensi Disertai Asma Di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia Tahun 2024.*”

Penulisan Tugas Akhir yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar profesi keperawatan (Ners) pada Program Studi Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia. Selama penyusunan tugas akhir ini, penulis mendapat bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dengan segala hormat dan kerendahan hati Penulis menyampaikan penghargaan dan terimakasih kepada

1. Usman Ompusunggu, SE., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Saver Mangandar Ompusunggu, SE.,selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M. Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia.
4. Puri Kresna Wati, SST,.MKM selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIKes Medistra Indonesia
5. Sinda Ompusunggu, S.H selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Umum STIKes Medistra Indonesia.
6. Hainun Nisa,SST., M.Keb selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan

dan Alumni STIKes Medistra Indonesia.

7. Ns. Kiki Deniati, S. Kep., M. Kep, selaku Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan S1 dan Pendidikan Ners STIKes Medistra Indonesia.
8. Ns. Roulita, S. Kep., M. Kep, penguji II.
9. Lisna Agustina, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Dosen Penguji I dan sekaligus Dosen pembimbing Tugas Akhir
10. Ernauli Meliyana, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen Pembimbing Akademik.
11. Seluruh Dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang turut membantu memberikan banyak ilmu, masukan dan arahan selama proses Pendidikan
12. Orang tua tercinta, kakak, dan keluarga besar yang telah banyak membantu dan memberikan dorongan dalam bentuk moril maupun materil serta do'a dan semangat yang selalu menyertai penulis dalam penulisan tugas akhir ini

Dalam hal ini penulis menyadari, bahwa penyusunan tugas akhir ini masih jauh dari sempurna, maka penulis mohon kritik dan saran yang membangun kepada para pembaca khususnya Mahasiswa Program Profesi Ners Ilmu Keperawatan jika ada kesalahan dalam penulisan tugas. Semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi peneliti khususnya dan umumnya kepada para pembaca.

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

Bekasi, Februari 2024

Bayu Cesaryanto S.Kep

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan	5
D. Manfaat	6
BAB II TINJAUAN TEORI	7
A. Konsep Lansia.....	7
B. Hipertensi	15
C. Asma	27
D. Terapi Relaksasi Nafas Dalam	35
E. Konsep Asuhan Keperawatan.....	38
BAB III LAPORAN KASUS.....	44
BAB IV PEMBAHASAN.....	105
A. Pengkajian.....	103
B. Diagnosa Keperawatan.....	105
C. Intervensi Keperawatan	108
D. Implementasi Keperawatan	109
E. Evaluasi Keperawatan.....	110
<u>BAB V</u> PENUTUP	112
DAFTAR PUSTAKA	114

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas, berdasarkan Undang-Undang No. 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia. Batasan – batasan lanjut usia menurut WHO terdiri dari usia pertengahan 45-59 tahun, lanjut usia 60-74 tahun, lanjut usia tua 75-90 tahun, usia sangat tua diatas 90 tahun. Secara global populasi lansia di prediksi terus mengalami peningkatan, Menurut Laporan World Population Prospect Tahun 2017 menyebutkan bahwa populasi lanjut usia (lebih dari 60 tahun) diperkirakan mengalami peningkatan dari 962 juta di seluruh dunia pada tahun 2017 menjadi 2,1 miliar pada tahun 2050 dan 3,1 miliar pada tahun 2100 (Badaruddin & Betan 2021).

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

Menurut data WHO, di seluruh dunia sekitar 972 juta orang atau 26,4% orang di seluruh dunia mengidap hipertensi, angka ini kemungkinan akan meningkat menjadi 29,2% di tahun 2025. Dari 972 juta pengidap hipertensi, 333 juta berada di negara maju dan 639 sisanya berada di negara berkembang, termasuk Indonesia (Yonata, 2016). Berdasarkan Global Status Report on Noncommunicable Disease tahun 2010 dari WHO menunjukkan bahwa sebesar 40% negara berkembang mengalami hipertensi. Afrika merupakan kawasan dengan penderita hipertensi paling tinggi dengan persentase sebanyak 46%, kemudian Asia Tenggara dengan persentase sebanyak 36% dan kawasan Amerika dengan persentase kejadian hipertensi sebanyak 35%.

WHO (2013) menyebutkan bahwa satu dari tiga orang dewasa di seluruh dunia memiliki tekanan darah tinggi dan peningkatan tersebut terjadi seiring dengan bertambahnya usia, yaitu satu dari sepuluh orang berusia 20-an dan 30-an sampai lima dari sepuluh orang berusia 50-an. Penyakit terbanyak pada usia lanjut berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 adalah hipertensi. Dengan prevalensi 45,9% pada usia 55-64 tahun, 57,6% pada usia 65 tahun, 74% dan 63,8% pada usia ≥ 75 tahun (Infodatim Kemenkes 2018).

Survey yang dilakukan Asthma and Allergy Foundation of America (AAFA) tahun 2017 bahwa seseorang dengan asma mengalami penurunan kondisi fisik diakibatkan gejala asma yang sering datang dan menjadi lebih buruk selama aktivitas, perubahan emosional seperti frustrasi, ketakutan

gelisah, cemas, depresi, marah dan isolasi, perubahan aktivitas seperti sering terbangun di malam hari, mudah lelah di siang hari sehingga membatasi aktivitas dan ketidakhadiran dalam bekerja atau sekolah. Penelitian yang dilakukan Rejeki & Aktifah (2017) pengalaman pasien serangan asma yaitu rata-rata pasien mengeluh nafas sesak, batuk-batuk, pasien menyatakan sering berkeringat dan berdebar-debar sehingga pasien tidak bisa melakukan kegiatan, susah untuk melakukan aktivitas dan terganggu aktifitas sosial seperti pekerjaan terganggu. Udara dingin dan kering dapat memicu atau memperburuk gejala (misalnya batuk) sehingga memengaruhi kualitas hidup pasien asma (Bauer, Yang, X., Olsson, J., and C.T.J. Arron 2019).

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

Hipertensi merupakan penyebab kematian dini di seluruh dunia yang sebenarnya dapat dicegah (Katherina; Joshua; Tanika, et al, 2018). Di Indonesia, Hipertensi merupakan salah satu penyebab utama mortalitas dan morbiditas, sehingga tatalaksana penyakit ini merupakan intervensi yang sangat umum dilakukan di berbagai tingkat fasilitas kesehatan (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, 2018). Penyakit

hipertensi sering disebut sebagai “silent killer” karena bisa muncul tanpa gejala atau tanda-tanda peringatan, sehingga banyak yang tidak menyadarinya (Brunner dan Suddarth, 2019). Kondisi demikian menjadi salah satu penyebab terlambatnya penanganan pada pasien dengan hipertensi, karena mayoritas pasien datang ke fasilitas kesehatan apabila telah terjadi komplikasi akibat penyakit hipertensi. Selain itu, kurangnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan juga menyebabkan kurangnya kontrol terhadap keadaan penyakitnya khususnya pada lansia (Ariyanti et al. 2020).

Berdasarkan studi pendahuluan yang sudah dilakukan di sekolah lansia cempaka medistra Indonesia yang didata ada riwayat hipertensi. Penderita hipertensi sebanyak kurang lebih 30 orang, upaya penanganan tersebut dilakukan pengecekan tekanan darah setiap satu hari ketika berkunjung kerumah dengan sampel beberapa lansia serta mengedukasi lansia tentang hipertensi mulai dari tanda dan gejala, faktor resiko, dan komplikasi yang mungkin terjadi.

B. Rumusan Masalah

Sesuai dengan latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk mengangkat judul karya ilmiah akhir ners “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. H Dengan Hipertensi Dan Tn. B Dengan Hipertensi Disertai Asma Di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia Tahun 2024.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Gerontik yang komperhensif mengenai Asuhan keperawatan gerontik pada Tn. H Dengan Hipertensi Dan Tn. B Dengan Hipertensi Disertai Asma Di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia Tahun 2024.

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat melakukan pengkajian keperawatan gerontik pada Tn. H dan Tn. B Dengan Hipertensi Dan Hipertensi Disertai Asma Di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia Tahun 2024.
- b. Dapat menentukan diagnosa pengkajian keperawatan gerontik pada Tn. H dan Tn. B Dengan Hipertensi Dan Hipertensi Disertai Asma Di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia Tahun 2024.
- c. Dapat membuat rencana tindakan pengkajian keperawatan gerontik pada Tn. H dan Tn. B Dengan Hipertensi Dan Hipertensi Disertai Asma Di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia Tahun 2024.
- d. Dapat melakukan implementasi pengkajian keperawatan gerontik pada Tn. H dan Tn. B Dengan Hipertensi Dan Hipertensi Disertai Asma Di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia Tahun 2024.

- e. Dapat melakukan Evaluasi pengkajian keperawatan gerontik pada Tn. H dan Tn. B Dengan Hipertensi Dan Hipertensi Disertai Asma Di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia Tahun 2024
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus keperawatan Tn. H dengan Hipertensi dan Tn. B dengan Hipertensi Disertai Asma di Sekolah Lansia cempaka Medistra Indonesia Tahun 2024

D. Manfaat

1. Bagi Klien

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menambah pengetahuan klien mengenai suatu penyakit, khususnya penyakit Hipertensi. Diharapkan klien dapat mencegah penyakit Hipertensi, melakukan tindakan yang tepat untuk mengatasi tanda gejala Hipertensi, .

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menjadi masukan data untuk upaya-upaya dalam peningkatan pemberian pengetahuan kepada mahasiswa dalam bidang kesehatan khususnya pada mata kuliah keperawatan gerontik.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Lansia

1. Definisi Lansia

Menurut Constantinides (1994), menua atau menjadi tua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki yang diderita (Sarida & Hamonangan 2020).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) lanjut usia meliputi usia pertengahan ialah usia 45-59 tahun, usia lanjut ialah 60-70 tahun, usia lanjut tua ialah 75-90 tahun dan usia sangat tua di atas 90 tahun. Lansia atau lanjut usia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Pada kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut aging process (Sarida & Hamonangan 2020).

2. Batasan Batasan lansia

Menurut pendapat berbagai ahli (Endang Yuswatiningsih, 2021) batasan batasan umur yang mencangkup batasan umur lansia adalah sebagai berikut :

- WHO (1999) menjelaskan batasan lansia adalah sebagai berikut :
 - a. Menjelang Usia lanjut (45-54 tahun) sebagai masa vibrilitas
 - b. Usia Lanjut (55-64 tahun) sebagai presenium
 - c. Usia Lanjut (65 tahun <) sebagai masa senium
- Sedangkan Menurut depkes RI (2005) batasan Lansia dibagi menjadi 3 kategori yaitu :
 - a. Usia Lanjut : 60-70 Tahun
 - b. Usia Tua : 75-89 Tahun
 - c. Usia Sangat Lanjut : >90 Tahun

3. Proses Menua

Proses secara fisiologis dan biologis, wajar terjadi di mana sel-sel tubuh mengalami kematuran dan degeneratif.. Menurut (Leni Arini Manafe, 2022) adapun ciri dari lansia diantaranya :

- a. Tahap Proses Menua
 - 2) Masa bayi dan permulaan masa kanak-kanak
 - 3) Menjelang usia remaja (7-11 tahun)
 - 4) Masa pancaroba dan masa remaja
 - a) Laki-laki : 13-21 tahun
 - b) Perempuan : 12-14 tahun
 - 5) Kedewasaan dan ketuaan
- b. Teori proses penuaan
 - 1) Teori biologis

Berikut beberapa teori yang merupakan teori biologis adalah :

a) Teori jam genetik

Menurut Hayflick (1965) secara genetik sudah terprogram bahwa material di dalam inti sel dikatakan bagaikan memiliki jam genetik terkait dengan frekwensi mitosis. Manusia yang memiliki rentang kehidupan maksimal sekitar 110 tahun, sel-selnya diperkirakan hanya mampu membelah sekitar 50 kali sesudah itu akan mengalami deteriorasi.

b) Teori interaksi sosial

Bahwa sel-sel satu sama lain saling berinteraksi dan mempengaruhi. Keadaan tubule akan baik-baik saja selama sel-sel berfungsi dalam suatu harmoni. Akan tetapi, bila tidak lagi demikian, maka akan terjadi kegagalan mekanisme feedback dimana perlahan-lahan akan mengalami degenerasi (Berger, 1994).

c) Teori Error Katastrop

Bahwa eror akan terjadi pada struktur DNA, RNA, dan sintesis protein. Masing-masing eror akan saling menambah pada eror yang lainnya dan berkulminasi dalam eror yang bersifat katastrof (Kane, 1994).

d) Teori pemakaian dan keausan

Teori biologis yang paling tua adalah teori pemakaian dan keausan (tear and wear), dimana tahun demi tahun hal ini berlangsung dan lama kelamaan akan timbul deteriorasi.

