

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.J DENGAN
HIPERTENSI DIDESA BANYUMENENG KRAJAN LOR RT 05
RW 05 MRANGGEN DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun oleh :

Nadiatul Aulia

40901800064

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG 2021



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.J DENGAN
HIPERTENSI DIDESA BANYUMENENG KRAJAN LOR RT 05
RW 05 MRANGGEN DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun oleh :

Nadiatul Aulia

40901800064

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG 2021

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan dengan sebenarnya mengatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan ketentuan yang berlaku di fakultas ilmu keprawatan universitas islam sultan agung. Jika kemudian hari saya melakukan tindakan plagiarism, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menrima sanksi yang dijatuhkan oleh universitas islam sultan agung semarang.

Semarang, 31 mei 2021



(Nadatul Aulia)



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :

**Asuhan Keperawatan pada Tn. J dengan Hipertensi di Desa Banyumeneng Krajan
Lor RT.02/RW.05 Mranggen Demak**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Nadiatul Aulia

NIM : 40901800064

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan penguji karya tulis ilmiah prodi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 24 Mei 2021

Semarang, 25 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep

NIDN.06-0901-8004

HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan tim penguji karya tulis ilmiah prodi DIII keperawatan FIK unissula pada kamis Tanggal 28 mei 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan tim penguji

Semarang,9 juni 2021

Penguji 1

Ns. Moch Aspihan, M.Kep. Sp.Kep.Kom.

NIDN.06-1305-7605



Penguji 2

Iwan Ardian.SKM,M.Kep

NIDN.06-2208-7403



Penguji 3

Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep

NIDN.06-0901-8004



Mengetahui



Iwan Ardian , SKM., M.Kep

NIDN.0622087403

MOTTO

Semua masa pasti ada orangnya dan semua orang pasti ada masanya ,Jadilah pemenang untuk dirimu sendiri .

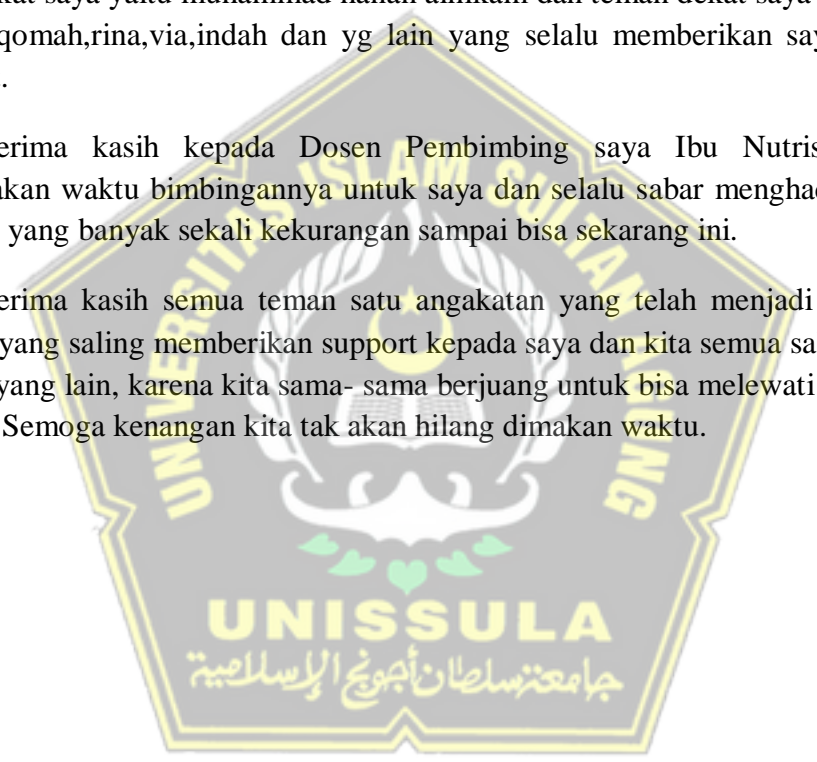


HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya tulis ini saya persembahkan untuk orangtua saya (Bapak Jami'an dan Ibu Sumartin) tercinta yang paling saya sayangi dan saya banggakan yang selalu mendoakan dan selalu memberi motivasi serta dukungan yang sangat tulus untuk saya. Karena berkat doa restu yang diberikan orang tua saya, saya dapat melaksanakan menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan sebaik baiknya. Terima kasih untuk Bapak dan Ibu yang selalu meluangkan waktunya untuk mendengarkan keluh kesah yang selama ini saya rasakan. Bapak dan Ibu yang selalu berkerja keras mencarikan nafkah untuk membiayai saya selama saya kuliah di universitas islam sultan agung dan Ibu yang selalu memberikan dukungan, doa tiada henti untuk putrinya ini. Dan tak lupa saya berterima kasih pada teman dekat saya yaitu muhammad hanan alhikam dan teman dekat saya waktu dikampus yaitu istiqomah,rina,via,indah dan yg lain yang selalu memberikan saya kekuatan dan semangat.

Terima kasih kepada Dosen Pembimbing saya Ibu Nutrisia yang selalu menyediakan waktu bimbingannya untuk saya dan selalu sabar menghadapi tugas karya tulis saya yang banyak sekali kekurangan sampai bisa sekarang ini.

Terima kasih semua teman satu angkatan yang telah menjadi teman, sahabat, keluarga yang saling memberikan support kepada saya dan kita semua saling menguatkan satu dan yang lain, karena kita sama- sama berjuang untuk bisa melewati sidang dan lulus bersama. Semoga kenangan kita tak akan hilang dimakan waktu.



KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Sholawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada Nabi Besar Muhammad SAW kepada keluarganya, sahabatnya, hingga kepada umatnya sampai akhir zaman.

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. J dengan hipertensi didesa banyumeneng krajan lor RT.02/RW.05 mranggen demak”.

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari kesulitan dan kendala, namun berkat dukungan, bimbingan, saran dan kerjasama dari berbagai pihak akhirnya penulis mampu menyelesaikan dengan baik. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Drs. H.Bedjo Santoso, M.T., Ph.D, Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian, SKM., M. Kep, Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Muh. Abdurrouf., M. Kep selaku Kaprodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah saya yang senantiasa bijaksana dan bersabar dalam memberikan bimbingan, semangat, nasehat, kepercayaan dan waktunya selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Tim penguji KTI yaitu Ns. Moch Aspihan, M.Kep. Sp.Kep.Kom. Iwan Ardian.SKM,M.Kep dan Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep yang telah menguji karya tulis ilmiah ini dan memberikan saran yang sangat membangun untuk kedepannya.
6. Seluruh dosen pengajar dan staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan berbagai ilmu selama masa perkuliahan hingga dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Keluarga PM.J didesa banyumeneng krajan lor RT.02/RW.05 mranggen demak yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk praktek disana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah saya peroleh dari kampus sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Terimakasih kepada orang tua saya Bapak Jami'an dan Ibu Sumartin tercinta atas limpahan doa, susah payah, kerja keras dan kesabaran yang ikhlas serta berjuang demi masa depan dan kesuksesan penulis dan tidak pernah berhenti memberikan semangat dan motivasi dalam proses penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Terimakasih kepada teman dekat saya Muhammad Hanan Alhikam yang selalu memberikan semangat dan support kepada saya untuk segera menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

10. Terimakasih juga kepada teman terdekat saya dikampus yaitu Istiqomah ,Rina Nazilatur Rahma,Octavia Nurul Chasanah,Indah Khoiriyatus dan juga teman dekat saya yang lainnya yang sudah membantu dan memberi saya semangat dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
11. Seluruh keluarga yang telah mendoakan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan tepat waktu.
12. Teman se-Departemen gerontik yang selalu memberikan semangat dan motivasi dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Teman-teman DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung angkatan 2018 yang saling mendukung dan memberikan motivasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
14. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuan dan kerjasamanya yang telah diberikan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

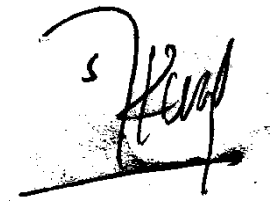


Semoga Allah senantiasa memberikan balasan yang berlipat ganda kepada semua pihak yang telah dengan ikhlas membantu dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini. Dengan senang hati penulis menerima jika ada kritik maupun saran yang membangun demi perbaikan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini. Penulis pasrahkan kepada Allah semoga penulisan karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat khususnya bagi penulis serta bagi kita semua. Aamiin

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Semarang, 2021

Penulis



Nadiatul Aulia



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGAIRISME	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
MOTTO.....	v
HALAMAN PERSEMBAHAN ..	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakan masalah.....	1
B. Tujuan studi kasus	3
C. Manfaat studi kasus.....	3
BAB II KONSEP DASAR.....	5
A. Konsep dasar lansia.....	5
1. Pengertian lanjut usia ..	5
2. Aging proses	5
3. Penurunan fungsi lansia.....	5
4. Penyakit yang terjadi pada lansia	7
5. Konsep asuhan keperawatan pada lansia.....	7
1. Pengkajian.....	11
2. Diagnosa keperawatan.....	17
3. Intervensi.....	17
4. Implementasi.....	18

5. Evaluasi	18
6. Konsep penatalaksanaan	19
B. Konsep dasar penyakit	19
1. Pengertian.....	20
2. Etiologi.....	20
3. Patofisiologi	20
4. Manifestasi klinis.....	21
5. Pemeriksaan diagnostik	21
6. Komplikasi.....	22
BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN	24
A. Hasil studi kasus	24
1. Pengkajian keperawatan.....	24
2. Analisa data	26
3. Diagnosa keperawatan .	27
4. Intevensi keperawatan .	27
5. Implementasi keperawatan.....	28
6. Evaluasi keperawatan ..	30
BAB IV PEMBAHASAN	32
A. Pengkajian	32
B. Diagnosa keperawatan	33
1. Gangguan rasa nyaman (nyeri)	33
2. Resiko jatuh.....	34
BAB V PENUTUP.....	37
A. Kesimpulan	37
B. Saran	38
DAFTAR PUSTAKA	39
LAMPIRAN	42

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Kesediaan Membimbing
- Lampiran 2. Surat Kesediaan Konsultasi
- Lampiran 3. Lembar Konsultasi
- Lampiran 4. Leaflet hipertensi
- Lampiran 5. Lembar Asuhan Keperawatan



BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar belakang masalah

Masyarakat tidak asing lagi dengan penyakit yang 95% di derita kaum laki-laki maupun kaum perempuan yaitu hipertensi, Hipertensi merupakan penyakit yang tidak menular yaitu peningkatan pada tekanan darah yang berada diatas nilai normal rata-rata. Menurut Nurarif A.H. & Kusuma H. (2016), tekanan darah tinggi merupakan peningkatan tekanan darah sistolik berkisar 140 mmHg dan tekanan diastolik berkisar 90 mmHg.