2) Teori Psikologis

Adapun mengenai teori psikologis, berturut-turut dikemukakan beberapa diantaranya adalah sebagai berikut:

a) Disengagement Theory

Kelompok teori ini dimulai dari University of Chicago, yaitu Disengagement Theory, yang mengatakan bahwa individu dan masyarakat mengalami disengagement dalam suatu menarik diri. Memasuki usia tua, individu mulai menarik diri dari masyarakat, sehingga memungkinkan individu untuk menyimpan lebih banyak aktivitasaktivitas yang berfokus pada dirinya dalam memenuhi kestabilan pada stadium ini.

b) Teori Aktivitas

Menekankan pentingnya peran serta dalam kegiatan masyarakat bagi kehidupan seorang lansia. Dasar teori ini adalah bahwa konsep diri seseorang tergantung pada aktivitasnya dalam berbagai peran. Hasil studi serupa ternyata menggambarkan pula bahwa aktivitas informal lebih berpengaruh daripada aktifitas formal. Kerja yang menyibukkan tidaklah meningkatkan selfesteem seseorang, tetapi interaksi yang bermakna dengan orang lainlah yang lebih meningkatkan selfesteem.

c) Teori Kontinuitas

Berbeda dari kedua teori sebelumnya, disini ditekankan pentingnya hubungan antara kepribadian dengan kesuksesan hidup lansia.

Menurut teori ini, ciri-ciri kepribadian individu berikut strategi kopingnya telah terbentuk lama sebelum seseorang memasuki usia lanjut.

d) Teori Subkultur

Pada teori subkultur dikatakan bahwa lansia sebagai kelompok yang memiliki norma, harapan, rasa percaya, dan adat kebiasaan tersendiri, sehingga dapat digolongkan selaku suatu subkultur.

e) Teori Stratifikasi Usia

- (1) Teori ini dikemukakan oleh Riley yang menerangkan adanya saling ketergantungan antara usia dengan struktur sosial yang dapat dijelaskan sebagai berikut : Orang-orang tumbuh dewasa bersama masyarakat dalam bentuk kohor dalam artian sosial, biologis, dan psikologis.
- (2) Suatu masyarakat dapat dibagi ke dalam beberapa strata sesuai dengan lapisan usia dan peran.
- (3) Masyarakat sendiri senantiasa berubah, begitu pula individu dan perannya dalam masing-masing strata
- (4) Terdapat saling keterkaitan antara penuaan individu dengan perubahan sosial. Kesimpulannya adalah lansia dan mayoritas masyarakat senantiasa saling mempengaruhi dan selalu terjadi perubahan kohor maupun perubahan dalam masyarakat.

4. Perubahan yang terjadi pada lansia

Otot

- a. Berkurangnya massa otot

- b. Perubahan degeneratif jaringan Konektif
- c. Osteoporosis
- d. Kekuatan otot menurun
- e. Endurance dan koordinasi menurun
- f. ROM terbatas
- g. Mudah jatuh/fraktur

Kulit

- a. Proliferasi epidermal menurun
- b. Kelembaban kulit menurun
- c. Suplai darah ke kulit menurun
- d. Dermis menipis
- e. Kelenjar keringat (-)
- f. Kulit kering
- g. Pigmentasi irreguler
- h. Kuku mudah patah
- i. Kulit berkerut, elastisitas berkurang
- j. Sensitivitas kulit menurun

Sexual

Pada perempuan

- a. Post-menopause: atrofi dari organ reproduksi
- b. Vagina tipis dan kering
- c. Panjang dan lebar vagina berkurang
- d. Lubrikasi vagina berkurang selama intercourse

Pada Laki-laki

- a. Degeneratif organ reproduksi
- b. Intensitas respons terhadap stimulus sex berkurang
- c. Aktivitas seksual berkurang
- d. Gangguan Kelenjar prostat

Pola Tidur

- a. Butuh waktu lebih lama untuk tidur
- b. Sering terbangun
- c. Mutu tidur berkurang
- d. Lebih lama berada di bed

Fungsi Kognitif

- a. Beberapa lansia menunjukkan penurunan keterampilan intelektual, tapi masih mampu mengembangkan kemampuan kognitif
- b. Penurunan kemampuan mengingat/mengenali memori
- c. Tidak ada/jarang penurunan intelegensi

Perubahan Penglihatan

- a. Kornea kuning/keruh
- b. Size pupil mengecil/atropi M. Ciliaris
- c. Atropi sel-sel fotoreseptor
- d. Penurunan suplai darah dan neuron ke retina
- e. Pengapuran lensa: katarak
- f. Konsekuensi:
 - Meningkatnya sensitivitas terhadap cahaya silau

- Respons lambat terhadap perubahan cahaya
- Lapangan pandang menyempit, perubahan persepsi warna
- Lambat dalam memproses informasi visual
- Sulit berkendara pada malam hari

Perubahan Fungsi Saraf

- a. Gangguan Fungsi Luhur
- b. Sukar bicara
- c. Gerakan otot (kagok)
- d. Gangguan pengenalan seseorang
- e. Sukar tidur (insomnia)
- f. Daya ingat lemah (demensia): atrofi sel otak
- g. Inisiatif turun
- h. Parkinson (otot-otot kaku, menggeletar)

5. Karakteristik Lansia

Karakteristik lansia menurut (Ramadhani 2021) diantaranya :

- a. Orang berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan Pasal 1 ayat 2 UU No.13 tentang kesehatan)
- b. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptive
- c. Lingkungan dan tempat tinggal yang bervariasi.

6. Tipe Lansia

Menurut Nugroho W (2000) dalam Angelita et al., (2018) lansia digolongkan menjadi 5 tipe kepribadian, yaitu:

- a. Tipe arif bijaksana, merupakan lansia yang kaya akan pengalaman, menjadi panutan dan dapat menyesuaikan diri dengan perkembangan zaman
- b. Tipe mandiri, dapat mengerjakan kegiatan baru dan mudah bergaul
- c. Tipe tidak puas, memiliki konflik lahir batin, dan tidak dapat menerima proses penuaan dirinya
- d. Tipe pasrah, tipe yang hanya menerima dan menunggu nasib kedepannya
- e. Tipe bingung, merasa kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh.

B. Hipertensi

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi dicirikan dengan peningkatan tekanan darah diastolik atau sistolik yang intermetan atau menetap. Pengukuran tekanan darah serial 150/95 mmHg atau lebih tinggi pada orang yang berusia di atas 50 tahun memastikan hipertensi. Insiden hipertensi meningkat seiring dengan pertambahan usia. Pada lansia, hipertensi umumnya akibat dari vasokonstriksi terkait dengan penuaan, yang menyebabkan resistansi perifer. Penyebab lainnya mencakup hipertiroidisme, parkinsonisme,

penyakit paget, anemia, dan kekurangan tiamin. Hipertensi dialami lebih dari 60 juta orang dewasa di Amerika Serikat. Orang kulit hitam kemungkinan dua kali lebih besar tererang gangguan ini dibanding orang kulit putih, dan mereka kemungkinan empat kali lebih besar kehilangan nyawa akibat hipertensi (Wijayanti & Khadijah 2021).

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

2. Faktor Faktor Penyebab Hipertensi

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

1. faktor yang melekat atau tidak dapat diubah seperti jenis kelamin, umur, dan genetic.
2. faktor yang dapat diubah seperti pola makan, kebiasaan olah raga dan lain-lain.

3. **Fatofisiologi Hipertensi**

Dalam buku terapi kognitif pada pasien hipertensi menuliskan tentang patofisiologi hipertensi yang diungkapkan oleh (Ns.Alfeus Manuntung, S.Kep.,2018), patofisiologis hipertensi dapat dijelaskan dengan beberapa faktor yang saling berhubungan mungkin juga turut serta menyebabkan peningkatan tekanan darah pada pasien hipertensi, dan peran mereka berbeda pada setiap individu. Diantara faktor-faktor yang telah dipelajari secara intensif adalah asupan garam, obesitas dan resistensi insulin, sisten renin-angiotensin, dan sistem saraf simpatis. Pada beberapa tahun belakangan, faktor lainnya telah dievaluasi termasuk genetik (keturunan), disfungsi endotel (yang tampak pada perubahan endotelin dan nitrat oksida).

Mekanisme yang mengontrol kontraksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasmotor, pada medula diotak. Dari pusat vasmotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut kebawah ke roda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ke ganglia simpatis toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasmotor dihantarkan dalam bentuk implus yang bergerak kebawah melalui saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuro preganglion melepaskan asetikolin, yang akan merangsang serabut saraf plasma ganglion ke pembuluh darah dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan kontraksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah

terhadap rangsa vasokonstriktor. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui jelas mengapa hal tersebut terjadi.

4. Etiologi Hipertensi

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

1. Usia merupakan faktor penyebab hipertensi dengan prevalensi tertinggi yaitu rentang usia 50-65 tahun.
2. Jenis kelamin Prevalensi terjadinya hipertensi pria sama dengan wanita. Namun wanita masih cukup aman hingga usia sebelum menopause. Karena setelah menopause, wanita rentan terkena penyakit kardiovaskuler, hipertensi salah satunya. Wanita yang belum menopause terlindungi oleh hormone estrogen yang berperan meningkatkan kadar HDL yang merupakan factor pelindung dalam mencegah terjadinya proses aterosklerosis.
3. Genetik Hipertensi rentan terjadi pada seseorang yang memiliki anggota keluarga dengan riwayat darah tinggi. Hal ini berkaitan dengan adanya peningkatan kadar sodium intraseluler dan rendahnya rasio antara potassium terhadap sodium individu dengan orang tua dengan hipertensi mempunyai risiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi daripada orang yang tidak mempunyai

keluarga dengan riwayat hipertensi. Selain itu, faktor penyebab hipertensi yang dapat dimodifikasi diantaranya:

- 1) Obesitas Berat badan yang mengalami peningkatan pada anak-anak ataupun usia pertengahan dapat meningkatkan risiko seseorang terkena penyakit hipertensi
- 2) Merokok Zat kimia dalam rokok bisa membuat pembuluh darah menyempit, yang berdampak pada meningkatnya tekanan dalam pembuluh darah dan jantung
- 3) Stress Stress dapat meningkatkan tekanan darah dalam waktu yang relatif singkat, tetapi memiliki kemungkinan tidak menyebabkan tekanan darah meningkat dalam kurun waktu yang lama.
- 4) Asupan garam Mengonsumsi garam berefek samping terhadap tekanan darah. Penderita hipertensi yang disebabkan karena keturunan merupakan seseorang dengan kemampuan lebih rendah dalam mengeluarkan garam dari tubuhnya.
- 5) Aktivitas fisik Olahraga atau beraktivitas yang terlalu berat dihubungkan dengan pengelolaan hipertensi karena olahraga isotonik dan teratur dapat menurunkan tekanan darah (Iceu Amira DA, 2018).

5. Klasifikasi Hipertensi

Pengukuran tekanan darah dapat dilakukan dengan menggunakan sfigmomanometer air raksa atau dengan tensimeter

digital. Hasil dari pengukuran tersebut adalah tekanan sistol maupun diastol yang dapat digunakan untuk menentukan hipertensi atau tidak. Terdapat beberapa klasifikasi hipertensi pada hasil pengukuran tersebut. Adapun klasifikasi hipertensi menurut (Arum, 2019) adalah sebagai berikut :

Tabel 2. 1
Klasifikasi Hipertensi Menurut (Arum, 2019)

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

Tabel 2. 2
Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC

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

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

6. Manifestasi Klinis

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

1. Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan arteri tidak terukur.
2. Gejala yang lazim Sering kali dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan.dalam kenyataan ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu:

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

7. Komplikasi Hipertensi

Jika tidak terkontrol, hipertensi dapat menyebabkan terjadinya komplikasi seperti: (Hasnawati, 2021)

1. Gangguan Penglihatan

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

2. Gagal Ginjal

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

3. Gangguan Jantung

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

4. Stroke

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

8. Penatalaksanaan Hipertensi

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

berkafein, rokok, dan minuman beralkohol. Olahraga secara rutin dan tidur yang berkualitas dengan 6-8 jam tidur per hari dapat membantu mengurangi stress.

1. Pengurangan konsumsi garam

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

2. Menurunkan berat badan

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

3. Menghindari minuman berkafein

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

untuk mengurangi risiko penyakit hipertensi, frekuensi konsumsi kopi sebaiknya dikurangi.

4. Menghindari rokok

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

5. Olahraga secara rutin

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

6. Tidur berkualitas

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

9. Pemeriksaan Penunjang Hipertensi

Pemeriksaan penunjang menurut (Sumaryati, 2018) :

1. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Hb/Ht : Untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti hipokoagubilita, anemia.
- b. kreatinin : Memberikan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal.

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

10. Penatalaksanaan Medis

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

a. Terapi non farmakologi

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

1. Teknik nafas dalam

Mengajarkan teknik nafas dalam Tindakan relaksasi nafas dalam efektif untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi

2. Teknik pijat kepala

Mengajarkan klien teknik pijat kepala yang bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri

- b. Terapi farmakologi

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

C. Asma

1. Definisi Asma

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

Asma merupakan suatu penyakit dengan adanya penyempitan saluran pernapasan yang berhubungan dengan tanggapan reaksi yang

meningkat dari trakea dan bronkus berupa hiperaktivitas otot polos dan inflamasi, hipersekresi mukus, edema dinding saluran pernapasan dan inflamasi yang disebabkan berbagai macam rangsangan (Alsagaff, 2017 dikutip dari Danusantoso, 2018).

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

2. Fisiologi Sistem Pernafasan

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

a. Ventilasi

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

- 1) Semakin tingginya suatu tempat, maka tekanan udaranya semakin rendah
- 2) Adanya kondisi jalan nafas yang baik
- 3) Adanya kemampuan thoraks dan alveoli pada paru-paru untuk mengembang di sebut dengan compliance
- 4) Adanya recoil yaitu kemampuan untuk mengeluarkan CO₂ atau kontraksinya paru-paru

b. Difusi

Merupakan pertukaran O₂ dari alveoli ke kapiler paru-paru dan CO₂ dari kapiler ke alveoli. Proses pertukaran ini dipengaruhi oleh beberapa faktor:

- 1) Luasnya permukaan paru paru
- 2) Tebal membrane respirasi yang terdiri atas epitel alveoli dan interstisial, Keduanya dapat mempengaruhi proses difusi apabila terjadi penebalan, perbedaan tekanan dan konsentrasi O₂. Hal ini dapat terjadi karena tekanan O₂ dalam rongga alveoli lebih tinggi dari pada tekanan O₂ dalam darah vena pulmonalis.

c. Transportasi

Merupakan proses pendistribusian O₂ kapiler ke jaringan tubuh dan CO₂ jaringan tubuh ke kapiler. Transportasi gas dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor:

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

3. Etiologi Asma

Menurut berbagai penelitian patologi dan etiologi asma diketahui dengan pasti penyebabnya, akan tetapi hanya menunjukkan dasar gejala asma yang inflamasi dan respon saluran

nafas berlebihan. Sebagai pemicu timbulnya serangan-serangan dapat berupa infeksi (infeksi virus RSV), iklim (perubahan mendadak suhu, tekanan udara), inhalan (debu, sisa-sisa serangga mati, bulu binatang, bau asap), kegiatan fisik (olahraga berat, kecapekan, tertawa terbahak-bahak), dan emosi. (nurarif 2017).

4. Patofisiologi Asma

Proses terjadinya asma diawali dengan berbagai faktor pencetus lain. Adanya faktor pencetus menyebabkan antigen yang terikat Imunoglobulin E pada permukaan sel basofil mengeluarkan mediator berupa histamin sehingga terjadi peningkatan permeabilitas kapiler dan terjadinya edema mukosa. Adanya edema menyebabkan produksi sekret meningkat dan terjadi kontriksi otot polos. Adanya obstruksi pada jalan nafas menyebabkan respon tubuh berupa spasme otot polos dan peningkatan sekresi kelenjar bronkus. Otot polos yang spasme menyebabkan terjadi penyempitan proksimal dari bronkus pada tahap ekspirasi dan inspirasi sehingga timbul adanya tanda dan gejala berupa mukus berlebih, batuk, wheezing, dan sesak nafas. Keluhan tersebut merupakan bentuk adanya hambatan dalam proses respirasi sehingga tekanan partial oksigen di alveoli menurun. Adanya penyempitan atau obstruksi jalan nafas meningkatkan kerja otot pernafasan sehingga penderita asma mengalami masalah ketidakefektifan pola nafas. Peningkatan kerja otot pernafasan menurunkan nafsu makan sehingga memunculkan ketidakseimbangan

nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Asma di akibatkan oleh beberapafaktor pencetus yang berikatan dengan Imunoglobulin E (IgE) pada permukaan sel basofil yang menyebabkan degranulasi sel mastocyte. Akibat degranulasi tersebut mediator mengeluarkan histamin yang menyebabkan konstriksi otot polos meningkat dan juga konsentrasi O₂ dalam darah menurun, Apabila konsentrasi O₂ dalam darah menurun maka terjadi hipoksemia.

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

5. Klasifikasi Asma

Asma dibagi menjadi dua tipe menurut Muttaqin (2018) yaitu :

a. Asma Tipe Atopik (Ekstrintik)

Asma yang dijumpai pada 70-80% penderita asma dan dipicu oleh reaksi alergi terhadap alergen seperti debu dan lainnya. Pasien asma atopik mungkin datang dengan riwayat terlebih dulu sudah mengalami gangguan atopik (alergi terhadap obat-obatan atau makanan) sebelum mengalami sesak nafas yang dirangsang terutama oleh stimulus fisik (udara dingin, bau buauan) yang mencurigakan sebagai asma (Dahlan 2018).

b. Asma Tipe Non-Atopik (Instrintik)

Asma nonalergik (asma instruktik) adalah asma yang dicetuskan Ditandai oleh obstruksi dan inflamasi jalan nafas yang sekurang-kurangnya reversible secara parsial terhadap pemberian obat, namun gejala dari asma tipe ini tidak terkait dengan alergi. Gejalanya sama seperti asma atopik (batuk, mengi, sesak dada), tetapi asma atopik dicetuskan oleh faktor lain seperti udara dingin atau udara kering, hiperventilasi, asap. Asma non atopik terjadi akibat beberapa faktor pencetus seperti infeksi saluran pernafasan bagian atas, olahraga atau kegiatan jasmani yang berat, dan tekanan jiwa atau stres psikologis (Dahlan 2017).

6. Manifestasi Klinis Asma

Menurut Naga (2017) serangan asma sering terjadi pada tengah malam dengan batuk-batuk kering tanpa sputum. Penderita serta orang disekitarnya akan mendengar suara napas mengi. Penderita juga merasakan adanya konstriksi di dalam dadanya. Setelah beberapa jam kemudian, meskipun tanpa pengobatan, penderita akan mengeluarkan sputum dan serangan akan berhenti. Warna sputum tampak keputih-putihan dengan bentuk spiral yang bercabang-cabang dan banyak mengandung eosinofil Salah satu komplikasi asma adalah adanya pneumonia. Pneumonia akan cepat diketahui jika asma tersebut disertai dengan adanya demamtinggi. Gejala-gejala seperti ini tidak akan menghilang begitu saja, bahkan bisa jadi tambah parah. Pada

kondisi seperti ini, penderita menjadi sangat gelisah, napas sangat sesak, pucat dan sianosis. Nadi juga berdenyut cepat dan dapat hilang saat inspirasi.

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

7. Komplikasi Asma

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

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

8. Penatalaksanaan Asma

Penatalaksanaan pada pasien asma dibagi menjadi penatalaksanaan farmakologi dan nonfarmakologi.

a. Terapi farmakologi

Berdasarkan penggunaannya, maka obat asma di bagi menjadi 2 golongan yaitu pengobatan jangka panjang untuk mengontrol gejala asma, dan pengobatan cepat (*quick-relief medication*) untuk mengatasi serangan akut asma. Beberapa obat yang digunakan untuk pengobatan jangka panjang antara lain : inhalasi steroid, β_2 agonis aksi panjang. Sedangkan untuk pengobatan cepat sering digunakan suatu bronkodilator β_2 agonis aksi cepat, antikolinergik, Kortikosteroid oral.

b. Terapi nonfarmakologi

1) Penyuluhan

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

2) Menghindari Faktor Pencetus

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

D. Terapi Relaksasi Nafas Dalam

1. Definisi

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

3. Tujuan

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

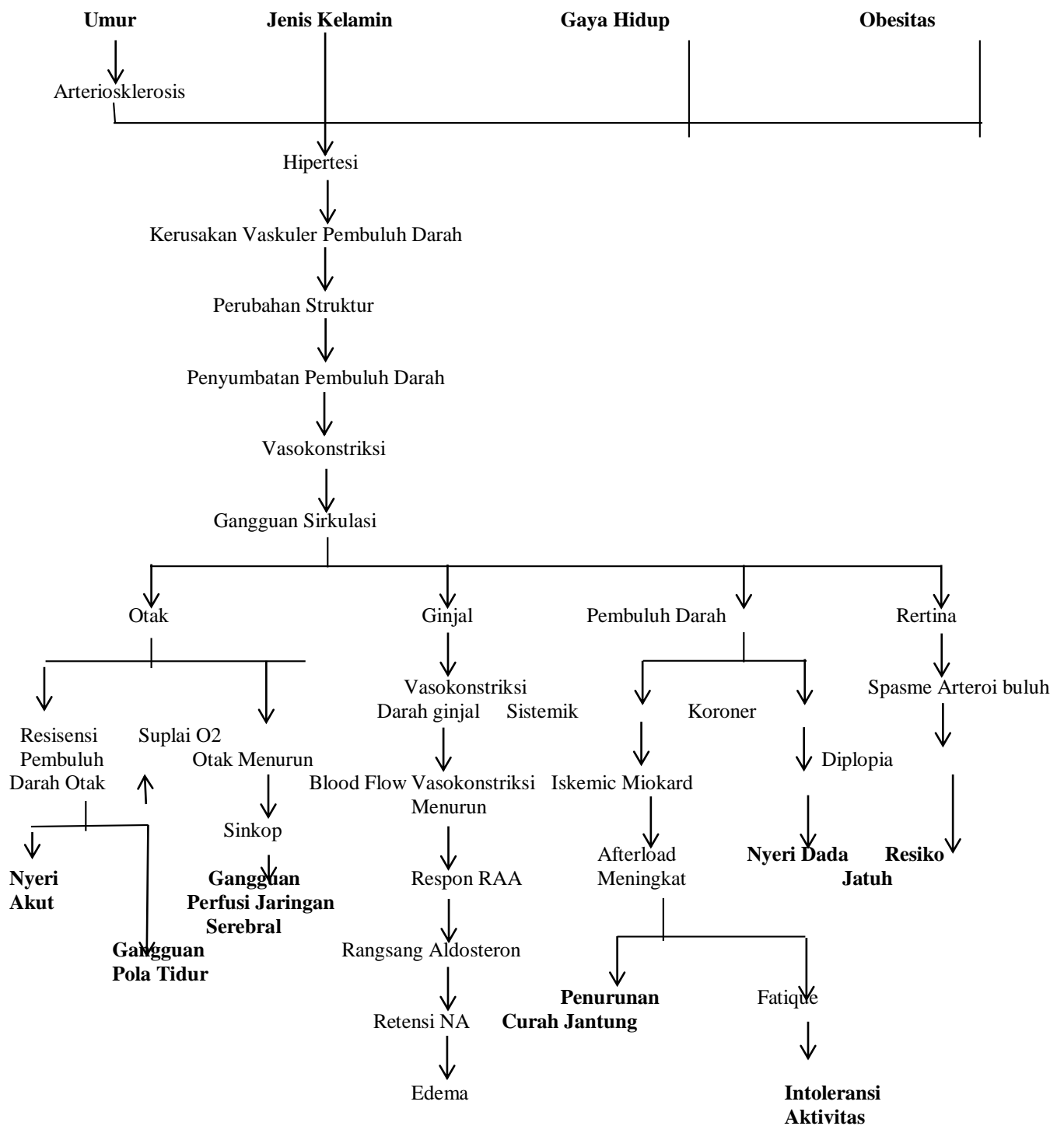
3. Faktor Yang Mempengaruhi Relaksasi

Relaksasi ini menimbulkan respon emosi dan efek menenangkan, sehingga fisiologi dominan simpatis berubah menjadi dominan sistem

parasimpatis. Sensasi tenang, ringan dan hangat yang menyebar keseluruh tubuh merupakan efek yang bisa dirasakan dari relaksasi autogenik. Sensasi ringan yang muncul adalah merupakan efek dari ketegangan otot tubuh yang menurun. Perasaan hangat diekstermitas dapat dijelaskan secara fisiologis sebagai vasodilatasi pembuluh darah karena aktivasi sistem parasimpatis (Akhriansyah, 2019).

4. Langkah Langkah Teknik Relaksasi Nafas Dalam

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



Skema 2.1 Pathways Hipertensi

E. Konsep Asuhan Keperawatan

Menurut (N. Safitri, 2018):

1. Pengkajian

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

- Pengkajian fungsional Klien KATZ
- Pengkajian status mental gerontik
- Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)
- Pengkajian keseimbangan
- The timed up and go (tug) test
- Geriatric depression scale (GDS)

2. Diagnosa yang muncul

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, diagnosa keperawatan mengenai Hipertensi pada Lansia dengan diagnosis keperawatan adalah proses menganalisis data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian. Untuk merumuskan diagnosis keperawatan dibutuhkan keterampilan klinik yang baik

mencakup proses diagnosis keperawatan dan perumusan pernyataan keperawatan. Proses diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua yaitu proses interpretasi dan proses menjamin keakuratan diagnosis itu sendiri (PPNI T. P., 2017).