Hipertensi yaitu masalah yang harus diperhatikan dan perlu diwaspadai, karena jarang sekali ada tanda dan gejala khusus yang muncul pada kasus penyakit ini, ada banyak orang masih merasa sehat sekali untuk beraktivitas seperti biasa karna penyakit hipertensi ini tidak menimbulkan gejala kecuali pada saat kambuh saja. Hal ini yang dapat membuat tekanan darah tinggi sebagai silent killer menurut (Kemenkes, 2018), banyak orang akan sadar saat memiliki penyakit ini ketika tanda dan gejala yang penderita rasakan semakin parah dan sering merasa sakit kepala, segera periksa ke pelayanan kesehatan terdekat.

Menurut (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013) prevalensi tekanan darah tinggi di wilayah negara Indonesia di peroleh dari pengukuran penduduk sekitar usia ≥ 18 tahun adalah 25,8%. (Kemenkes.RI, 2014), mengatakan bahwa tekanan darah tinggi sekarang ini cukup masih jadi sebuah tantangan yang cenderung serius di negara Indonesia.

Prevalensi total tekanan darah tinggi paling tinggi pada negara Indonesia dapat kita lihat bisa merujuk pada letak provinsi maka, sekitar tahun 2013 silam prevalensi angka kejadian tekanan darah tinggi paling tinggi ada di wilayah Bangka Belitung sekitar 30,9% dan prevalensi angka kejadian tekanan darah tinggi paling rendah ada di wilayah Papua sekitar 16,8%.

Penyakit darah tinggi adalah penyakit umum yang biasa diderita pada lansia, atau biasa disebut dengan penyakit degeneratif, penyakit degeneratif adalah penyakit yang terjadi karena adanya perubahan pada sel-sel tubuh yang akhirnya mempengaruhi fungsi organ secara menyeluruh. Menurut Bustan Nadjib (2015) tekanan darah bisa saja

meningkat sesuai umur dan biasa dimulai sejak sekitar umur 40 tahun, bisa juga darah tinggi meningkat karena adanya faktor banyak pikiran.

Namun saat ini darah tinggi tidak hanya terjadi pada usia diatas 40 tahun saja, tetapi usia dewasa muda bisa memiliki penyakit hipertensi. Meski pada umumnya mereka memiliki kondisi yang sehat dan vit atau cenderung baik, sekarang ada banyak sekali orang dewasa mengalami peningkatan masalah kesehatan dikarenakan faktor tertentu.

Faktor lain biasanya dapat menyebabkan terjadinya penyakit darah tinggi pada lanjut usia yaitu bisa dengan gaya hidup mereka, seperti biasa mengonsumsi junkfood, sering merokok, sering mengonsumsi alkohol terutama dikalangan anak muda jaman sekarang, dan olahraga yang kurang bahkan tidak pernah olahraga. Pada makanan tersebut yaitu junkfood yang sangat tinggi kalori, sangat tinggi lemak, rendah serat, dan tinggi natrium (Ridwan & Nurwanti, 2013).

Tinggi lemak dan tinggi natrium bisa menjadi salah satu penyebab darah tinggi, selanjutnya pada rokok juga terdapat suatu kandungan nikotin gunanya dapat memicu kelenjar adrenal melepaskan epinefrin yang bisa menyebabkan terjadinya penyempitan pada pembuluh darah dan bisa membuat jantung bisa memompa sangat berat di sebabkan tekanan yang lebih tinggi (Murni dalam Andrea G.Y., 2013).

Mengonsumsi alkohol juga bisa meningkatkan keasaman darah yang dapat membuat darah bisa menjadi sangat kental dan jantung bisa menjadi lebih berat saat memompa (Komaling J.K., Suba B., Wongkar D., 2013).

Maka menurut uraian latar belakang diatas, penulis tertarik untuk mengadakan penelitian ini di Desa Banyumeneng Mranggen Demak pada program prolanisnya untuk mengetahui bagaimana tingkat kepatuhan penderita darah tinggi atau hipertensi terhadap self management diri memonitoring penyakit yang sedang dialaminya, selain itu karena 2020 angka kejadian paling tinggi kasus darah tinggi atau hipertensi maka tujuan penelitian untuk dapat mengetahui “asuhan keperawatan pada Tn.j Penderita Hipertensi di Desa Banyumeneng Mranggen Demak”.

B. Tujuan studi kasus

1. Tujuan umum

Menggambarkan asuhan keperawatan pada lansia Tn.J dengan hipertensi di Desa Banyumeneng Mranggen Demak.

2. Tujuan khusus

- a. Untuk mengidentifikasi pengkajian pada Tn.J di Desa Banyumeneng Mranggen Demak.
- b. Untuk mengidentifikasi diagnosa keperawatan pada Tn.J di Desa Banyumeneng Mranggen Demak.
- c. Untuk mengidentifikasi intervensi keperawatan pada Tn.J di Desa Banyumeneng Mranggen Demak.
- d. Untuk mengidentifikasi implementasi keperawatan pada Tn.J di Desa Banyumeneng Mranggen Demak.
- e. Untuk mengidentifikasi evaluasi keperawatan pada Tn.J di Desa Banyumeneng Mranggen Demak.

C. Manfaat studi kasus

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi:

1. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan dapat menjadikan bahan referensi untuk mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan dengan darah tinggi atau hipertensi khususnya D3 keperawatan fakultas ilmu keperawatan.

2. Bagi profesi

Diharapkan mampu meningkatkan kemampuan dalam bidang studi keperawatan dan dapat memberikan asuhan keperawatan darah tinggi atau hipertensi.

3. Bagi Lahan praktik

Bisa digunakan sebagai landasan dalam memberikan asuhan keperawatan pada lanjut usia dengan darah tinggi atau hipertensi.

4. Bagi masyarakat

Dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan dalam penatalaksanaan dan pengelolaan asuhan keperawatan pada lanjut usia dengan darah tinggi atau hipertensi.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep dasar lansia

1. Pengertian lanjut usia

Menurut (cabrera,2015) Lanjut usia merupakan tahap akhir dalam suatu proses kehidupan yang banyak terjadi pada penurunan dan pada perubahan fisik, psikologi, sosial yang dapat berhubungan satu dengan yang lain, sehingga dapat berpotensi dan bisa menimbulkan masalah yaitu kesehatan fisik maupun jiwa pada lansia. menurut (susilo,2017) Lansia bisa mengalami suatu penurunan biologis secara menyeluruh, mulai dari penurunan tulang, penurunan massa otot yang dapat menyebabkan lansia bisa mengalami suatu penurunan keseimbangan yang dapat berisiko tinggi lansia dapat tejatuh.

Berdasarkan UUD Nomor 13 tahun 1998 Pasal 1 Ayat 2 tentang Kesejahteraan Lansia, lanjut usia adalah seseorang yang umurnya sudah diatas 60 tahun, menurut (Artinawati, 2014).

2. Aging proses

Proses menua adalah suatu proses biologis yang tidak dapat dihindari setiap orang yang sudah mengalami masa tua nya, sifatnya sangat berkesinambungan dan seterusnya akan terjadi. Lanjut usia dapat mengalami banyak penurunan aktivitas yang biasa disebabkan pada kelemahan fisik, mental, psikologi, dan keterbatasan mobilitas nya atau gerak nya, dan penurunan status sosial nya (Swedarma et al, 2015).

Proses menua bisa ditandai dengan proses hilangnya salah satu kemampuan jaringan yang dapat memperbaiki diri atau mengganti dan dapat mempertahankan fungsi normalnya sehingga tubuh tidak akan mampu bertahan terhadap infeksi dan tubuh tidak akan mampu memperbaiki kerusakan yang telah diderita (Azizah, 2011).

3. Penurunan fungsi lansia

Orang yang sudah memasuki masa tua nya pada lanjut usia ini akan mengalami banyak sekali perubahan yang ada pada dirinya yaitu (Sunaryo et al, 2016):

- a. Perubahan pada fisik

Banyak perubahan sel yang dapat terjadi yaitu sejumlah sel pada lanjut usia berubah menjadi lebih sedikit, jumlah cairan yang ada pada tubuh lanjut usia berkurang tapi ukuran akan semakin besar, kira-kira berat sel berkurang 5-10%.

b. Perubahan pada sistem sensorik

Penglihatan yang terjadi Pada proses menua akan terjadi pada perubahan fungsi mata dan pada penglihatan yaitu lanjut usia bisa terjadi kesulitan saat membaca banyak huruf kecil dan saat melihat dan saat membaca dari jarak pandang yang jauh dan jarak pandang yang paling dekat, penurunan pada ukuran pupil, dan perubahan warna bisa menimbulkan katarak sehingga penglihatan dapat berubah menjadi kabur, dan penurunan pada produksi air mata.

Kehilangan pendengaran yang biasa disebut prebiakusis adalah, perubahan yang biasa terjadi contoh saat penurunan suatu fungsi sensorineural pada telinga yang dalam yang dapat menyebabkan lanjut usia bisa kehilangan pendengarannya, pada telinga lanjut usia bagian dalam sering terjadi pengapuran pada tulang pendengaran dan pada otot serta pada ligament menjadi lemah dan kaku pula, pada telinga bagian luar itu kulit bisa menjadi kering dan tipis hingga dapat menyebabkan gangguan pada konduksi suara. Sekitar 50% banyak terjadi pada lanjut usia yang sudah berusia >60 tahun.

Perubahan perabaan di indra perabaan dapat dipengaruhi dengan perubahan pada penglihatan dan perubahan pada pendengaran seperti kehilangan proprioseptif dan sensasinya.

Perubahan pengecapan dapat terjadi pada indra pengecapan yaitu kerusakan pada papila sehingga pada sistem sensitivitas di lidah yakni merasa berkurang (manis, pahit, asam, dan asin).

Penurunan penciuman dan kehilangan pada sensasi penciuman sehingga dapat terjadi penurunan sensitivitas pada lanjut usia.

4. Penyakit yang terjadi pada lansia

Menurut yunita (2010).terdapat 74% penduduk lanjut usia yang dapat menyebabkan tingkat kemandiriannya dan aktivitasnya berkurang yaitu pada penderita penyakit kronik,ada penyakit yang bisa mempengaruhi akan kestabilan pada psikologis, mandiri, dan kemampuan saat lansia melakukan aktivitas yaitu :

- a. Diantaranya , yaitu : Diabetes mellitus, infeksi pada pernafasan, tumor ganas, Tuberkulosis, cardio dan tekanan darah tinggi.
- b. Kondisi tubuh lanjut usia dapat mengalami penurunan seperti pada kemampuan saat melihat, saat mendengar, moralitas dan stabilitas makin menurun.
- c. jiwa nya dapat terganggu, setelah mengalamai penyakit stroke.
- d. Tidak bisa mengatur pola eliminasi urine.

5. Konsep asuhan keperawatan pada lansia

- a. Pengertian keperawatan gerontik

Gerontologi merupakan suatu ilmu yang dapat mempelajari proses penuaan dan masalah yang bisa saja terjadi pada lanjut usia (Potter & Perry, 2013). Gerontologi yaitu suatu pendekatan ilmiah dari berbagai macam aspek proses penuaan, yakni kesehatan, sosial, ekonomi, perilaku, lingkungan, dan lain sebagainya. Sehingga bisa disimpulkan yakni gerontologi adalah keilmuan yang dapat mempelajari tentang proses penuaan dari berbagai macam aspek terkait individu lanjut usia.

Miller (2012) mengatakan bahwa keperawatan lansia yaitu ilmu yang dapat mempelajari tentang keperawatan lansia dan fokus mulai dari pengkajian kesehatan sampai dengan evaluasi.

- b. Peran perawat gerontik

- 1 Perawat sebagai Direct Care Giver

Dalam hal ini Peran perawat dalam memberikan perawatan langsung pada lanjut usia diberbagai situasi kondisi. Pada umumnya, lanjut usia sering sekali menunjukkan gejala khas mereka, namun sulit sekali dimengerti pengucapannya, bagi perawat yang menjadi tantangan saat menentukan diagnosis dan saat penanganan yang sangat tepat. Oleh karena itu, perawat bertugas sebagai penyedia perawatan dan harus mengetahui segala proses penyakit nya dan gejala yang selalu terlihat pada lanjut usia dengan mencakup pengetahuan tentang faktor risiko tersebut, tanda dan gejala nya, penanganan medis nya yang biasanya dilakukan, rehabilitasi, dan perawatan yang dibutuhkan pada akhir usia (Hindle & Coates, 2011).

2 Perawat sebagai advokator

Peran perawat sebagai advokasi pasien adalah perawat mampu memberikan perlindungan terhadap pasien, keluarga pasien, dan orang – orang disekitar pasien. Hal ini didukung dengan hasil penelitian Umasugi (2018) bahwa perawat sebagai pelindung bagi dirinya, perawat mampu bertahan dalam lingkungan yang aman dan nyaman dan berani mengambil suatu tindakan untuk mencegah terjadinya kecelakaan yang sangat tidak diinginkan dari hasil pengobatan, contohnya mencegah terjadinya alergi terhadap efek pengobatan dengan memastikan bahwa pasien tidak memiliki riwayat alergi. Salah satu untuk mencegah terjadinya hal – hal yang merugikan pasien perawat harus saling berkoordinasi dengan adanya standar komunikasi yang efektif dan terintegrasi dalam kegiatan timbang terima yang dilakukan untuk mencegah terjadinya kesalahan (Alvaro et al. 2016 dalam Triwibowo & Zainuddin 2016).

Peran advokasi perawat terhadap pasien juga terlaksana dalam pemberian penjelasan tindakan prosedur dalam informed consent berperan sebagai pemberi informasi, pelindung, mediator, pelaku dan pendukung (Tri Sulistiyowati, 2016).

3 Perawat sebagai Edukator

Perawat yang berperan sebagai edukator memiliki kewajiban untuk memberiinformasi mengenai status kesehatan klien kepada klien serta keluarga klien danmembantu klien mencapai perawatan diri sesuai kemampuannya (Potter, Perry, Stockert & Hall, 2013). Hal ini dapat dilakukan dengan cara menunjukkan prinsip, prosedur, dan teknik dalam pemeliharaan kesehatan kepada lansia. Menurut Tabloski(2014), perawat dapat melakukan edukasi mengenai beberapa hal kepada lansiaseperti deteksi penyakit, memberikan edukasi tentang penuaan yang sehat, pengobatan terhadap penyakit, dan rehabilitasi kepada lansia serta keluarganya. Selain itu, perawat edukator dapat juga berpartisipasi dalam ranah pendidikan hinggamemberikan pelatihan untuk perawat. Memberikan edukasi kepada lansia menjadi tantangan tersendiri bagi

perawat. Hal ini dikarenakan lansia mengalami cognitive aging yang mempengaruhi proses belajar (Miller, 2012). Sehingga, perawat perlu menyesuaikan metode dan bahan edukasi agar edukasi yang diberikan dapat dimengerti dengan baik oleh lansia. Apabila lansia tidak dapat diberikan edukasi, maka edukasi diberikan kepada keluarganya.

4 Perawat sebagai Manajer

Perawat sebagai manajer bertanggung jawab dalam memberikan lingkungan yang positif serta profesional di rumah sakit atau komunitas agar terwujudnya pelayanan yang berkualitas. Selain itu, perawat sebagai manajer juga harus mampu memimpin dan mengelola tim klinis yang dibentuk. Mauk (2014).

5 Perawat sebagai Praktisi Independen

Praktisi independen artinya perawat melakukan praktik keperawatan secara mandiri. Menurut Tabloski (2014), parameter praktik keperawatan dapat berbeda disetiap negara namun perawat harus memiliki kode etik profesi dan standar praktik keperawatan yang berlaku untuk menunjukkan kompetensi perawat. Menurut Undang-Undang No. 38 tahun 2014, untuk membuka praktik keperawatan mandiri, perawat harus memiliki Surat Izin Praktik Perawat (SIPP) yang berlaku selama STR masih berlaku. Contoh praktik mandiri dalam keperawatan gerontik ialah membuka praktik perawatan luka, menerima kontrol perawatan untuk lansia, dan lain-lain.

6 Perawat sebagai Konselor

Perawat gerontik sebagai konselor bertugas membantu pasien mengidentifikasi dan mengklarifikasi masalah kesehatan dan memilih tindakan-tindakan yang tepat untuk menyelesaikan masalah tersebut (Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2013). Contoh peran ini, yaitu perawat membantu mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan lansia melalui konsultasi kesehatan berkelanjutan, membantu keluarga pasien memutuskan apakah perlu lansia dimasukkan ke panti, memberikan arahan terkait biaya perawatan lansia yang sesuai

dengan kebutuhan danlain-lain. Seperti halnya pada peran sebagai advokator, seorang perawat konselortidak membuat keputusan untuk klien namun membiarkan klien memilih keputusan terbaiknya.

7 Perawat sebagai Kolabolator

Kolaborasi atau bekerja dalam upaya gabungan dengan semua pihak yangterlibat dalam perawatan perlu mengembangkan rencana yang dapat diterima bersama demi tercapainya tujuan bersama (Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2013).Contoh peran ini, seperti praktisi perawat berada pada tim perawatan berbasis rumah yang sudah kolaborasi dengan dokter untuk dapat memberikan layanan perawatan primer pada pasien lanjut usia yang sangat berisiko tinggi (Touhy & Jett, 2014).

8 Perawat sebagai Peneliti

Perawat peneliti adalah pemimpin dalam memperluas pengetahuan dalam bidang keperawatan dan disiplin perawatan kesehatan lainnya. Tugas mereka adalahmemberikan bukti praktik untuk memastikan perawat memiliki bukti terbaik untukmendukung praktik mereka. Selain itu perawat peneliti juga menyelidiki masalahuntuk memperluas asuhan keperawatan, mengurangi atau memperluas cakupan praktik keperawatan (Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2013). Contoh peran ini, yaitu perawat mengembangkan penelitian mengenai metode perawatan yang cocok untuk pasien lansia dengan penyakit kronik tertentu, membantu mengembangkan teori keperawatan modern yang sesuai dengan kondisi saat ini, dan lain-lain.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan, saat pengkajian perlu perhatikan data-data mendasar klien,kemudian informasi yang diinginkan dari klien tersebut (Iqbal dkk, 2011).

- a. Biodata klien
- b. Riwayat pada Keluarga Pasangan klien ,Status kesehatan pasangan klien, Umur, dan Pekerjaan pasangan klien.

- c. Riwayat kerja klien ,Status kerja klien sebelumnya dan saat ini, Sumber pendapatan dan kecukupan klien akan kebutuhan klien.
- d. Riwayat lingkungan hidup klien.
- e. Riwayat Rekreasi dan hobi klien.
- f. Sumber pendukung yang digunakan yaitu Dokter saat dirumah sakit ,Saat Kontrol kesehatan,Pelayanan kesehatan terdekat,Dan Pelayanan kesehatan saat di rumah.
- g. Riwayat kesehatan klien sekarang meliputi Penyakit dan keluhan yang dirasakan klien akhir-akhir ini,nama obat,dosis,penggunaan serta diit yang dikonsumsi klien sekarang.
- h. Riwayat Alergi
- i. obat-obatan, makanan, atau faktor lingkungan.
- j. Riwayat untuk meningkatkan dan menurunkan BB klien.
- k. IMT dan pola makan klien.
- l. Pola istirahat dan gangguan tidur yang klien sering alami.
- m. Riwayat kesehatan lalu.
- n. Riwayat penyakit waktu kecil, trauma,dan pembedahan.
- o. Riwayat genogram klien.
- p. Pada kali ini penulis akan melakukan pemeriksaan fisik mulai dari kepala sampai kaki klien dengan menerapkan metode auto dan allo anamnesa dan juga Inpeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi serta ikuti pemeriksaan TTV : TD, Nadi, Suhu, dan Respiratory Rate:
 - a) Kepala
 - b) Dada
 - c) Abdomen
 - d) Ekstremitas

Pengkajian pada lansia

- a. Pengkajian status fungsional menggunakan pemeriksaan index katz (Kholifah, 2016).