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

3. Intervensi

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

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

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

Tabel 2. 3

Tujuan Berdasarkan SLKI dan Intervensi Berdasarkan SIKI Pada Lansia

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
Nyeri Akut	Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Gelisah menurun 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,dan intensitas nyei. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor mempeberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang mempeberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyeab periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri <p>Kolaborasi</p>

		1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Penurunan Curah Jantung	Tingkat ketidakadekuatan jantung memompa darah meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah menurun 2. Crt menurun 	<p>Perawatan jantung</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung 2. Monitor tekanan darah 3. Monitor keluhan nyeri dada <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan posisi nyaman 2. Berikan terapi rileksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa stress <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 2. Anjurkan beraktivitas secara bertahap <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian aritmia, jika perlu
Hipervolemia	Tingkat kesimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan meningkat 2. Haluran urine meningkat 3. Edema menurun 4. Asites menurun 	<p>Manajemen hipervolemia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Timbang berat badan setiap hari di waktu yang sama 5. Batasi asupan cairan dan garam <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi Pemberian diuretic
Defisit Pengetahuan	Tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil:	<p>Edukasi kesehatan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat. 2. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat ditandai dengan klien mampu menjawab lembar observasi dengan baik 4. Masalah yang dihadapi membaik. 5. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun. 6. Menjalani pemeriksaan yang tepat 7. Perilaku pola hidup sehat membaik | <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi faktor- faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. Berikan kesempatan untuk bertanya. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan. 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat |
|--|---|
-

4. Implementasi

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

5. Evaluasi adalah untuk penilaian yang dilakukan untuk mengetahui keberhasilan

tujuan. Jika kriteria yang ditetapkan belum tercapai maka tugas perawat selanjutnya adalah melakukan pengkajian kembali.

BAB III

LAPORAN KASUS

A. Pengkajian Kasus 1

1. Pengkajian

Identitas pasien

- a. Nama : Tn. H
- b. Tempat/tanggal Lahir : Tangerang, 29 Desember 1959
- c. Jenis Kelamin : Laki Laki
- d. Status Perkawinan : Menikah
- e. Agama : Islam
- f. Suku : Sunda
- g. Tanggal pengkajian : 09 Februari 2024
- h. Diagnosa medis : Hipertensi
- i. Sumber informasi : Tn. H

B. Keluhan Utama

Klien mengatakan mudah lelah dan pusing saat setelah melakukan aktivitas

Riwayat Kesehatan

1. Riwayat kesehatan saat ini

1). Gejala yang dirasakan

Klien mengatakan terkadang merasa nyeri pada kepala bagian belakang, klien merasakan nyeri saat melakukan aktifitas, nyeri terasa seperti ditusuk, nyeri hilang timbul dengan skala 5. mudah lelah dan pusing saat setelah melakukan aktifitas, klien mengatakan sulit tidur di malam hari, klien mengatakan bahwa dia hanya tidur sebentar dan

sering terbangun, klien mengatakan tidur malam kurang dari 4 jam, dimulai dari jam 1 sampai dengan jam 5 pagi, klien tidur siang sering, tapi sebentar.

2). Faktor Pencetus

Klien mengatakan dia memiliki hipertensi selama dua tahun dan jarang berolahraga, dan hanya melakukan aktifitas sehari-hari seperti biasa, klien juga tidak pernah menjaga makanannya.

3). Waktu Timbulnya keluhan

Klien berkata timbulnya keluhan secara berangsur terus menerus

4). Upaya Untuk Mengatasi

Rutin minum obat-obatan darah tinggi dan istirahat yang cukup

2. Riwayat kesehatan masa lalu

1). Penyakit yang diderita

Subjektif : Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi

2). Riwayat alergi

Subjektif : Klien mengatakan bahwa dirinya tidak memiliki alergi

3). Riwayat kecelakaan :

Subjektif : Klien mengatakan pernah mengalami kecelakaan tertabrak mobil dan mengalami luka luka pada tangan terkena serpihan kaca

4). Riwayat dirawat di RS :

Subjektif : Klien mengatakan bahwa dirinya pernah dirawat karena penyakit typus

5). Riwayat pemakaian obat

Subjektif : Klien berkata amlodiphine 10mg dan metformin 2x500mg

3. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi klien

- 1) Pekerjaan saat ini : Klien mengatakan sudah tidak bekerja
- 2) Pekerjaan sebelumnya : Pensiunan
- 3) Sumber pendapatan : Klien mengatakan sumber pendapatan dari anak
- 4) Kecukupan pendapatan : Klien mengatakan cukup

4. Lingkungan rumah

Keadaan rumah dan ruangan cukup bersih dan rapi, rumah 2 lantai dan memiliki jumlah cahaya yang cukup., Keadaan toilet dan kamar mandi cukup bersih, lantai tidak licin dan tidak berbau dan terdapat pegangan dikamar mandi dan wc untuk mengurangi resiko jatuh, klien minum air dari air isi ulang dan air yang sudah dimasak. Pembuangan sampah pada tempat sampah.

5. Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan umum: composmentis (CM)
- b) TTV: TD ; 160/100 mmHg, N : 98x/Menit, S : 36,6 C. RR : 21x/menit.
- c) BB : 76 Kg TB : 165 Cm
- d) 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.

1. Rambut :

Subjektif : rambut sedikit ikal dan mulai beruban, klien mengatakan rambutnya mulai rontok

Objektif : rambut klien sudah beruban

2. Mata :

Subjektif : Klien mengatakan fungsi penglihatan sudah mulai menurun

Objektif :

Inspeksi : Konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik,pupil

isokor,fungsi penglihatan menurun, klien menggunakan kaca mata

Palpasi: Tidak ada nyeri tekan,tidak teraba pembengkakan

3. 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

4. Mulut dan tenggorokan

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif :

Inspeksi : Mukosa lembab, gigi utuh dan tidak terdapat kesulitan

peradangan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, dan tidak teraba pembengkakan

5. Sistem pernafasan

Subjektif : Klien mengatakan muda lelah saat aktifitas,tapi tidak sesak

Objektif :

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

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

Perkusi : Suara perkusi dada sonor auskustasi : suara paru vesikuler

6. Sistem kardiovaskuler

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif : dada simetris,tidak ada pembengkakan

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

Perkusi : Bunyi pekak

Auskultasi : Bunyi jantung I dan II, Bunyi regular

7. Sistem gastrointestinal

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif :

Inspeksi : bentu 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.

Perkusi : suara perkusi abdomen timpani

8. Sistem perkemihan

Subjektif: Klien mengatakan BAK 4-5 x/hari 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.

9. Sistem Muskuloskeletal:

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

Objektif:

Inspeksi: tidak ada kelainan ekstremitas

Reflek fisiologis: +1 +1

+1 +1

Palpasi: Tidak terdapat nyeri tekan

10. Sistem saraf pusat:

Subjektif: Klien mengatakan tidak ada keluhan terkait

Objektif:

Inspeksi: Klien mengatakan Composmentis, pupil isokor,
koordinasi gerak baik

Perkusi : Refleks sendi dan tendon baik

11. 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

6. Pengkajian psikososial dan spiritual

1) Psikososial

Klien mudah bergaul pada lingkungan rumah tempat tinggal
dan orang baru kenal, klien tampak ramah.

2). Identifikasi masalah emosional

PERTANYAAN TAHAP 1

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

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

PERTANYAAN TAHAP 2

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

Bila lebih dari 1 atau 2 sama dengan 1 jawabannya “YA”

MAKA EMOSIONAL POSITIF (+)

Interpretasi: Maka dapat ditarik kesimpulan bahwa emosional Tn. H

Emosional positif

3) Spiritual

Tn. H beragama islam, klien sering mengikuti sholat berjamaah di masjid dan terkadang kalau beliau sedang kambuh sakit kepala atau pusing klien hanya bisa melaksanakan sholat dirumah.

7. Pengkajian Fungsional Klien KATZ

Tabel 2.1 KATZ Indeks

No	Aktifitas	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>	✓	
	Berpindah mandiri :		

	<p>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 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

Keterangan : mandiri dalam makan, berpakaian, kontinensia (BAK dan BAB), pergi ke toilet berpindah dan mandi.

8. Modifikasi dari Barthel Indeks

Tabel 2.2 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 kursiroda ke tempat tidur dan sebaliknya	5-10	15 ✓	Tidak memakai kursi roda
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5 ✓	Frekuensi : 5x/hari untuk berwudhu
5.	Keluar masuk toilet (membuka pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10 ✓	Tn. H sering keluar masuk toilet untuk menyeka tubuh
6.	Mandi	5	15 ✓	Frekuensi : 3x/hari
7.	Jalan di permukaan datar	0	5 ✓	TN. H berjalan sendiri tanpa bantuan orang lain ataupun tongkat
8.	Naik turun tangga	5 ✓	10	TN. H kesulitan saat naik turun tangga
9.	Mengenakan pakaian	5	10 ✓	Tn. H mengenakan pakaian secara mandiri
10.	Kontrol bowel (BAB)	5	10 ✓	Frekuensi : 1x/hari Konsistensi : lembek, kuning kecoklatan
11.	Kontrol bladder (BAK)	5	10 ✓	Frekuensi : 6-8 x/hari Warna : kuning jernih
12.	Olahraga/latihan	5	10 ✓	Frekuensi :

				5x/minggu Jenis : senam
13.	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10 ✓	Jenis : membuat kerajinan, menyulam taplak meja dan keset Frekuensi : 2-3 kali seminggu

Keterangan : Didapatkan skor 125 dengan kategori Tn.H

ketergantungan sebagian

a) 130 : Mandiri

b) 60 – 125 : Ketergantungan Sebagian ✓

c) 55 : Ketergantungan Total

9. Pengkajian status mental gerontik

Tabel 2.3 Pengkajian Status Mental Gerontik Pasien Kelolaan 1

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
√		01	Tanggal berapa hari ini?
√		02	Hari apa sekarang?
√		03	Apa nama tempat ini?
√		04	Dimana alamat anda?
√		05	Berapa umur anda?
√		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
√		07	Siapa Presiden Indonesia sekarang?
√		08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya?
√		09	Siapa nama Ibu Anda?
	√	10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.

Interpretasi hasil : *Tn. H* didapatkan salah 1 point dengan kategori fungsi intelektual utuh.

a. Salah 0-2 : Fungsi intelektual utuh ✓

b. Salah 3-4 : Fungsi intelektual ringan

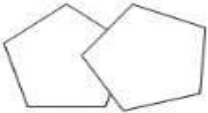
c. Salah 5-7 : Fungsi intelektual sedang

d. Salah ≥ 8 : Fungsi intelektual berat

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

Tabel 2.4 Mini Mental Status Exam Pasien Kelolaan 1

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 Bekasi ✓ <input type="checkbox"/> Rw 9 Rt 6 ✓ <input type="checkbox"/> Bekasi Timur ✓
2	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi.(Untuk disebutkan) <input type="checkbox"/> Obyek Pensil ✓ <input type="checkbox"/> Obyek Buku ✓ <input type="checkbox"/> Obyek Meja ✓
3	Perhatian dan Kalkulasi	5	5	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal "BAPAK" X <ul style="list-style-type: none">• K• A• P• A• B
4	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek

				<p>pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 poin untuk masing-masingobyek.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pensil ✓ ● Buku ✓ ● Meja ✓
5	Bahasa	9	9	<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (misal jam tangan) ✓ <input type="checkbox"/> (missal pensil) ✓
				<p>Minta klien untuk mengulang kata berikut : “Tak ada jika, dan, atau, tetapi.” Bila benar, nilai satu poin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pernyataan benar 2 buah (contoh : tak ada, tetapi) ✓ <p>Minta klien untuk mengikuti perintahberikut yang terdiri dari 3 langkah : Ambil kertas di tangan anda, lipat dua, dan taruh di lantai.”</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ambil kertas di tangan anda ✓ <input type="checkbox"/> Lipat dua ✓ <input type="checkbox"/> Taruh di lantai ✓ <p>Perintahkan pada klien untuk hal Berikut (bila aktivitas sesuai perintahnilai 1 point)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> “Tutup mata Anda” ✓ <p>Perintahkan pada klien untuk menulissatu kalimat dan menyalin gambar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tulis satu kalimat X <input type="checkbox"/> Menyalin gambar X 
TOTAL NILAI	30	30		

Interpretasi hasil : Didapatkan Tn. H 25 point dengan kategori aspek kognitif mental baik.

26-30 : Aspek Kognitif dan fungsi mental baik ✓

- 21-25 : Aspek kognitif dari fungsi mental ringan
- 11-20 : Kerusakan aspek fungsi mental sedang
- 0-10 : Terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

11. Pengkajian keseimbangan

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

a. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, dan 1 bila menunjukkan kondisi berikut ini.

❖ Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka (1)

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

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 (0)

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

- ❖ Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk ke tengah kursi (0)

Keterangan : Kursi harus yang keras tanpa lengan

- ❖ Menahan dorongan pada sternum (Pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata terbuka (1)

Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.