Skor	Kriteria
------	----------

A	Melakukan sendiri dalam Bathing, Dressing, Toileting, Continece dan Feeding.
B	Melakukan sendiri dalam kegiatan sehari-harinya, kecuali salah satu fungsi diatas.
C	Melakukan sendiri dalam kegiatan sehari-hari, kecuali Bathing dan salah satu fungsi lain.
D	Melakukan sendiri dalam kegiatan sehari-hari, kecuali Bathing, Dressing dan salah satu fungsi lain.
E	Melakukan sendiri dalam kegiatan sehari-hari, kecuali Bathing, Dressing, Toileting dan salah satu fungsi lain.
F	Melakukan sendiri dalam kegiatan sehari-hari, kecuali Dressing, Toileting dan salah satu fungsi lain.
G	Melakukan sendiri dalam kegiatan sehari-hari, kecuali Bathing dan salah satu fungsi lain.
Lain-lain	Bisa Tergantung pada sedikitnya dua fungsi tersebut, tapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C, D, E atau F

Pemeriksaan indeks katz diatas dapat dinilai sesuai kondisi lansia.

b. Pemeriksaan Barthel Indeks

Indeks Barthel adalah indeks indepenensi sederhana yang digunakan untuk menilai kemampuan lansia untuk melakukan kegiatan (Radityo et al., 2020).

Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Keterangan
Saat Makan	5	10	Frekuensi nya, Jumlah nya, Jenis nya,
Saat Minum	5	10	Frekuensi nya,

			Jumlah nya, Jenis nya,
Saat Berpindah nya dari kursi roda ke tempat tidur	5-10	10	
Personal toilet, saat cuci muka, menyisir rambut, serta gosok gigi	0	5	
Saat Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, serta menyekat tubuh, menyiram)	0	5	Frekuensi nya
Mandi	5	10	
Jalan waktu di permukaan datar	0	5	Frekuensi nya
Waktu Naik dan turun tangga	5	10	
Saat berpakaian	5	10	
Kontrol (BAB)	5	10	Frekuensi nya, Konsistensi nya.
Kontrol Bladder (BAK)	5	10	Frekuensi nya, Warna nya.
Berolahraga	5	10	Frekuensi nya, Jenis nya.
Rekreasi	5	10	Frekuensi nya, Jenis nya.

Keterangan :

120 : Mandiri

65-115 : Ketergantungan sebagian

≤ 60 : Ketergantungan total

c. Pengkajian status kognitif

- 1) Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) adalah cara pengkajian untuk menilai fungsi intelektual lansia (Kholifah, 2016).

Benar	Salah	No	Pertanyaan
		1.	Hari ini tanggal berapa?
		2.	Sekarang hari apa?
		3.	nama tempat ini apa?
		4.	Dimana tempat tinggal anda?
		5.	Usia anda berapa?
		6.	Anda lahir tahun berapa?
		7.	Sebutkan nama presiden saat ini?
		8.	Sebutkan nama presiden sebelumnya?
		9.	Sebutkan nama ibu anda?
		10.	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru secara menurun
Jumlah nilai			

Interpretasi hasil :

Salah 0-3 : fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : kerusakan intelektual ringan

Salah 6-8 : kerusakan intelektual sedang

Salah 9-10 : kerusakan intelektual berat

- 2) Mini Mental State Exam (MMSE) adalah salah satu pengkajian lansia agar dapat menilai aspek kognitif meliputi fungsi mental klien, orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat kembali serta bahasa (Kholifah, 2016).

Nilai Maksium	Nilai Pasien	Kriteria
Orientasi		
5		sebutkan jawaban yang benar meliputi hari,tanggal, musim tahun, musim, bulan, dan hari apa sekarang?
5		Menyebutkan dengan benar meliputi negara, propinsi, kota, panti, dan berada di ruang mana?
Registrasi		
3		Menyebutkan dengan benar 3 objek selama 1 detik untuk mengatakan setiap objek. Ulangi ketiga objek tadi untuk disebutkan.
Perhatian dan Kalkulasi		
5		Pilihlah dengan tujuh huruf contohnya “tulisan”, berhenti setelah lima huruf. Dilanjutkan apakah lansia masih ingat huruf lanjutannya.
Mengingat		
3		Minta untuk mengulangi ketiga objek tadi yang telah disebutkan. Beri 1 poin pada masing-masing objek.
Bahasa		
9		a) Tunjukkan kepada lansia benda serta tanyakan apakah benda tersebut. b) Minta lansia untuk megulangi kata berikut “tidak ada jika, dan, atau, tetapi”. Bila benar 1 poin.

		<p>c) Minta lansia untuk mengikuti perintah berikut “ambil kertas, lipat dua, taruh dilantai”.</p> <p>d) Perintahkan lansia untuk aktivitas berikut “tutup mata anda, tuliskan satu kalimat, dan salin gambar”.</p>
--	--	---

Interpretasi hasil :

>23 : aspek kognitif dari fungsi mental baik

18-22 : Kerusakan aspek fungsi mental ringan

>17 : Kerusakan aspek fungsi mental berat

2. Diagnosa keperawatan

Sesuai hasil pengkajian dan penelitian yang didapatkan dari standar diagnosa keperawatan indonesia dengan masalah hipertensi tim pokja SDKI sebagai berikut:

- a. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan gejala penyakit.
- b. Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun.

3. Intervensi

Standar intervensi keperawatan adalah standar profesi keperawatan untuk menentukan dan menjalankan praktik keperawatan sesuai dengan diagnosa yang mencakup perencanaan keperawatan seperti level praktik, kategori, upaya kesehatan, berbagai jenis klien dan jenis intervensi tim pokja SIKI (2018). Intervensi keperawatan sesuai dengan diatas adalah :

- a. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan gejala penyakit Intervensi keperawatan :
 - 1) Manajemen nyeri
 - a. Identifikasi skala nyeri
 - b. Berikan terapi nonfarmakologis agar nyeri berkurang.
 - c. Ajarkan teknik nonfarmakologis
 - 2) Terapi relaksasi
 - a. Anjurkan mengambil posisi nyaman
 - b. Anjurkan teknik yang dipilih dan mengulangi.

- b. Risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun intervensi keperawatan:

- 1) Pencegahan jatuh
 - a. Identifikasi faktor risiko jatuh
 - b. Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh
 - c. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
 - d. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
 - e. Atur tempat tidur mekanis pada posisi rendah

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan proses keputusan awal dalam pemecahan masalah tentang apa yang ingin dilakukan, bagaimana dilakukannya, kapan dilakukannya, rasa pusing, penglihatan mata kabur, dan rasa sakit pada dada, serta mudah sekali lelah dan lain sebagainya (Depkes RI, 2013).

Upaya pencegahan yang dapat dilakukan pada pasien hipertensi atau darah tinggi bisa dilakukan dengan cara menurunkan kadar kolesteronya, mengurangi konsumsi garam pada setiap masakan, diet yang tinggi serat, serta konsumsi buah yang banyak dan sayuran yang banyak serta melanjutkan pola hidup secara sehat. Pola makan merupakan berbagai informasi yang dapat memberikan gambaran mengenai tentang macam dan berapa jumlah bahan makanan yang akan dimakan setiap harinya, adalah ciri khas bagi suatu kelompok tersebut.

5. Evaluasi

Perencanaan keperawatan bisa berhasil jika dapat memenuhi kriteria hasil Tim Pokja SLKI (2019):

- a. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berkurang atau berhasil jika memenuhi kriteria hasil yaitu :

Luaran utama

- 1) Status kenyamanan
 - a) Perawatan sesuai kebutuhan meningkat (dari skala 1 menuju 5)
 - b) Rileks meningkat (dari skala 1 menuju 5)
 - c) Keluhan tidak nyaman menurun (dari skala 1 menuju 5)
 - d) Gelisah menurun (dari skala 1 menuju 5)

- e) Lelah menurun (dari skala 1 menuju 5).
- b. Resiko jatuh berkurang atau berhasil jika memenuhi kriteria hasil yaitu :
Luaran utama
 - 1) Tingkat jatuh
 - a) Jatuh dari tempat tidur menurun (dari skala 1 menuju 5)
 - b) Jatuh saat berdiri menurun (dari skala 1 menuju 5)
 - c) Jatuh saat berjalan menurun (dari skala 1 menuju 5)
 - d) Jatuh saat dikamar mandi menurun (dari skala 1 menuju 5)
 - e) Jatuh saat membungkuk menurun (dari skala 1 menuju 5)

6. Konsep penatalaksanaan

a. Terapi farmakologi

Secara farmakologi, pasien dapat diberikan obat-obatan seperti anti hipertensi dan lain sebagainya.

b. Terapi non farmakologi

Secara non farmakologi, pasien dapat diajarkan teknik relaksasi tarik nafas dalam. Teknik relaksasi tarik nafas dalam adalah suatu teknik yang sangat efektif dan ampuh jika digunakan untuk menurunkan kadar tingkat stress dan nyeri kronis. Teknik relaksasi nafas tersebut dapat mengendalikan respons tubuh pasien terhadap ketegangan serta kecemasan.

Teknik efektif relaksasi tarik nafas dalam yang dilakukan bisa menurunkan konsumsi oksigen, metabolisme, frekuensi pernafasan, frekuensi jantung, tegangan otot serta tekanan darah (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2011: 314).

B. Konsep dasar penyakit

1. Pengertian

Hipertensi adalah salah satu penyakit umum yang biasa diderita oleh lanjut usia, sering disebut dengan penyakit degeneratif, penyakit degeneratif bisa terjadi karena faktor adanya perubahan pada banyak sel tubuh yang akhirnya dapat mempengaruhi fungsi organ secara menyeluruh.

Menurut Bustan Nadjib (2015) bahwa tekanan darah bisa saja meningkat sesuai umur dan banyak yang umur 40 tahun sudah mempunyai penyakit hipertensi ini, bisa

juga darah tinggi atau hipertensi ini meningkat karena adanya faktor banyak pikiran. saat ini tekanan darah tinggi atau hipertensi tidak hanya terjadi di usia diatas 40 tahun saja, tapi usia dewasa muda juga juga memiliki penyakit hipertensi. Meski pada umumnya mereka memiliki kondisi yang sehat dan vit atau cenderung baik, dan sekarang banyak sekali orang dalam masa mudanya ini banyak mengalami peningkatan masalah kesehatan nya dikarenakan faktor tertentu.

2. Etiologi

Smeltzer (2013), berdasarkan penyebab terjadinya tekanan darah tinggi atau hipertensi terbagi menjadi dua bagian, yakni :

- a. sering terjadi pada populasi dewasa sekitar 90% - 95%.Hipertensi primer ini tidak mempunyai penyebab klinis yang teridentifikasi, dan kemungkinan kondisinya bersifat multifaktor (Smeltzer, 2013; Lewis, Dirksen, Heitkemper, & Bucher, 2014).

Hipertensi primer tidak bisa sembuh, tapi bisa dikontrol dengan terapi yang tepat. Mungkin saja faktor genetik bisa melaksanakan peran penting untuk pengembangan dalam hipertensi primer ini (Bell, Twigg, & Olin, 2015).

- b. Hipertensi Sekunder memiliki ciri yaitu peningkatan tekanan darah yang diikuti penyebab yang sangat spesifik, contoh terdapat penyempitan pada arteri renalis, kehamilan, serta penyebab lain.Hipertensi sekunder bisa saja berubah menjadi akut, tanda bahwa adanya suatu perubahan pada curah jantung (Ignatavicius, Workman, & Rebar, 2017).

3. Patofisiologi

Tekanan darah pada arteri sistemik adalah hasil dari perkalian total resistensi dengan curah jantung. Hasil curah jantung didapatkan melewati perkalian mulai dari volume darah yang akan dipompa dari ventrikel jantung dengan denyut jantung. Sistem otonom dan sirkulasi hormonal mempunyai fungsi agar pengaturan tahanan perifer dapat bertahan. Tekanan darah tinggi adalah suatu abnormalitas dari dua faktor tersebut juga dapat ditandai yaitu adanya peningkatan pada resistensi perifer dan curah jantung (Kowalak, 2011; Ardiansyah, 2012).

4. Manifestasi klinis

Gejala yang paling sering muncul pada pasien hipertensi jika tekanan darah tinggi atau hipertensi sudah mencapai tahapan dan tidak segera diobati antara lain seperti sakit kepala terus menerus, mudah kelelahan, rasa ingin mual, muntah, sesak nafas, gelisah, serta pandangan menjadi kabur, serta mengalami penurunan kesadaran (Nurarif, 2015). Menurut Tambayong (dalam Nurarif A.H., & Kusuma H., 2016), tanda gejala pada tekanan darah tinggi atau hipertensi yaitu dibedakan menjadi dua bagian yakni,

- a. Tidak ada tanda gejala spesifik yang bisa di hubungkan dengan meningkatnya tekanan darah, selain saat dokter memeriksa pada penentuan tekanan arteri.
- b. Gejala yang sering muncul pada tekanan darah tinggi contoh nyeri pada kepala dan mudah lelah. faktanya gejala yang sering muncul dari kebanyakan pasien yakni :
 - a) Mengeluh pusing dan sakit kepala
 - b) Mudah lelah dan lemas
 - c) Sesak nafas
 - d) Sering Gelisah
 - e) Mudah Mual dan muntah
 - f) Kesadaran dapat menurun

5. Pemeriksaan diagnostik

Tekanan darah dapat diukur dengan cara letakkan manset pada tangan dan di tiup pada lengannya, tekanan darah dapat ditentukan dengan memakai alat ukur yaitu tekanan pembacaan tekanan darah, terdapat dua angka nilai dalam mmHg. Pertama yaitu (atau atas), tekanan arteri dapat diukur saat jantung berdetak (tekanan sistolik). kedua (atau lebih rendah) tekanan dapat diukur saat arteri berada di antara ketukan (tekanan diastolik) pada pengukuran tekanan darah dapat dibagi menjadi empat macam yaitu :

- a. Dapat dikatakan normal jika tekanan darah ada dibawah 120/80 mmHg.
- b. Disebut Pre-hipertensi merupakan tekanan sistolik sekitar 120 sampai dengan 139 mmHg atau bisa disebut tekanan diastolik yang berkisar sekitar 80 sampai dengan 89 mmHg .

- c. Tekanan darah tinggi tahap kesatu merupakan tekanan sistolik kisaran sekitar 140 sampai dengan 159 mmHg dan tekanan distolik kisaran 90 sampai dengan 99 mmHg.
- d. Tekanan darah tinggi tahap kedua yakni tekanan darah tinggi dapat dikatakan lebih parah, tekanan darah tinggi tahap kedua merupakan tekanan sistolik kisaran 160 mmHg dan lebih tinggi katanya tekanan diastolik mencapai 100 mmHg atau lebih tinggi. didalam pembacaan tekanan darah kedua angka tersebut sangat lah penting tetapi, untuk klien lansia yang berusia diatas 60 tahun maka, pembacaan sistolik bisa lebih disignifikan ,tekanan darah tinggi sistolik terisolasi yakni kondisi tekanan diastolik biasa nya (kurang dari 90mmHg) tetapi tekanan sistolik nya cenderung tinggi(lebih besar dari 140 mmHg).

Jika klien mempunyai hipetensi maka, harus rutin periksa dan melakukan tes rutin tentang riwayat kesehatan nya, misalnya tes darah, tes kolestrol, tes urine serta elekerokolekterogram dan juga di kontruksikan kepada klien. ada juga tes lain, misalnya echolcardigram, periksa lebih banyak pada tanda penyakit jantung dan bisa direkomondasikan (sugeng jitowiyono, ners, M.sc., 2018: 211).

6. Komplikasi

berdasarkan komplikasi tekanan darah tinggi antara lain (Irwan, 2016):

- a. Serebrovaskuler: stroke, transient ischemic attacks, demensia vaskuler, ensefalopati.
- b. Mata : retinopati hipertensif.
- c. Kardiovaskuler : yaitu penyakit jantung hipertensif, disfungsi atau hipertrofi ventrikel kiri, penyakit jantung koroner, disfungsi baik sistolik maupun diastolik dan akan berakhir pada gagal jantung.
- d. Ginjal : nefropati hipertensif, albuminuria, penyakit ginjal kronis.
- e. Arteri perifer : klaudikasio intermiten.

Tekanan darah yang tidak dapat dikontrol dan segera diatasi untuk jangka waktu yang panjang dapat mempengaruhi area pembuluh darah arteri saat mensuplai darah ke organ-organ yang lain diantaranya yaitu otak, jantung, ginjal

serta mata. Tekanan darah tinggi yang tidak dapat terkontrol dengan baik akan berakibat fatal yaitu dapat menyebabkan komplikasi di jantung diantaranya infark jantung dan pembesaran pada ventrikel kiri tanpa payah jantung.

Urine yang disertai darah serta urine yang sedikit itu adalah salah satu komplikasi tekanan darah tinggi pada ginjal. Komplikasi tekanan darah tinggi bisa terjadi juga di mata berupa retinopati hipertensi. Dapat dikatakan Stroke serta euephalitis jika akibat tekanan darah tinggi yang tidak segera ditangani dalam waktu yang lama maka akan ada penyakit yang sering terjadi di organ otak (Wijaya & Putri, 2013).



BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Hasil studi kasus

Pada bab ini penulis akan menggambarkan tentang resume keperawatan “Asuhan keperawatan pada Tn.J dengan Hipertensi didesa banyumeneng krajan lor RT 05/RW 05 mranggen demak” yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan , implementasi keperawatan dan evaluasi hasil implementasi. Diperoleh gambaran kasus sebagai berikut :

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 17 november 2020,Sebelumnya telah meminta persetujuan dari Tn.J dan dari pihak keluarganya didesa banyumeneng krajan lor RT 05/RW05 mranggen demak. Nama lansia adalah Tn. J yang berusia 70 tahun. klien beragama islam dengan pendidikan terakhir adalah tamat SD.orang terdekat klien adalah istri serta anak ke 5 klien,klien lahir didesa banyumeneng dan tinggal dibanyumeneng sampai sekarang.

Tn.J mengatakan bahwa mempunyai riwayat penyakit kolesterol,klien mengatakan mempunyai penyakit hipertensi sejak 2 tahun yang lalu. Kesehatan sekarang klien mengeluh pusing pada kepala dan pandangannya kabur. Klien mengatakan sering merasa pusing sejak 2 tahun terakhir dan membuat aktivitasnya terganggu. Kemudian setelah klien diperiksa dengan menggunakan pengkajian PQRST didapatkan bahwa Provokatif atau Paliatif adalah setiap aktivitas klien merasa pusing dan nyeri. Sehingga menyebabkan selama 2 tahun terakhir ini klien tidak bekerja,klien merasakan nyeri seperti ada beban di bagian belakang kepala,saat klien merasakan pusing klien hanya bisa terdiam , dan klien merasakan nyeri sewaktu-waktu. Riwayat kesehatan keluarga, klien mengatakan lupa.

klien mengatakan dalam sehari klien makan 3 kali dengan seporsi piring dengan jenis sayur nasi buah dan daging, klien masih mampu makan sendiri tanpa dibantu oleh keluarga.dan minum air mineral sehari kurang lebih 2 liter air putih dengan mandiri.klien jarang minum teh tetapi sering minum kopi,dan klien juga perokok aktif. klien mengatakan tekadang pola tidurnya terganggu saat hipertensi nya kambuh saat

malam hari, dan klien hanya bisa tidur 4 jam saja dari jam 1 sampai jam 4 pagi saja. Kemudian pola BAK klien empat kali sehari dengan warna kuning dan BAB dua kali sehari dengan warna kuning kecoklatan. Klien mengatakan tidak pernah rekreasi hanya berjalan-jalan disekitar rumah saja. Psikologis klien dalam pengkajian keadaan emosi adalah klien sulit untuk mengendalikan emosinya. Hubungan sosial klien dengan anggota keluarga dan tetangga tidak ada masalah dalam berinteraksi.