- ❖ Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup (0)

- ❖ Perputaran leher (klien sambil berdiri) Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki; keluhan vertigo, pusing, atau keadaan tidak stabil (0)

- ❖ Gerakan menggapai sesuatu Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk

dukungan (0)

- ❖ Membungkuk Tidak mampu membungkuk untuk mengambil barang-barang kecil seperti pulpen di lantai, memegang objek untuk bisa berdiri lagi, dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun (0)

2) Komponen gaya berjalan atau pergerakan

- Jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini beri skor 0 dan beri skor 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)
- Kesimestrisan langkah (lebih baik di observasi dari samping klien) langkah tidak simestris, 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 (0)
- Berbalik, Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan. (1)

0 - 5 Resiko jatuh rendah ✓

6 - 10 Resiko jatuh tinggi

11 – 15 Resiko jatuh sangat tinggi

Interpretasi Hasil : Didapatkan hasil skor 4 dengan kategori Tn. H resiko jatuh Rendah

12. The timed up and go (tug) test

Tabel 2.5 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. H 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

13. Geriatric Depression Scale (GDS)

Tabel 2. 6 Geriatric Depression Scale (GDS)

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda	1	
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda		0
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong		0
4	Apakah anda sering merasa bosan		0
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat		0
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda		0
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda	1	
8	Apakah anda merasa sering tidak berdaya		0
9	Apakah anda lebih sering dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru		0
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan Orang		0
11	Apakah anda pikir bahwa kehidupan anda saat ini Menyenangkan	1	
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini		0
13	Apakah anda merasa penuh semangat		0
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada Harapan		0
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaanya dari pada anda		0

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	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sudah dari 2 tahun yang lalu. • Klien mengatakan terkadang merasakan nyeri pada kepala bagian belakang • P : klien mengatakan nyeri saat melakukan aktifitas • Q : nyeri terasa seperti mencengkram • R : nyeri pada bagian belakang • S : 5 • T : nyeri hilang timbul <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD: 160/100 mmHg, S:36,6°C, N: 98x/menit, RR: 21x/menit • Klien tampak lemas • Turgor kulit tidak elastis • Nadi apeks teraba kencang • Intensitas Bunyi jantung 1 dan II meningkat 	<p>Perfusi Perifer Tidak efektif (D.0009)</p>	<p>Peningkatan tekanan darah</p>
2	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sulit tidur pada malam hari saat merasakan sakit kepala • 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. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lemas • Klien tampak sering menguap 	<p>Gangguan Pola Tidur (D.0055)</p>	<p>Kurang Kontrol Tidur</p>

3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak menjaga pola makanan • Klien mengatakan jarang berolahraga <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak tidak efektif melakukan aktifitas sehari hari untuk memenuhi tujuan kesehatan • Klien tampak gagal menerapkan program perawatan kesehatan diri • Klien mengatakan gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko hipertensi 	Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0115)	Ketidakefektifan pola perawatan kesehatan keluarga
4	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan penglihatannya sudah menurun • Klien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas • Klien mengatakan memiliki riwayat jatuh • Klien mengatakan terkadang merasakan pusing <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lemas 	Resiko Jatuh (D.0143)	Usia lebih dari 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	Manajemen kesehatan tidak efektif b.d ketidakefektifan pola perawatan kesehatan keluarga	D.0115
4	Resiko Jatuh b.d Usia > 65 Tahun	D.0143

INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Tanggal& Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	10-02-2024	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah (D0009)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam diharapkan keluhan nyeri teratasi dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah sistolik membaik 2. Tekanan darah diastolic membaik 3. Pengisian kapiler membaik 4. Turgor Kulit membaik 	Perawatan sirkulasi Tindakan Observasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor TTV 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi Teraupetik : <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk menurunkan tekanan darah 2. Lakukan hidrasi Edukasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berolahraga rutin 2. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah
2	10-02-2024	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (D.0055)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam diharapkan Pola Tidur (L.05045) membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur membaik (5) 2. Keluhan sering terjaga (5) 	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola aktivitas dan tidur • Identifikasi faktor pengganggu tidur Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Fasililtasi menghilangkan stres sebelum tidur Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit Anjurkan menghindari makanan/ minuman yang mengganggu tidur

3	10-02-2024	Manajemen kesehatan tidak efektif b.d ketidakefektifan pola perawatan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x7 jam diharapkan manajemen kesehatan membaik dengan kriteria hasil: 1. pola aktivitas sehari hari untuk memenuhi kesehatan mulai membaik 2. program perawatan kesehatan diri membaik	Dukungan tanggung jawab pada diri Sendiri (I.09277) Observasi : • Identifikasi persepsi tentang masalah kesehatan • Monitor pelaksanaan tanggung jawab Teraupetik : • Berikan kesempatan merasakan memiliki tanggung jawab • Tingkatkan rasa tanggung jawab atas perilaku sendiri Edukasi : • Diskusikan tanggung jawab terhadap profesi pemberi asuhan • Diskusikan konsekuensi tidak melaksanakan tanggung jawab
4	10-02-2024	Resiko Jatuh b.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x7 jam diharapkan Tingkat Jatuh (L.12111) menurun dengan kriteria hasil: 1. Jatuh saat berdiri menurun (5) 2. Jatuh saat berjalan menurun (5)	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi : • Identifikasi faktor risiko jatuh Terapeutik : • Tempatkan pasien dekat dengan pantauan keluarga • Berikan alat bantu jalan Edukasi : • Anjurkan memanggil anggota keluarga jika membutuhkan bantuan untuk berpindah • Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin

CATATAN KEPERAWATAN HARI KE 1

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/ Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi	Ttd
1	Perfusi perifer Tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D0009)	10 Februari 2024	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien Mengatakan sering memiliki riwayat hipertensi sejak 2 tahun yang lalu <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Td: 160/100 mmHg S: 36,6 C, HR : 98x/Menit, RR : 21x/menit 	EHA
			<ul style="list-style-type: none"> Memonitor TTV 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sering merasakan pusing saat dan setelah beraktifitas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Td: 160/100 mmHg S: 36,6 C, HR : 98x/Menit, RR : 21x/menit 	EHA
			<ul style="list-style-type: none"> Memberikan teknik nonfarmakologi pijat kepala 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan merasa nyaman saat diberikan terapi nonfarmakologis pijat kepala <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien tampak lebih rileks Klien diberikan terapi pijat kepala 	EHA
			<ul style="list-style-type: none"> Melakukan hidrasi 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan akan meminum lebih banyak air putih <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien dianjurkan dan diberikan minum air putih lebih sering - 	EHA
			<ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan berolahraga rutin 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> klien mengatakan akan mengikuti kegiatan olahraga lebih sering <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien terlihat kooperatif 	

2	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (D.0055)	10 Februari 2024	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi pola aktivitas dan tidur 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien melakukan aktifitas pada siang hari dan maengalami sulit tidur dimalam hari Klien mengatakan tidur malam kurang dari 4 jam,dimulai dari jam 1 sampai jam 5 pagi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien tampak lemas 	EHA
			<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi factor pengganggu tidur 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sulit tidur karena tidak nyaman,terkadang kedinginan dan banyak nyamuk dan terkadang pusing <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien tampak gelisah 	EHA
3	Manajemen kesehatan tidak efektif b.d ketidakefektifan pola perawatan kesehatan keluarga (D.0115)	10 Februari 2024	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi pola makanan dan aktifitas 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan tidak menjaga pola makanannya klien mengatakan jarang berolahraga <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien tampak tidak efektif melakukan aktifitas sehari hari untuk memenuhi kesehatan Klien tampak gagal menerapkan program perawatan kesehatan diri 	EHA
4	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	10 Februari 2024	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi faktor risiko jatuh 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan umurnya sudah 65 tahun, kekuatan ototnya menurun <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasil pengkajian resiko jatuh klien tinggi 	EHA
			<ul style="list-style-type: none"> Menempatkan pasien dekat dengan pantauan keluarga 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan duduk dan beraktifitas di dekat ruang keluarga 	EHA

				O: - Klien masih dalam pantaun keluarga	
			<ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan menggunakan alas kaki tidak licin 	S: - Klien mengatakan hanya memiliki sandal jepit biasa O: - Klien terlihat memakai sandal jepit	GAH

CATATAN KEPERAWATAN HARI KE 2






No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi	TTD
1	Perfusi perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan darah (D0009)	11 Februari 2024	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor TTV 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih suka merasakan pusing <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 150/100 mmHg, S: 36,5 C. HR : 21x/menit, CRT > 3 Detik 	GAA
			<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik nonfarmakologis pijat kepala 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa nyaman saat diberikan terapi nonfarmakologis pijat kepala - Klien akan mengikuti pijat kepala apa yang sudah diajarkan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien diberikan terapi pijat kepala 	GAA
			<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan hidrasi 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah minum air putih lebih banyak <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dianjurkan dan diberikan minum air putih lebih sering 	GAA
			<ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan berolahraga rutin 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah melakukan olahraga seperti berjalan jalan dan pemanasan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat kooperatif 	GAA
2	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (D.0055)	11 Februari 2024	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola aktivitas dan tidur 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih mengalami sulit tidur ketika malam hari - Klien mengatakan tidur malam kurang dari 4 	GAA



				jam, dimulai dari jam 1 sampai jam 5 pagi O: - Klien masih tampak lesu	
			<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi factor pengganggu tidur 	S: - Klien mengatakan sudah tidak terlalu dingin karena sudah memakai selimut tetapi masih sulit mengantuk pada malam hari O: - Klien masih tampak lemas	<i>GHA</i>
3	Manajemen kesehatan tidak efektif b.d ketidakefektifan pola perawatan kesehatan keluarga (D.0115)	11 Februari 2024	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi pola makanan dan aktifitas 	S: - Klien mengatakan masih tidak menjaga pola makanannya - klien mengatakan masih jarang berolahraga O: - Klien mengatakan akan efektif melakukan aktifitas sehari hari untuk memenuhi kesehatan - Klien mengatakan akan menerapkan program perawatan kesehatan diri	<i>GHA</i>
4	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	11 Februari 2024	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi faktor risiko jatuh 	S: - pasien mengatakan pernah mengalami resiko kecelakaan O: - menganjurkan klien untuk tetap dalam pantauan keluarga	<i>GHA</i>
			<ul style="list-style-type: none"> Menempatkan pasien dekat dengan pantauan keluarga 	S: - Klien mengatakan akan duduk dan beraktifitas di dekat ruang keluarga O: - Klien masih dalam pantauan keluarga	<i>GHA</i>

			<ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan menggunakan alas kaki tidak licin 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan hanya memiliki sandal jepit biasa <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien diberikan sandal anti selip 	GA
--	--	--	--	--	----



CATATAN KEPERAWATAN HARI KE 3



No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi	TTD
1	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D0009)	12 Februari 2024	<ul style="list-style-type: none"> Memonitor TTV 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan pusing masih muncul, hanya intensitasnya yang berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> TD: 140/90 mmHg. S: 36,3C, RR: 23x/menit CRT > 3 Detik 	GA
			<ul style="list-style-type: none"> Memberikan teknik nonfarmakologis berupa pijat kepala 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan merasa nyaman saat diberikan terapi nonfarmakologis pijat kepala <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> klien diberikan terapi pijat kepala 	GA
			<ul style="list-style-type: none"> Melakukan hidrasi 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sudah minum air putih lebih banyak <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien dianjurkan dan diberikan minum air putih lebih sering 	GA

			<ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan berolahraga rutin 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sudah melakukan olahraga seperti berjalan jalan dan pemanasan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien terlihat kooperatif 	
2	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (D.0055)	12 Februari 2024	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi pola aktivitas dan tidur 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sudah bisa tidur lebih cepat dari biasanya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien tampak lebih nyaman 	
			<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi factor pengganggu tidur 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sudah lebih nyaman karena memakai selimut sebelum tidur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> klien tampak lebih nyaman saat mau tidur 	
3	Manajemen kesehatan tidak efektif b.d ketidakefektifan pola perawatan kesehatan keluarga (D.O115)	12 Februari 2024	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi pola makanan dan aktifitas 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sudah menjaga pola makanannya klien mengatakan sudah mulai berolahraga <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien tampak efektif melakukan aktifitas sehari hari untuk memenuhi kesehatan Klien mengatakan sudah menerapkan program perawatan kesehatan diri 	
4	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	12 Februari 2024	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi faktor risiko jatuh 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien masih dalam pantauan keluarga <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan akan memanggil anggota keluarga jika membutuhkan bantuan 	

			<ul style="list-style-type: none"> Menempatkan pasien dekat dengan pantauan keluarga 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan akan duduk dan beraktifitas di dekat ruang keluarga <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien terlihat kooperatif 	
			<ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan menggunakan alas kaki tidak licin 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan senang diberi sandal baru <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien terlihat lebih mudah saat berjalan 	

Tabel 2.13 EVALUASI KEPERAWATAN

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	Perfusi Tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D0009)	12-02-2024	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan merasa nyaman saat diberikan terapi pijat kepala • Klien mengatakan sudah minum air putih lebih banyak • Klien mengatakan sudah melakukan olahraga seperti berjalan jalan dan pemanasan <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD : 140/90 mmHg, S: 36,3C, HR: 95x/menit, RR: 23x/menit, CRT > 3 Detik • Klien diberikan terapi pijat kepala • Klien dianjurkan dan diberikan minum air putih lebih sering • Klien terlihat meminum obat saat waktunya diberikan obat <p>Assasment :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Planning :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
2.	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (D.0055)	12-02-2024 08.10	<p>Subjektif :</p> <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 <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lebih nyaman. 	