Pelaksanaan ibadah klien mengatakan beragama islam selalu melaksanakan sholat lima waktu tetapi terkadang klien lupa dan selalu berdoa kepada Allah SWT selesai beribadah. Kepercayaan klien tentang kesehatan adalah merasa cemas karena klien sering pusing dan sudah berobat dilayanan kesehatan tetapi sering merasa pusing.

Pada pemeriksaan fisik Tn.j berikutnya tingkat kesadaran klien composmentis atau kesadaran penuh. Tekanan darah 180/120 mmHg dan denyut nadi 99 kali permenit. Kemudian pemeriksaan suhu didapatkan suhu PM 36,7 °C dan Respiratory Rate 24 kali permenit. berat badan klien adalah 49Kg dan tinggi 172 cm.

klien terlihat bersih dengan mandi menggunakan sabun dan sikat gigi secara teratur 2 kali sehari. saat akan buang air kecil atau buang air besar klien melakukan secara mandiri. Kulit klien berwarna sawo matang tampak bersih dan rambut beruban. Bentuk kepala Mesocephal tidak ada nyeri tekan dibelakang telinga. Pada pemeriksaan mata Tn.j memiliki mata simetris, penglihatan kurang baik dan terkadang memakai kacamata. Telinga klien memiliki telinga simetris, pendengaran kurang baik, tidak ada lendir dan bersih. klien memiliki hidung simetris, tidak terjadi Sinus , tidak ada memar, tidak ada lesi, tidak ada suara tambahan. Keadaan mulut klien bersih , gigi masih lengkap, tenggorokan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid , tidak ada benjolan dan bibir kering. Bentuk payudara klien simetris, tidak ada benjolan dan leher klien tidak memiliki masalah. Pernapasan klien normal , tidak ada suara tambahan atau cuping hidung. klien tidak memiliki gangguan kardiovaskuler, tidak ada nyeri tekan dada. klien mengatakan tidak memiliki gangguan menelan , tidak mual dan tidak muntah. Muskuloskeletal klien mengalami nyeri persendian, dan mengalami kelemahan otot .Sistem saraf pusat klien tidak memiliki gangguan, tidak ada cedera kepala dan tidak mengalami kejang. BAK dan BAB lancar dan tidak ada gangguan.

Pengkajian psikososial dan spiritual Tn.J mampu bersosialisasi dengan tetangga dengan baik. klien menyikapi orang lain dengan terbuka dan berharap dimasa tua nya yang sekarang klien ingin selalu bahagia. Berdasarkan identifikasi masalah emosional dari pertanyaan dua tahap yaitu tahap pertama dan tahap kedua. Pertanyaan tahap pertama klien tidak mengalami masalah. Pertanyaan tahap kedua klien mengalami masalah Pusing kurang lebih sudah dua tahun. klien masih bersyukur atas kehidupannya sekarang karena masih diberikan umur yang panjang dan klien menyesal karena masa muda nya dahulu klien sering merokok dan tidak pernah berolahraga.

Pada pengkajian fungsional atau indeks katz didapatkan hasil Tn. J adalah indeks katz A (mandiri dalam bathing, dressing, toileting, continence, dan feeding). Kemudian pengkajian Bathel indeks klien adalah ketegantungan sebagian. Hasil pengkajian status mental (SPSMQ) klien yaitu nilai 8 dan memiliki fungsi intelektual utuh. Pengkajian aspek kognitif atau MMSE klien didapatkan nilai total 19 point maka hasilnya kerusakan aspek fungsi mental ringan.

2. Analisa data

Pada tanggal 17 november 2020 hasil analisa data yang didapatkan dari pengkajian untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan yang pertama adalah gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan gejala penyakit dari data yang ditemukan penulis terhadap klien dengan data subjektif , pasien mengatakan pusing ditemukan tekanan darah 180/120 Nadi 99x/mnt Respiratory Rate 24/mnt , pasien manula mengatakan gelisah ,susah tidur , tidak rileks, dan pandangannya kabur .ditemukan data objektif pasien tampak gelisah, mengeluh pusing ,tampak cemas dan kulit kering.Diagnosa keperawatan yang kedua adalah Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun ditemukan data subjektif pada klien, klien mengatakan saat berjalan klien merasa sudah tidak seperti waktu muda dulu lagi,klien sering mau terjatuh sendiri dan sering takut kepelet jika saat dikamar mandi dan pada waktu berjalan.ditemukan data objektif pada klien, klien tampak butuh bantuan jika mau ke kamar mandi karna takut terjatuh,klien tampak gelisah dan takut terjatuh.

3. Diagnosa keperawatan

- a. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan gejala penyakit.
- b. Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun.

4. Intevensi keperawatan

Pada tanggal 18 november 2020 rencana keperawatan pada diagnosa keperawatan yang pertama Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan gejala penyakit.setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil:kesejahteraan fisik meningkat, kesejahteraan fisiologis meningkat ,keluhan tidak nyaman menurun, gelisah menurun, kebisingan menurun, keluhan sulit tidur menurun, suhu ruangan membaik dan pola tidur dapat membaik.Rencana tindakan keperawatannya adalah identifikasi teknik relaksasi efektif yang pernah klien gunakan,identifikasi kesediaan kemampuan klien dan penggunaan teknik sebelum yang diajarkan ,periksa ketegangan otot klien, periksa frekuensi nadi ,periksa tekanan darah dan periksa suhu sebelum dan sesudah saat latihan, monitor respon terhadap terapi efektif relaksasi, kenakan pakaian yang longgar, gunakan nada bersuara lembut serta irama yang lambat, anjurkan klien untuk mengambil posisi yang sangat nyaman, anjurkan klien rileks, anjurkan klien agar sering mengulang latihan dan melatih teknik relaksasi tersebut yang sudah diajarkan.

Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu resiko jatuh yang berhubungan dengan kekuatan otot menurun. setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien merasa tidak takut lagi saat berdiri dan saat berjalan dengan kriteria hasil nya ,jatuh dari tempat tidur dapat menurun,jatuh saat berdiri dapat menurun,jatuh saat berjalan dapat menurun,jatuh saat naik tangga dapat menurun,jatuh saat dikamar mandi menurun,jatuh saat membungkuk menurun. rencana keperawatan yang disusun oleh penulis adalah identifikasi faktor resiko jatuh, identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh,atur tempat tidur mekanis klien pada posisi sangat terendah,gunakan alat bantu berjalan, anjurkan klien untuk selalau menggunakan alas kaki yang tidak licin, anjurkan klien agar dapat berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuhnya, anjurkan klien untuk melebarkan jarak kedua kaki nya saat beridir agar dapat meningkatkan keseimbangan nya saat berdiri.

5. Implementasi keperawatan

Pada tanggal 18 November 2020 setelah penulis mengidentifikasi kemungkinan penyebab hipertensi . klien mengatakan sering minum kopi dan klien adalah perokok

aktif, klien jarang berolahraga dan jarak aktivitas, data objektif nya klien tampak gelisah, pusing, tampak cemas dan kulit kering.

Setelah dilakukan pemeriksaan PQRST dengan menggunakan numerik klien mengatakan skala nyeri 3. Pada pukul jam 10.02 dilakukan tindakan mengajarkan teknik tarik nafas dalam, penulis bertanya kepada klien apakah pernah menggunakan teknik relaksasi efektif yang pernah digunakan, penulis bertanya kepada klien apakah bersedia mengikuti teknik keperawatan yang penulis ajarkan, penulis meminta izin kepada klien untuk memeriksa ketegangan pada otot klien, memeriksa frekuensi nadi, memeriksa tekanan darah dan memeriksa suhu tubuh klien sebelum dan sesudah latihan teknik tarik nafas dalam.

Ditemukan saat pengkajian PQRST, yaitu klien mengatakan Penyebab pusing karena tekanan darah tinggi, Quality seperti diremas, Radiates nya berfokus ditenguk kepala belakang, Skala nyeri 3, Time nya hilang timbul.

Diagnosa keperawatan yang kedua dilakukan implementasi identifikasi faktor resiko jatuh identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya.

Pada pukul jam 10.25 penulis memberikan edukasi kepada klien tentang hal-hal yang dapat menyebabkan resiko jatuh, penulis menjelaskan tentang faktor lingkungan yang dapat meningkatkan resiko jatuh, dan penulis memantau kemampuan klien ketika klien berpindah dari tempat tidur ke kursi.

Pada tanggal 19 november 2020 diagnosa utama dilakukan implementasi monitor respon terhadap terapi efektif relaksasi gunakan pakaian yang longgar gunakan nada suara yang lembut dan irama yang lambat serta berirama. Pada pukul jam 11.05 penulis memantau respon klien terhadap terapi relaksasi penulis menganjurkan kepada klien untuk menggunakan pakaian yang longgar dan penulis menggunakan nada suara lembut dan berirama lambat.

Diagnosa kedua atur tempat tidur klien mekanis pada posisi paling terendah, gunakan juga alat bantu berjalan jika klien membutuhkan, anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. Pada pukul 11.58 penulis membantu klien untuk mengatur posisi tidurnya pada posisi yang terendah penulis menawarkan kepada

klien untuk menggunakan alat bantu berjalan jika perlu penulis menganjurkan klien untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin.

Pada tanggal 20 November 2020 diagnosa utama dilakukan tindakan keperawatan anjurkan mengambil posisi yang nyaman anjurkan klien rileks dan anjurkan merasakan terapi relaksasi, anjurkan sering mengulang dan melatih teknik relaksasi. Pada pukul jam 11.10 penulis mengajarkan tindakan keperawatan dengan menganjurkan klien mengambil posisi yang nyaman dan penulis menganjurkan klien untuk rileks dan merasakan terapi relaksasi dan penulis menganjurkan klien sering mengulang teknik tarik nafas dalam yang sudah diajarkan.

Diagnosa kedua anjurkan klien berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh agar tetap fokus, anjurkan klien melebarkan jarak kedua kakinya agar dapat meningkatkan keseimbangan saat berdiri. Pada jam 12.20 penulis menganjurkan klien agar berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuhnya agar tidak terjatuh saat berjalan, penulis juga mengajarkan klien untuk melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan klien saat berdiri.

Pada tanggal 21 November 2020 diagnosa pertama mengidentifikasi teknik relaksasi efektif yang sudah digunakan, klien mengatakan nyeri sudah berkurang klien tampak segar dan klien tersenyum.

Diagnosa kedua mengidentifikasi faktor resiko jatuh klien mengatakan sudah paham tentang edukasi yang diberikan oleh penulis yang kemarin ajarkan klien tampak mengerti dan klien mau melakukan hal yg sudah diajarkan oleh penulis.

6. Evaluasi keperawatan

Evaluasi pada hari pertama tanggal 18 November 2020 mendapatkan hasil diagnosa pertama yaitu data subjektif klien mengatakan tidak pernah minum teh dan klien sering minum kopi klien adalah perokok aktif klien makan sehari tiga kali klien tidak pernah berolahraga data objektif penglihatan klien buram pusing badan sedikit lemas assesment dalam penilaian implementasi adalah masalah belum teratasi rencana tindakan menetapkan lanjutan intervensi meliputi hal yang menyebabkan hipertensi naik.

pada pukul 10.25 massa yang kedua mendapatkan hasil dari implementasi adalah data subjektif pasien mengatakan pasien takut jika ingin ke kamar mandi dengan alasan

takut kepeleset data objektif menetapkan untuk melanjutkan intervensi meliputi penulis meminta kepada keluarga klien agar selalu memantau klien terutama jika ingin ke kamar mandi.

pada tanggal 19 november 2020 evaluasi dari implementasi yang telah dilakukan pada diagnosa pertama adalah data subjektif klien mengatakan masih merasa nyeri pada kepala nya dibagian belakang data objektif klien penglihatan kabur ,pusing, bibir kering penglihatan buram asesmen dalam penilaian implementasi yang telah dilakukan yaitu masalah belum teratasi rencana tindakan selanjutnya adalah melanjutkan intervensi meliputi menyarankan kepada klien untuk menggunakan pakaian yang longgar agar klien merasa rileks.

pada pukul jam 11.58 evaluasi dari implementasi yang telah dilakukan pada diagnosa yang kedua adalah data subjektif klien, klien mengatakan masih takut kepeleset jika ingin pergi ke kamar mandi data objektif klien tampak ketakutan gelisah assesment penilaian dari implementasi adalah masalah resiko jatuh belum teratasi rencana tindakan selanjutnya adalah meminta keluarga agar menyediakan alat bantu berjalan di dekat klien.

pada tanggal 20 November 2020 evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan didapatkan hasil diagnosa pertama adalah data subjektif klien mengatakan nyeri berkurang klien mengatakan sudah menerapkan terapi teknik tarik nafas dalam jika hipertensi nya sedang naik data objektif klien adalah klien tampak lebih nyaman segar dan tersenyum asesmen penilaian adalah masalah sudah teratasi rencana tindakan selanjutnya adalah hentikan intervensi dan monitor tekanan darah klien dan anjurkan selalu mengulang teknik tarik nafas dalam .

evaluasi diagnosa kedua pada tanggal 20 November 2020 pukul 12.20 dari implementasi yang telah dilakukan adalah data subjektif klien mengatakan rasa takut kepeleset ingin ke kamar mandi sudah berkurang data objektif klien tampak tidak gelisah nyaman dan rileks asesmen penilaian pada diagnosa kedua adalah masalah sudah teratasi rencana tindakan selanjutnya yaitu hentikan intervensi dan pantau klien jika ingin pergi ke kamar mandi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada BAB IV ini penulis membahas mengenai asuhan keperawatan pada Tn.J dengan hipertensi yang telah dilaksanakan sesuai dengan teori yang didapat. Asuhan keperawatan pada Tn.J yang dikelola 6 hari dari mulai tanggal 17 Maret 2020 sampai tanggal 22 Maret 2020. Penulis memberikan asuhan keperawatan yang mencakup aspek keperawatan antara lain pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi. Dari hasil yang telah dilakukan didapatkan hasil sebagai berikut.

A. Pengkajian

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016), yakni Data fisiologis, nutrisi atau cairan, respirasi, pola eliminasi, reproduksi, psikologi, aktifitas atau istirahat, neurosensori, perilaku, relasional serta lingkungan. Untuk klien dengan ketidakpatuhan dalam suatu kategori perilaku, sub kategori penyuluhan nya dan pembelajaran sebagai perawat harus dapat mengkaji data tanda, gejala mayor serta minor yang memang sudah tercantum di dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia.

Dari pengkajian yang telah dilakukan pada tanggal 17 november 2020 didapatkan hasil klien mengalami tekanan darah tinggi. Tekanan darah tinggi tersebut merupakan suatu keadaan dimana ketika seseorang telah mengalami peningkatan tekanan darah yakni diatas batas normal atau mengalami peningkatan abnormal yakni secara terus menerus atau sangat berlebihan lebih dari suatu periode, dengan tekanan sistolik diatas kisaran 140 mmHg dan tekanan diastolik diatas kisaran 90mmHg. (Aspiani, 2014), hal itu lah yang dapat membuat tekanan darah tinggi ini sebagai silent killer (Kemenkes, 2018), sebagian orang akan sadar jika sudah mengidap penyakit ini dan ketika ada gejala yang si penderita rasakan nanti akan menjadi semakin parah serta sering merasa sakit kepala, segera periksa ke pelayanan kesehatan terdekat. Gejala utama dari hipertensi antara lain yaitu Mengeluh sakit kepala, pusing, Lemas, kelelahan, Sesak nafas, Gelisah, Mual, Muntah, Epistaksis, Kesadaran menurun.

B. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan , penulis menemukan 2 diagnosis yaitu:

1. Gangguan rasa nyaman (nyeri)

Menurut Tim Pokja SDKI (2017) gangguan rasa nyaman yakni (nyeri) adalah meliputi perasaan kurang senang ,kurang lega serta sempurna di dalam dimensi fisik,psikospiritual,lingkungan maupun sosial.Diagnosa gangguan rasa nyaman (nyeri) ditegakkan apabila rasa tidak nyaman muncul tanpa ada cedera jaringan. Berdasarkan batasan karakteristik didapatkan gejala dan tanda mayor di subjektif mengeluh tidak nyaman sedangkan objektif klien tampak gelisah.penegakan diagnosa ini sesuai dengan pengkajian klien mengeluh tidak nyaman dan gelisah.Penegakan diagnosa ini sesuai dengan kasus karena klien mengeluh tidak nyaman dan tampak gelisah. Diagnosa gangguan rasa nyaman (nyeri) sudah sesuai dengan syarat memenuhi penegakkan mencapai 80%.

Ditemukan saat pengkajian PQRST,yaitu klien mengatakan Penyebab pusing karena tekanan darah tinggi,Quality seperti diremas,Radiates nya berfokus ditenguk kepala belakang,Skala nyeri 3,Time nya hilang timbul. Sudah dikaji tetapi tidak tertulis pada asuhan keperawatan.

Alasan diagnosa ini diangkat karena klien mengeluh kurang nyaman ,merasa pusing dan nyeri. klien merasakan nyeri saat melakukan aktivitas seperti ada beban yg berat dibagian belakang kepala dan nyeri dirasakan sewaktu waktu dengan skala nyeri tiga. Data objektif klien tampak gelisah ,lemas,dan kurang rileks.penulis menyusun intervensi keperawatan dari masalah gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan gejala penyakit dibuktikan dengan perawatan sesuai kebutuhan menurun, mengeluh tidak nyaman,tidak rileks ,gelisah dan lelah.setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan klien merasa rileks dengan kriteria hasil perawatan sesuai kebutuhan meningkat, kesejahteraan fisik meningkat, kesejahteraan fisiologis meningkat, keluhan tidak nyaman menurun,gelisah menurun, kebisingan menurun, keluhan sulit tidur menurun,suhu ruangan membaik,dan pola tidur membaik.rencana keperawatan yang disusun oleh penulis adalah identifikasi suatu teknik relaksasi paling efektif yang pernah digunakan, identifikasi kesediaan serta kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya, periksa tingkat ketegangan otot,

periksa frekuensi nadi, periksa tekanan darah dan suhu klien sebelum dan sesudah latihan, pantau respon terhadap terapi relaksasi, gunakan pakaian longgar, gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama, anjurkan rileks dan merasakan terapi relaksasi, anjurkan sering mengulang dan melatih teknik relaksasi.

Implementasi keperawatan yang diterapkan oleh penulis sudah sesuai dengan rencana keperawatan yang ditetapkan. Respon klien kooperatif dalam mengikuti implementasi dari penulis. klien aktif dalam memberikan jawaban dari pertanyaan penulis. Gangguan rasa nyaman (nyeri) dapat diatasi dengan terapi nonfarmakologi yaitu teknik relaksasi efektif tarik nafas dalam. Teknik relaksasi efektif tarik nafas dalam tersebut akan dilakukan penulis untuk mengatasi masalah tersebut. Relaksasi tarik nafas dalam akan menimbulkan rasa rileks dan kondisi tersebut membuat rasa nyaman.

Evaluasi keperawatan sesuai dengan implementasi yang telah dilaksanakan berdasarkan kriteria hasil . hasil assesment penilaian masalah teratasi sebagian dan dilanjutkan klien secara mandiri. klien tampak rileks, diketahui tekanan darah klien 150/80 mmHg, Respiratory Rate: 20 kali permenit, suhu tubuh 36°C, denyut nadinya 85 kali permenit dan skala nyeri klien turun menjadi 2. Masalah teratasi sebagian penulis menyarankan klien untuk melanjutkan teknik yang diajarkan untuk mengurangi nyeri (teknik terapi nafas dalam).

2. Resiko jatuh

Menurut tim pokja SDKI (2017) resiko jatuh adalah berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. diagnosa resiko jatuh ditegakkan apabila kekuatan otot menurun dan gangguan keseimbangan. berdasarkan batasan karakteristik didapatkan gejala dan tanda mayor subjektif mengeluh takut terjatuh saat berdiri dan saat berjalan. penegakan diagnosa ini sesuai dengan kasus karena PM mengeluh takut terjatuh saat berdiri dan berjalan. diagnosa resiko jatuh sudah sesuai dengan syarat memenuhi penegakan mencapai 80%. Saat pengkajian penulis hanya melakukan tanya jawab saja kepada klien tentang sampai mana kekuatan otot klien saat digunakan untuk berjalan dan aktivitas yg lainnya, penulis tidak mengecek kekuatan otot klien, tetapi klien sudah mengekspresikan kepada penulis tentang seberapa kuat otot klien.