			<ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak nyaman saat mau tidur. • Klien disarankan sebelum tidur membaca doa dan klien diberikan lingkungan yang nyaman <p>Assesment : Masalah Teratasi</p> <p>Planning : Intervensi Dihentikan</p>	
3	Manajemen kesehatan tidak efektif b.d ketidakefektifan pola perawatan kesehatan keluarga (D.O115)	12-02-2024	<p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah mulai menjaga pola makanannya • Klien mengatakan sudah mulai berolahraga <p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak efektif melakukan aktifitas sehari hari untuk memenuhi kesehatan • Klien mengatakan sudah mulai menerapkan program perawatan kesehatan diri 	
4.	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	12-02-2024	<p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan akan duduk dan beraktivitas di dekat ruang keluarga • Klien mengatakan lebih mudah saat menggunakan Tongkat • Klien mengatakan akan memanggil anggota keluarga jika membutuhkan bantuan <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien masih dalam pantauan keluarga • Klien terlihat lebih mudah saat berjalan • Klien terlihat kooperatif <p>Assesment : Masalah Belum Teratasi</p> <p>Planning : Intervensi Dilanjutkan</p>	

B. Kasus Asuhan keperawatan Pada Pasien 2

1. Pengkajian

a. Identitas

- 1) Nama : Tn. B
- 2) Tempat/tanggal lahir : 29 Januari 1950
- 3) Jenis kelamin : Laki laki
- 4) Status perkawinan : Menikah
- 5) Agama : Islam
- 6) Suku : Sunda
- 7) Tanggal pengkajian : 14 Februari 2024
- 8) Pekerjaan : Tidak bekerja
- 9) Sumber pendapatan : Anak
- 10) Kecukupan pendapatan : Cukup

2. Keluhan Utama

Tn. B mengatakan sering pusing dan saat ketika bangun tidur pandangan matanya kabur, dan tengkuk bagian lehernya sering sakit

Riwayat kesehatan

Klien mengatakan dirinya dalam 1 bulan terakhir sering merasa sulit tidur ketika malam hari karena klien merasakan sesak nafas dan batuk hingga kesulitan bernafas, klien mengatakan alergi dengan debu ,ketika sesak hal yang bisa klien lakukan untuk mengatasinya klien menghirup dan mengoleskan aromatherapy agar mengurangi sesak nafas Pada saat di cek TD : 159/90mmHg RR : 16x/menit S : 36 C N : 80x/menit.

1. Gejala yang dirasakan : Pusing pandangan mata kabur, tengkuk leher nyeri, kesulitan tidur, sesak nafas pada malam hari, berkurangnya nafsu makan

1. Faktor pencetus keluhan : Pusing, sesak nafas,sulit tidur,nafsu makan berkurang

2. Timbulnya keluhan : (√) mendadak () Bertahap
4. Upaya mengatasi : Klien mengatasinya dengan sering mengurut urut kepalanya dan berbaring dan klien ketika sesak nafas mengatasinya dengan memakai minyak aromatherapy
5. Pergi ke RS/Klinik pengobatan/dokter : Klien hanya dirawat dirumah
6. Mengonsumsi obat-obatan sendiri/obat tradisional (pilih salah satu) = sebutkan
 1. Vit. B Kompleks
 2. Dopamet methyladopa 250mg

4. Riwayat kesehatan masa lalu

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

5. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum : Composmentris

- a. TTV

TD : 159/90 MmHg TD : 150cm, BB : 58 kg

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

Kepala bentuk simetris, bersih tidak ,terdapat benjolan, tidak terdapat luka. Rambut bersih dan tidak ada ketombe

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

- c. Telinga : Bentuk simetris (+/+), tidak ada serumen, dan tidak ada nyeri tekan
- d. Mulut dan tenggorokan: kebersihan mulut sedikit kotor, mukosa bibir lembab, kesulitan atau gangguan bicara (-),dan kesulitan menelan
- e. Sistem pernafasan : Suara paru vesikuler dan pola napas 19x/menit bunyi nafas wheeing
- f. Sistem kardiovaskuler :

Hipertensi (159/90 MmHg,S :36 C,N : 80x/Menit,Rr : 22 x/Menit), capillary refill >3 detik, bunyi I bunyi tunggal, irama regular, terdengar keras (lub) dan bunyi jantung II : saat didengar/ auskultasi terdengar bunyi tunggal, irama regular, terdengar keras (dub),tidak ada bunyi jantung tambahan.
- g. Sistem gastrointestinal : tidak ada masalah dengan sistem gastrointestinal
- h. Sistem perkemihan : Tidak ada masalah pada system gastrointestinal klien
- i. Sistem muskuloskeletal : Tn.B mengatakan tidak memiliki permasalahan pada sistem muskuloskeletal

- j. Sistem saraf pusat : Tn.B mengatakan pusing dan nyeri tekan pada kepala
- k. Sistem endokrin : Tn.B mengalami penurunan kemampuan mentoleransi stress,dan penurunan kadar ekstogen dan peningkatan kadar FSH selama menepause

6. Pengkajian psikososial dan spiritual

- a. Psikososial : Jelaskan kemampuan sosialisasi klien pada saat sekarang, sikap klien padaoranglain, harapan-harapan klien dalam melakukan sosialisasi, kepuasan klien dalam sosialisasi,dll.

- b. Identifikasi Masalah Emosional

PERTANYAAN TAHAP 1

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

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



PERTANYAAN TAHAP 2

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

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

7. Pengkajian fungsional klien

Tabel 2. 1

KATZ Indeks pasien ke 2

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

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

Keterangan :

Beri tanda (√) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil :

- a. **Mandiri dalam makan, kontinensia (BAK dan BAB), menggunakan pakaian,**
- b. pergi ke toilet, berpindah, dan mandi.

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

Interprestasi : Tn. B mampu melakukan kegiatan mandiri Pasien
 Tn. B mampu melakukan kegiatan nya dengan mandiri tanpa bantuan siapapun

6. Modifikasi dari Barthel Indeks Termasuk yang manakah klien

Tabel 2. 15

Modifikasi dari Barthel Indeks Termasuk yang manakah klien pasien ke 2

No	KRITERIA	DENGAN BANTUAN	MANDIRI	KETERANGAN
1	Makan	5	10 √	Frekuensi : 3x/hari Jumlah : 1 porsi makan Jenis : nasi,lauk,sayur dan buah
2	Minum	5	10 √	Frekuensi : 10x gelas/hari Jumlah : 1500 liter/hari Jenis : air putih

3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5-10 (10) √	15	Klien mandiri
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5 √	Frekuensi : 2x/hari untuk mandi
5	Keluar masuk toilet (membuka pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10 √	Tn. B sering keluar masuk toilet untuk menyeka tubuh
6	Mandi	5	15 √	Frekuensi : 2x/hari untuk mandi
7	Jalan di permukaan datar	0	5 √	Klien mandiri
8	Naik turun tangga	5 √	10	Klien mandiri
9	Mengenakan pakaian	5	10 √	Tn. B mengenakan pakaian secara mandiri
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10 √	Frekuensi : 2x/hari Konsistensi : bentuk lunak
11	Kontrol bladder (BAK)	5	10 √	Frekuensi : 3-8x/hari Warna : kuning
12	Olahraga/latihan	5 √	10	Frekuensi : 1x/hari Jenis : senam

13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5 √	10	Jalan jalan sore disekitar rumah
-----------	----------------------------------	---------------	-----------	----------------------------------

Keterangan :

a. **130 : Mandiri**

b. 60-125 : Ketergantungan sebagian

c. 55 : Ketergantungan total

Interpretasi hasil : Didapatkan skor 110 dengan kategori Tn. B
Ketergantungan sebagian

7. Pengkajian status mental gerontik

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

Tabel 2. 16

Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ) pasien ke 2

Benar	Salah	No	PERTANYAAN
√		01	Tanggal berapa hari ini? • 13 februari 2024
√		02	Hari apa sekarang? • Selasa
√		03	Apa nama tempat ini? • Rumah sendiri
√		04	Dimana alamat anda? • Bekasi
√		05	Berapa umur anda? • 74 tahun

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

Interpretasi hasil

a. Salah 0-2 : Fungsi intelektual utuh

b. Salah 3-4 : Kerusakan intelektual ringan

c. Salah 5-7 : Kerusakan sedang

d. Salah ≥ 8 : Kerusakan intelektual berat

Interpretasi hasil : Didapatkan skor 0 dengan kategori Tn. B fungsi intelektual Utuh

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

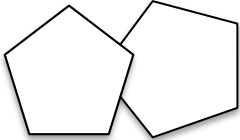
- Orientasi
- Registrasi
- Perhatian
- Kalkulasi
- Mengingat kembali
- Bahasa

Tabel 2.16

MMSE (Mini Mental Status Exam) pasien ke 2

No.	Aspek kognitif	Nilai maks	Nilai klien	Kriteria
	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : <ul style="list-style-type: none"> ▣ Tahun(√) ▣ Musim(√) ▣ Tanggal(√) ▣ Hari ▣ Bulan
	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada? <ul style="list-style-type: none"> ▣ Negara Indonesia(√) ▣ Propinsi Jawa Barat ▣ Kota Bekasi ▣ Kecamatan Sepanjang jaya (√) ▣ Jalan narogong (√)
	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan) <ul style="list-style-type: none"> ▣ Meja (√) ▣ Jam tangan (√) ▣ Buku (√)
	Perhatian	5	5	Minta klien mengeja

	dan kalkulasi			<p>5 kata dari belakang, misal “BAPAK”</p> <ul style="list-style-type: none"> • K • A • P • A • B
	Mengingat	3	3	<p>Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 poin untuk masing-masing obyek.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Meja (√) ■ Jam Tangan (√) ■ Buku (√)
	Bahasa	9	6 1 3	<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ (lemari) (√) ■ (kursi) (√) <p>Minta klien untuk mengulang kata berikut : “Tak ada jika, dan, atau, tetapi.” Bila benar, nilai satu poin.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pernyataan benar 2 buah (contoh : tak ada, tetapi) <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : Ambil kertas di tangan anda, lipat dua, dan</p>

			1	taruh di lantai.”
			0	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ambil kertas di tangan anda ■ Lipat dua ■ Taruh di lantai <p>Perintahkan pada klien untuk hal Berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ “Tutup mata Anda” Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar. ■ Tulis satu kalimat ■ Menyalin gambar
				
TOTAL NILAI	30		27	Aspek kognitif dari fungsi mental ringan

Interpretasi hasil :

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

Hasil : (28) Tn. B Aspek kognitif dari fungsi mental berat

9. Pengkajian keseimbangan pasien ke 2

Tabel 3. 2

Pengkajian keseimbangan pasien ke 2

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

a. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

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

- Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka (1)

- Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali (0)

Duduk ke kursi (dimasukan kedalam analisis) dengan mata terbuka (1)

Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah kursi

Keterangan : Kursi harus yang keras tanpa lengan

Menahan dorongan pada sternum (Pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata terbuka (1)

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

Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup (0)

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

Gerakan menggapai sesuatu

Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan (0)

➤ Membungkuk

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

2). Komponen gaya berjalan atau pergerakan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, atau beri nilai 1 jika klien menunjukkan salah satu dari kondisi di bawah ini:

➤ Minta klien untuk berjalan ke tempat yang ditentukan

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

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

Kontinuitas langkah kaki (lebih baik di observasi dari samping klien)

Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai

➤ Kesimetrisan langkah (lebih baik di observasi dari samping klien)

Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit (1)

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

Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi

➤ Berbalik

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

memegang objek untuk dukungan (0)

Intrevetasi hasil :

a. 0 – 5 resiko jatuh rendah

b. 6 – 10 resiko jatuh sedang

c. 11 – 15 resiko jatuh tinggi

Interpretasi Hasil = Jumlah (6) Resiko Jatuh Sedang

The timed up and go (tug) Test

No	Langkah
1.	Posisi klien duduk di kursi
2.	Minta klien berdiri dari kursi, berjalan 10 langkah (3 meter), kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik (21 Detik)

Interpretasi Hasil : 18 Detik

Penilaian Potensi Dekubitus (Skor Norton)

- Nama Penderita : Tn. B
- Kondisi Fisik Umum : Baik (4)
- a. Baik : 4
 - b. Lumayan : 3
 - c. Buruk : 2
 - d. Sangat Buruk : 1
- Kesadaran : Composmentis (4)
- a. Composmentis : 4
 - b. Apatis : 3
 - c. Sopor : 2
 - d. Koma : 1
- Aktifitas : Ambulasi dengan Bantuan (3)
- j. Ambulasi : 4
 - k. Ambulasi dengan bantuan : 3
 - l. Hanya bisa duduk : 2
 - m. Tiduran : 1
- Inkontinen : Tidak (4)
- a. Tidak : 4
 - b. Kadang kadang : 3

c. Sering inkontinesia urin : 2

d. Inkoninesia alvi & urin : 1

Interpretasi Hasil : 14 (Kemungkinan Kecil tidak terjadi)

Apgar Keluarga

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

	untuk Menyelesaikan masalah			
	Jumlah		6	

Interpretasi :

Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

Interpretasi Hasil = 6 (Disfungsi keluarga sedang)

Geriatric Depression Scale (GDS)

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

15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaanya dari pada anda	V	
----	---	---	--

Interpretasi :

- a. Skor 0 – 5 : Normal
- b. Skor \geq 6 = Depresi

Hasil = (7) Klien Dengan Kategori Depresi

ANALISA DATA

No.	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan
1.	<p>DS :</p> <p>Pasien sering merasa pusing, nyeri tekan kepala, dan pandangan kabur</p> <p>DO :</p> <p>Klien tampak lemas, sedikit pucat</p> <p>TTV : TD : 167/90 mmHg</p> <p>Nadi :</p> <p>80x/menit</p> <p>RR :</p> <p>16x/menit</p> <p>Suhu : 36,5 °C</p>	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi (D.0077)</p>
2	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan sesak nafas dan batuk</p> <p>DO :</p> <p>Klien mengatakan merasa sulit tidur karena sesak nafas ketika malam hari</p> <p>TD: 159/90 mmHg, RR: 16x/menit, S: 36C, N: 80x/menit</p>	<p>Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d respon alergi (D.0001)</p>
3	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari dan sulit tidur</p> <p>DO :</p> <p>Pasien sering terbangun pada malam hari Pasien mengatakan tidak puas tidur</p>	<p>Gangguan pola tidur b.d kesulitan tidur (D. 0055)</p>

DIAGNOSA KEPERAWATAN


No.	Diagnosa Keperawatan	Skor
1.	Nyeri Akut b.d Pencedera fisiologis (D.0077)	1
2.	Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d Sesak nafas (D.0001)	2
3.	Gangguan Pola tidur b.d Kesulitan tidur (D. 0055)	3


RENCANA KEPERAWATAN/ INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria hasil : 1. pusing berkurang 2. nyeri tekan kepala berkurang	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : 1.1 Monitor skala nyeri 1.2 Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi kualitas,intensitas nyeri 1.3 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.4 Identifikasi respon nyeri non verbal Edukasi : 1.1 Jelaskan penyebab,periode,dan pemicu nyeri 1.2 Jelaskan strategi pemicu nyeri 1.3 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat analgesic jika perlu
Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d sesak nafas (D.0001)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria hasil : 1. Frekuensi nafas membaik	Menejemen Asma (I.01010) Observasi : 1.4 Monitor Frekuensi kedalaman nafas 1.5 Monitor bunyi nafas tambahan

	2. Pola nafas membaik (L.01001)	Edukasi : 1.6 Anjurkan bernafas lambat dan dalam 1.7 Ajarkan mengidentifikasi dan menghindari pemicu (polusi udara, dan debu) Kolaborasi 1.8 Kolaborasi pemberian obat tambahan jika tidak responsif dengan bronkodilator
Gangguan Pola tidur b.d kesulitan tidur (D. 0055)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan kualitas tidur meningkat dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga cukup menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun (L.05045)	Dukungan Tidur (I.09265) Observasi : 2.1. Identifikasi pola aktifitas dan tidur 2.2. Identifikasi pola pengganggu tidur Terapeutik : 2.3 Modifikasi lingkungan 2.4 Batasi waktu tidur siang 2.5 Tetapkan jadwal tidur Edukasi : 2.6 Jelaskan pentingnya tidur cukup Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM



CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 1

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tgl	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi (D.0077)	Senin, 15/02/2024	1.1 Monitor skala nyeri 1.2 Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi, Frekuensi,kualitas, intensitas nyeri 1.3 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.4 Identifikasi respon nyeri non verbal	S : 1. Pasien mengatakan sering pusing dan saat ketika bangun tidur pandangan matanya kabur 2. pasien mengatakan tengkuk bagian lehernya sering sakit dan kakinya sering kesemutan O :	

		<p>1.5 Jelaskan penyebab,periode,dan pemicu nyeri</p> <p>1.6 Jelaskan strategi pemicu nyeri</p> <p>1.7 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p>	<p>1. klien masih tampak lemas</p> <p>2. klien mengatakan skala nyeri 5</p> <p>3. pola aktifitas terganggu</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
<p>Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d sesak nafas (D.0001)</p>	<p>Senin, 15/02/2024</p>	<p>1.1 Memonitor Frekuensi kedalaman nafas</p> <p>1.2 Memonitor bunyi nafas tambahan</p> <p>1.3 Menganjurkan bernafas lambat dan dalam</p> <p>1.4 Mengajarkan mengidentifikasi dan menghindari pemicu (polusi udara, dan debu)</p> <p>1.5 Mengkolaborasi pemberian obat tambahan jika tidak responsif dengan bronkodilator</p>	<p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan saat sesak nafas dirinya melatih nafas dengan tarik hembus nafas</p> <p>2. Pasien mengatakan lingkungannya bersih dan bebas dari debu</p> <p>3. Pasien mengatakan sering batuk pada malam hari</p> <p>O :</p> <p>1. Mengajarkan pasien dengan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>2. Suara nafas (+) wheezing</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	



Gangguan pola tidur b.d kesulitan tidur (D. 0055)	Senin 15/2/2024	<p>2.1 Mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur</p> <p>2.2 Mengidentifikasi pola pengganggu tidur</p> <p>2.3 Memodifikasi lingkungan</p> <p>2.4 Membatasi waktu tidur siang</p> <p>2.5 Menetapkan jadwal tidur</p> <p>2.6 Menjelaskan pentingnya tidur cukup</p> <p>2.7 Menganjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari 2. Pasien mengatakan sering terbangun 3. Pasien mengatakan ketika pagi hari sering mengantuk <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan pucat lemas, mata kurang tidur 2. menganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup <p>A :Masalah poa tidur belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	<i>EHA</i>


CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 2

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tgl	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi (D.0077)	Senin, 16/02/2024	1.5 Monitor skala nyeri 1.6 Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi, Frekuensi,kualitas, intensitas nyeri 1.7 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.8 Identifikasi respon nyeri non verbal 1.8 Jelaskan penyebab,periode,dan pemicu nyeri 1.9 Jelaskan strategi pemicu nyeri 1.10 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	S : 1. Pasien mengatakan pusing sudah mulai berkurang dan ketika bangun tidur pandangan matanya masih kabur 2. pasien mengatakan tengkuk bagian lehernya masih sakit dan kesemutan kesmutan kakinya berkurang O : 1. klien masih tampak lemas 2. skala nyeri berkurang 3 3. pola aktifitas masih terganggu A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d sesak nafas (D.0001)	Selasa, 16/02/2024	1.1 Memonitor Frekuensi kedalaman nafas 1.2 Memonitor bunyi nafas tambahan 1.3 Mengajarkan bernafas lambat dalam 1.4 Mengajarkan mengidentifikasi dan menghindari pemicu (polusi udara, dan debu)	S : 1. Pasien mengatakan saat sesak nafas dirinya melatih nafas dengan tarik hembus nafas 2. Pasien mengatakan lingkungannya bersih dan bebas dari debu 3. Pasien mengatakan sering batuk pada malam hari	

		1.5 Mengkolaborasi pemberian obat tambahan jika tidak responsif dengan bronkodilator	<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan pasien dengan teknik relaksasi nafas dalam 2. Suara nafas (+) wheezing <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
Gangguan Pola Tidur kesulitan tidur (D.0055)	Selasa 16/02/2024	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 Mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur 2.2 Mengidentifikasi pola pengganggu tidur 2.3 Memodifikasi lingkungan 2.4 Membnatasi waktu tidur siang 2.5 Menetapkan jadwal tidur 2.6 Menjelaskan pentingnya tidur cukup 2.7 Mengajukan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari 2. Pasien mengatakan sering terbangun 3. Pasien mengatakan ketika pagi hari Sering mengantuk <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak pucat lemas, mata kurang tidur 2. Mengajukan pasien untuk istirahat yang cukup <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	<i>EHA</i>

CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 3

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tgl	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi (D.0077)	Senin, 17/02/2024	1.1 Monitor skala nyeri 1.2 Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi, Kualitas,identitas nyeri 1.3 Identifikasi faktor yag mempeberat dan memperingan nyeri 1.4 Identifikasi respon nyeri non verbal 1.5 Jelaskan penyebab,periode, dan pemicu nyeri 1.6 Jelaskan strategi pemicu nyeri 1.7 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	S : 1. Pasien mengatakan pusing sudah mulai berkurang dan ketika bangun tidur pandangan matanya masih kabur 2. Pasien mengatakan tengkuk bagian lehernya sudah tidak ada sakit dan kesemutan di kakinya membaik O : 1. Klien terlihat tampak segar 2. Skala nyeri berkurang 1 3. Pola aktifitas membaik A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	
Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d sesak nafas (D.0001)	Rabu, 17/02/2023	1. Memonitor frekuensi kedalaman nafas 2. Memonitor bunyi nafas Tambahan 3. Menganjurkan bernafas lambat dan dalam 4. Mengajarkan mengidentifikasi dan menghindari pemicu (polusi udara dan debu) 5. Mengkolaborasi pemberian obat tambahan jika tidak responsive dengan bronkodilator	S : 1. Pasien mengatakan mulai melatih teknik relaksasi nafas dalam saat sesak nafas 2. Pasien mengatakan rutin memakai minyak aromatherapy untuk mengurangi sesak 3. Pasien mengatakan sering	

			<p>batuk pada malam hari</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan pasien dengan teknik relaksasi nafas dalam 2. Suara nafas sedikit normal <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	
<p>Gangguan Pola tidur b.d Kesulitan tidur (0055)</p>	<p>Rabu 17/02/2024</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur 2. Mengidentifikasi pola pengganggu tidur 3. Memodifikasi lingkungan 4. Membatasi waktu tidur siang 5. Menetapkan jadwal tidur 6. Menjelaskan pentingnya tidur cukup 7. Menganjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien mengatakan pola tidurnya membaik setelah beristirahat siang hari 2. pasien mengatakan membiasakan aktitas di luar pada siang hari agar tidak tidur siang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan lemasnya berkurang <p>A :</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	

BAB IV

PEMBAHASAN

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

A. Pengkajian

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 respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Sumber data dari hasil observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan hasil laboratorium. Fokus dari pengkajian data objektif berupa status kesehatan, pola koping, fungsi status respons pasien terhadap terapi, risiko untuk masalah potensial, dukungan terhadap pasien. Karakteristik data yang diperoleh dari hasil pengkajian seharusnya memiliki karakteristik yang lengkap, akurat, nyata dan relevan. Data yang lengkap mampu mengidentifikasi semua masalah keperawatan pada pasien (Edward Waroka, Qori Fadillah 2022)

1. Menurut kasus

Penulis melakukan pengkajian klien pertama Tn. H (65 tahun) pada tanggal 09 Februari 2024 hasil pengkajian yang diapati adalah klien mengatakan mudah lelah dan pusing saat melakukan aktifitas dank lien mengatakan terkadang mearsakan nyeri pada kepala bagian belakang, dan memiliki riwayat hipertensi selama 2 tahun.

Saat dilakukan pemeriksaan klien dalam keadaan composmetis, Hasil TTV : TD: 160/100 mmHg, N: 98x/menit, S: 36,6°C, Respirasi : 21x/menit, SpO2 : 98%.

Hasil pengkajian selanjutnya pada Tn. B (74 Tahun) tanggal 14 Februari 2024 didapatkan bahwa klien mengatakan sering pusing dan saat ketika bangun tidur pandangan matanya kabur, tengkuk bagian lehernya sering sakit dan kakinya sering kesemutan,kesulitan tidur dan sesak napas pada malam hari.

Hasil TTV : TD: 159/90 mmHg RR : 16x/menit S: 36 C N: 80x/menit

3. Analisa peneliti

Pada Kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua klien mengalami Hipertensi, dengan keluhan sering pusing dan sulit tidur pada malam hari. Kedua klien juga sama sama pernah mengalami kecelakaan, klien 1 mengalami tertabrak mobil dan klien ke 2 terjatuh di depan masjid saat mau beribadah. Data yang ditemukan pada kedua klien tersebut sudah sesuai dengan tinjaun teori dan kasus dilapangan. Faktor dari hipertensi kedua klien adalah karna faktor usia dan juga pola tidur yang kurang ditambah pola makanan yang kurang dijaga dan jarang berolahraga.

B. Diagnosa Keperawatan

1. Menurut Teori

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

Berdasarkan SDKI terdapat beberapa diagnosa pada penderita Hipertensi yang muncul adalah, nyeri akut, gangguan pola tidur, resiko jatuh, bersihan jalan nafas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, dan perfusi serebral tidak efektif

2. Menurut Kasus

Diagnosa utama yang diangkat oleh penulis pada kasus pertama Tn. H diatas yaitu perfusi perifer tidak efektif dan gangguan pola tidur. Mengapa penulis mengangkat diagnose tersebut karena klien mengatakan nyeri dibagian kepala belakang seperti tertusuk tusuk, dan diagnosa utama pada kasus klien kedua Tn. B nyeri akut dan yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif, Mengapa penulis mengangkat diagnosa tersebut karena klien mengatakan sesak, batuk dan mengalami kesulitan bernafas. Sedangkan diagnosa yang sama pada kedua kasus diatas adalah gangguan pola tidur. Untuk diagnosa ke dua pada Tn.H adalah gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur sedangkan untuk Tn.B adalah bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sesak nafas . Untuk diagnosa ketiga pada Tn.H adalah manajemen kesehatan tidak efektif T,b,d ketidakefektifan pola perawatan kesehatan keluarga, pada Tn. B gangguan pola tidur b.d kesulitan tidur.

3. Analisa peneliti

Kesamaan kasus yang terjadi adalah gangguan pola tidur, hal ini dikarenakan hipertensi merupakan penyakit karena adanya pengaruh peningkatan tekanan darah diatas normal secara menetap, yang dimana pada penyakit ini tekanan darah mengalami peningkatan.pada diagnosa yang berbeda penulis berasumsi bahwa keluhan lain yang dialami kedua klien ini berbeda, pada Tn.H riwayat hipertensi sudah 2 tahun dan tidak menjaga pola makanannya sedangkan pada Tn.B mengalami sesak nafas, batuk hingga sulit bernafas, berkurangnya nafsu makan serta kakinya mengalami kesemutan dan memiliki asma .

C. Intervensi Keperawatan

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

Pada kasus Tn. H penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Penulis berencana mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif dan gangguan pola tidur dengan tujuan yang diharapkan tekanan darah menurun dan gangguan pola tidur teratasi. Dan pada kasus Tn. B penulis melakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Penulis berencana mengatasi nyeri akut dan gangguan pola tidur yang disebabkan sesak nafas akan berkurang.

Berdasarkan diagnosa standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) yang dilakukan pada Tn.H sesuai untuk diagnosa yaitu perfusi perifer tidak efektif (D.0009), gangguan pola tidur (D.0055), manajemen kesehatan tidak efektif (D.0115) dan resiko jatuh (D. 0143)

Sedangkan untuk Tn. B sesuai standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu nyeri akut (D.0077), bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001), gangguan pola tidur (D.0055),

D. Implementasi Keperawatan

Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya pelaksanaan untuk memecahkan masalah. Implementasi dilakukan penulis selama 3 hari pada kedua kasus. Implementasi pada Tn.H dimulai pada 09 Februari 2024 sampai 12 Februari 2024 dan implementasi yang dilaksanakan pada Tn.B

dilaksanakan mulai pada 14 Februari 2024 sampai 17 Februari 2024. Pada studi kasus ini penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan.

E. Evaluasi Keperawatan

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.

Evaluasi yang dilakukan pada Tn. H di hari terakhir setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu klien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang sudah mulai berkurang dan dengan skala 2, klien Sudah tampak lebih nyaman dan sudah mulai beraktifitas ,klien lebih kooperatif dan untuk Pola tidur klien sudah bisa tidur lebih cepat dan sudah lebih nyaman, untuk pola makan klien sudah lebih baik menjaga pola makannya dan sudah mulai berolahraga. Klien lebih tampak efektif melakukan aktifitas sehari hari dan sudah mulai menerapkan program perawatan kesehatan diri. hasil pengecekan TTV yaitu TD : 140/90 mmHg, Nadi : 98x/menit, RR : 23x/menit, suhu : 36.6C, CRT > 3 detik

Evaluasi yang dilakukan pada Tn. B di hari terakhir setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu klien mengatakan pusing sudah mulai

berkurang, tengkuk bagian lehernya sudah tidak sakit, untuk pola tidur pasien mengatakan pola tidurnya membaik serta lemasnya berkurang. tetapi klien nampak lebih tenang hasil pengecekan TTV yaitu TD : 157/90 mmHg, Nadi : 80x/menit, RR : 17x/menit, Suhu : 36,6C

Dari kasus 2 pasien diatas terdapat persamaan dan perbedaan diagnosa serta keluhan yang dialami, persamaan dan perbedaan kasus yang dialami Tn. H dan Tn. B yaitu bisa dilihat dari faktor pendukung diagnosa yang sama dan keluhan yang berbeda seperti perfusi perifer tidak efektif dan gangguan pola tidur. Kedua klien tersebut sama sama mengalami gangguan pola tidur , pasien pertama nyeri pada bagian kepala bagian belakang dan pola tidurnya sebentar kurang dari 4 jam. dan klien kedua mengalami tengkuk bagian leher sakit serta mengalami kesulitan tidur disebabkan sesak nafas dan batuk dan alergi dengan debu.

Pada pasien pertama Tn.H yaitu terdapat dengan 4 diagnosa, diagnosa pertama dengan Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah, diagnosa kedua gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur, diagnosa ketiga manajemen kesehatan tidak efektif b.d ketidakefektifan pola perawatan kesehatan keluarga, diagnosa keempat resiko jatuh b.d usia > 65 tahun. Dan pada pasien Tn.B yaitu terdapat 3 diagnosa yang muncul yaitu diagnosa pertama nyeri akut b.d pencedera fisiologis, diagnosa kedua bersihan jalan nafas tidak efektif b.d sesak nafas dan diagnosa ketiga gangguan pola tidur b.d kesulitan tidur

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Tn. H mengalami nyeri kepala bagian belakang nyeri seperti ditusuk tusuk dan riwayat hipertensi dari 2 tahun lalu sedangkan klien Tn. B mengalami sesak nafas.
2. Diagnosa yang diangkat pada kedua klien sama, diagnosa yang sama pada 2 klien yaitu gangguan pola tidur.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien guna mengatasi keluhan klien sesuai standar intervensi keperawatan (SIKI). Pada kasus diatas kita juga bisa melakukan beberapa terapi nonfarmakologi, yaitu teknik relaksasi nafas dalam dan teknik pijat kepala.
4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien yaitu teknik pijat kepala dan teknik napas dalam.
5. Evaluasi pada kedua pasien menunjukkan perbaikan terutama pada nyeri yang dirasakan, Evaluasi yang dilakukan pada Tn. H di hari terakhir setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu klien masih mengeluh nyeri pada kepala bagian belakang akibat hipertensi dan nyeri seperti tertusuk dengan skala 2, klien sudah tampak lebih nyaman dan sudah mulai beraktifitas walaupun masih dalam pantauan keluarga. klien lebih kooperatif, hasil pengecekan TTV yaitu TD : 160/100 mmHg, Nadi : 98x/menit, RR : 21x/menit, suhu : 36.6C. sedangkan evaluasi yang

dilakukan pada Tn. B dihari terakhir setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu klien yaitu klien masih mengeluh sakit kepala dan leher bagian belakang dan serta mengeluh sesak nafas belum teratasi, tetapi klien nampak lebih tenang hasil pengecekan TTV yaitu TD : 157/90 mmHg, Nadi : 80x/menit, RR : 17x/menit, Suhu : 36,6C.

B. Saran

1. Penulis berharap dalam penulisa ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan bagi klien untuk melakukan beberapa terapi non-farmakologi, yaitu teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi keluhan nyeri, dan dilakukan sesuai SOP (Standar Operasional Prosedur)
2. Penulis berharap dalam penulisa ini dapat memberikan informasi untuk mahasiswa/I STIKes Medistra Indonesia sebagai bahan menambah ilmu pengetahuan dan wawasan dalam bidang keperawatan gerontik

DAFTAR PUSTAKA

- Angelita et al., 2018. Gambaran Psychological Well-Being Pada Lansia Yang Hidup Di Perkotaan (Dan Masih Tinggal Dengan Keluarga). *Psikologia: Jurnal Pemikiran dan Penelitian Psikologi*, 12(1), pp.21–31.
- Arianti Putri, M. & Suhartiningsih, S., 2020. Pembinaan kader lansia dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan lansia. *Journal of Community Engagement in Health*, 3(2), pp.304–308. Available at: <https://jceh.org/index.php/JCEH/article/view/84/79>.
- Ariyanti, R., Preharsini, I.A. & Sipolio, B.W., 2020. Edukasi Kesehatan Dalam Upaya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Hipertensi Pada Lansia. *To Maega : Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 3(2), p.74.
- Asari, H.R.V. & Helda, H., 2021. Hubungan Obesitas dengan Kejadian Hipertensi pada Lansia di Posyandu Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas PB Selayang II Kecamatan Medan Selayang, Medan. *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia*, 5(1), pp.1–8.
- Atmojo, J.T. et al., 2021. Pemeriksaan Kadar Asam Urat Dan Konseling Di Kelurahan Bercak Wonosamudro Boyolali Jawa Tengah. *Jurnal Empathy Pengabdian Kepada Masyarakat*, 2(2), pp.108–114.
- Badaruddin, B. & Betan, A., 2021. Fungsi Gerak Lansia dengan Tingkat Kemandirian Lansia. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(2), pp.605–609.
- Edward Waroka, Qori Fadillah, E., 2022. Gambaran Diagnostik dan Penatalaksanaan Gastroenteritis Dehidrasi Ringan-Sedang Pasien Anak Rawat Inap di Rumah Sakit Royal Prima Tahun 2021. *Jurnal Pendidikan dan Konseling*, Volume 4 N(2), p.79.
- Oktaviani, E., Noor Prastia, T. & Dwimawati, E., 2022. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Pra Lansia Di Puskesmas Bojonggede Tahun 2021. *Promotor*, 5(2), pp.135–147.
- PPNI, T.P., 2017. *SDKI*

PPNI,

Ramadhani, T., 2021. Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Rheumatoid Arthritis Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis Di Des Cukurkondang Grati Kabupaten Pasuruan. , p.6.Sarida, M. & Hamonangan, D., 2020. *Buku Gerontik,*

Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)* 1st ed., Jakarta: PersatuanPerawat Indonesia.

Wijayanti, H.N. & Khadijah, S., 2021. Pengaruh Senam Lansia terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Lansia Pendahuluan Kawasan Asia tenggara populasi kabupaten / kota di DIY pada tahun Menurut Profil Kesehatan Kab / Kota Fungsi fisiologis pada saat bertambahnya umur mengalami penurunan akibat p. *Jurnal Kebidanan Harapan Ibu Pekalongan*, 8(1), pp.18–23. Available at: <http://akbidhipekalongan.ac.id/ejournal/index.php/jurbidhip/article/view/117/123>.

RIWAYAT HIDUP



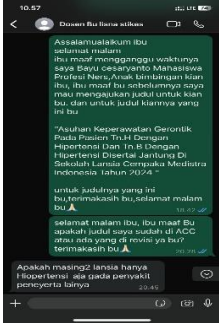
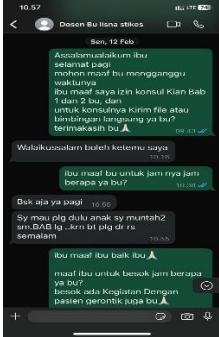
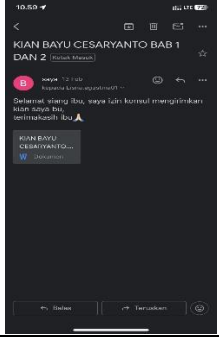

1. DATA PRIBADI

Nama Lengkap : Bayu Cesaryanto S.Kep
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Tempat, Tanggal Lahir : Ulu Krui, 24 Agustus 2000
No Hp : 082282314722
Agama : Islam
E-Mail : bayucesaryanto@gmail.com
Alamat : Perum Pondok Afi 2, Blok GG 10 No 10

1. PENDIDIKAN FORMAL

2006-2013 : MIN 1 Krui Pesisir Barat
2013-2016 : SMPN 1 Pesisir Tengah Krui Pesisir Barat
2016-2019 : SMAN 1 Pesisir Tengah Krui Pesisir Barat
2019-2023 : STIKes Medistra Indonesia (S1 Ilmu Keperawatan)
2023-2024 : STIKes Medistra Indonesia (Profesi Ners)

LAMPIRAN BIMBINGAN

Hari/Tanggal	Catatan	Bukti Bimbingan
Selasa, 06 Februari 2024	Mengajukan judul dan membuat BAB 1	
Senin, 12 Februari 2024	Konsul BAB 1 dan Bab 2	
Selasa, 13 Februari 2024	Revisian BAB 1 dan 2	
Minggu, 10 Maret 2024	Konsul Bab 3	OFFLINE
Senin, 11 Maret 2024	Konsul revision kian BAB 1-4	OFFLINE
Kamis, 14 ,Maret 2024	Konsul BAB 1 dan 5	

Minggu, 17 Maret 2024	Kontrak Waktu untuk sidang tanggal 19 maret 2024	
Rabu, 3 Juli 2024	Revisian Kian dengan dosen pembimbing setelah sidang	
Kamis, 4 Juli 2024	Revisian kian dengan dosen penguji setelah sidang	