Alasan diagnosa ini diangkat karena klien mengeluh jatuh saat berdiri dan berjalan. klien merasa sangat takut terjatuh saat hendak berdiri dari duduk dan saat waktu berjalan di jalanan datar dan saat berjalan dikamar mandi. data objektif klien tampak cemas dan gelisah serta tidak rileks. penulis menyusun intervensi keperawatan dari masalah tersebut yaitu resiko jatuh yang berhubungan dengan kekuatan otot yang menurun dibuktikan dengan sering mengeluh takut saat berdiri dan saat berjalan, mengeluh cemas dan gelisah serta tidak rileks. setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien merasa tidak takut saat berdiri dan saat berjalan dengan kriteria hasilnya, jatuh dari tempat tidur dapat menurun, jatuh saat berdiri dapat menurun, jatuh saat berjalan dapat menurun, jatuh saat naik tangga dapat menurun, jatuh saat dikamar mandi menurun, jatuh saat membungkuk menurun. rencana keperawatan yang disusun oleh penulis adalah identifikasi faktor resiko jatuh, identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh, atur tempat tidur mekanis klien pada posisi sangat terendah, gunakan alat bantu berjalan, anjurkan klien untuk selalu menggunakan alas kaki yang tidak licin, anjurkan klien agar dapat berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuhnya, anjurkan klien untuk melebarkan jarak kedua kakinya saat berdiri agar dapat meningkatkan keseimbangannya saat berdiri.

Implementasi keperawatan yang diterapkan oleh penulis sudah sesuai dengan rencana keperawatan yang ditetapkan. respon klien kooperatif dalam mengikuti implementasi dari penulis. klien aktif dalam memberikan jawaban dari pertanyaan penulis. resiko jatuh dapat diatasi dengan berlatih berjalan menggunakan alat bantu. Menggunakan alat bantu saat berjalan dilakukan penulis untuk mengatasi masalah tersebut. Berhubungan dengan kondisi lingkungan yang tidak aman penulis juga sudah menyarankan kepada keluarga klien agar menyediakan alat bantu pegangan saat dikamar mandi agar meminimalkan tingkat jatuh klien saat dikamar mandi.

Evaluasi keperawatan sesuai dengan implementasi yang telah dilaksanakan berdasarkan kriteria hasil. Hasil assessment penilaian masalah teratasi dan dilanjutkan klien secara mandiri. klien tampak memahami apa yang sudah diajarkan oleh penulis, klien terlihat nyaman dan tidak takut lagi saat berjalan dikamar mandi. masalah teratasi penulis menyarankan klien untuk berjalan menggunakan alat bantu berjalan saat dikamar mandi.



BAB V

PENUTUP

Asuhan keperawatan yang dikelola selama 6 hari mulai tanggal 17-22 November 2020.pada BAB V ini merupakan langkah yang terakhir dalam penyusunan karya tulis ilmiah yang meliputi kesimpulan dan saran.asuhan keperawatan ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pemberi asuhan keperawatan pada Tn.J dengan hipertensi.

A. Kesimpulan

1. Pada saat penulis melakukan Pengkajian meliputi identitas klien, riwayat kesehatan, kebiasaan sehari-hari, pemeriksaan fisik, pengkajian psikososial dan spiritual, pengkajian fungsional, pengkajian indeks Katz, pengkajian bathel indeks, pengkajian status mental (SPSMQ) dan pengkajian aspek kognitif.Hasil pengkajian penulis menemukan tekanan darah tinggi.
2. Dari pengkajian yang telah dilakukan oleh penulis didapatkan dua diagnosa yaitu gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan gejala penyakit dibuktikan dengan terdapat adanya mengeluh pusing,gelisah,cemas,dan tidak rileks.Diagnosa kedua yaitu resiko jatuh yang berhubungan dengan kekuatan otot menurun dibuktikan dengan mengeluh takut terjatuh saat berdiri dan saat berjalan ,cemas, dan sangat gelisah.
3. Intervensi keperawatan yang telah penulis susun dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah dicapai dan rencana tindakan keperawatan sudah sesuai dengan ketentuan standar luaran keperawatan Indonesia dan juga standar intervensi keperawatan Indonesia tersebut yang meliputi observasi, terapeutik, edukasi serta kolaborasi.
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah penulis susun dan penulis tidak menemukan adanya kendala dalam melaksanakan tindakan keperawatan.
5. Hasil evaluasi asuhan keperawatan dengan diagnosa gangguan rasa nyaman (nyeri) masalah teratasi karena klien mengatakan sudah nyaman dan tidak gelisah.rencana tindakan selanjutnya hentikan intervensi dan klien melakukan implementasi yang telah diajarkan secara mandiri.Diagnosa resiko jatuh masalah teratasi karena klien merasa sudah tidak takut jika ingin berdiri dan berjalan.Rencana tindakan selanjutnya hentikan intervensi dan anjurkan selalu menggunakan alat bantu berjalan.

B. Saran

1. Bagi institusi pendidikan

Menjadikan karya tulis ilmiah ini agar institusi diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan serta keterampilan mahasiswa dalam menyusun asuhan keperawatan dengan kasus tekanan darah tinggi atau hipertensi.

2. Bagi perawat

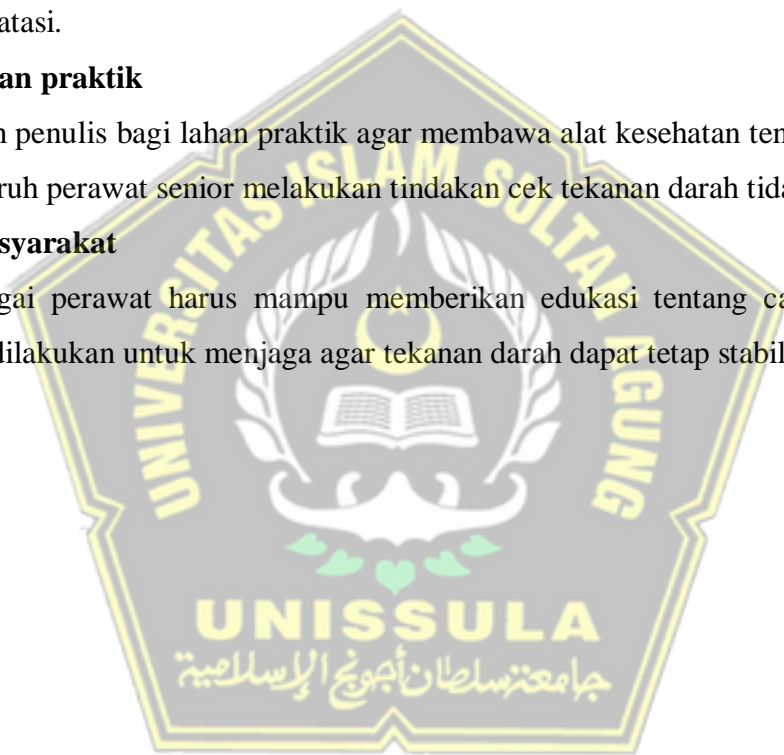
Saran dari penulis bagi perawat agar mempertahankan asuhan keperawatan yang telah sesuai dengan standar prosedur yang telah diterapkan. perawat harus mampu memodifikasi intervensi dan implementasi dengan baik sehingga masalah keperawatan dapat teratasi.

3. Bagi lahan praktik

Saran penulis bagi lahan praktik agar membawa alat kesehatan tensi mandiri, karena saat disuruh perawat senior melakukan tindakan cek tekanan darah tidak berebut.

4. Bagi masyarakat

Sebagai perawat harus mampu memberikan edukasi tentang cara mandiri yang mampu dilakukan untuk menjaga agar tekanan darah dapat tetap stabil.



DAFTAR PUSTAKA

- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. 2016. Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, Nic, Noc dalam Berbagai Kasus. Yogyakarta: Penerbit Mediacion.
- WHO. (2013). A Global Brief On Hypertension : Silent Killer, Global Public Health Crisis: World Health Day 2013.
- Bustan & M. Nadjib. (2015). Manajemen Pengendalian Penyakit Tidak Menular. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ridwan E S, Nurwanti E. Gaya hidup dan Hipertensi pada Lanjut Usia di Kecamatan Kasihan Bantul Yogyakarta. Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia
- Andrea, G. Y., 2013, Korelasi derajat hipertensi dengan stadium penyakit ginjal kronik di RSUP dr. Kariadi semarang periode 2008-2012, <http://eprints.undip.ac.id>, 30 Desember 2015
- Komaling,J.K. Suba,B. & Wongkar,D.,(2013). Hubungan mengonsumsi alkohol dengan kejadian hipertensi pada laki – laki di desa Tompasbaru II kecamatan Tompasbaru kabupaten Minahasa Selatan, ejurnal keperawatan
- Iswahyuni, S. (2017) ‘Hubungan Antara Aktifitas Fisik Dan Hipertensi Pada Lansia’, Profesi (Profesional Islam) : Media Publikasi Penelitian, 14(2), p. 1. doi: 10.26576/profesi.155.
- Purwandari, K. ., & Nugroho, Y. W. (2015). Gambaran Pengetahuan Klien Hipertensi Tentang Pencegahan Komplikasi Hipertensi Di Desa Nambangan Kecamatan Selogiri. Kabupaten Wonogiri.
- Cabrera, A. J. (2015). Theoris of human aging of molecules To society. MOJ Immunology. 2(2). 00041
- Artinawati, S. 2014. Asuhan keperawatan gerontik. Bogor : IN MEDIA
- Rahayuni, P.N.N., Utami, A.S.P, Swedarma, E.K (2015).
- Azizah, Lilik Ma’rifatul (2011). Keperawatan Lanjut Usia. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Sunaryo, dkk. 2016. Asuhan Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: Andi.
- Anggraini, Yunita dan Puranta, Hendra, 2010. Anggaran Berbasis Kinerja : Penyusunan APBD Secara Komprehensif. Yoyakarta. UPP STIM YKPN.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2010). Fundamental Keperawatan. (Diah, N,F., Onni, T., & Farah, D, Penerjemah). Ed ke-7. Jakarta: EGC.
- Miller, C.A. 2012. Nursing for Wellness in Older Adults. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Wiliams & Wilkins.
- Hindle, A and Coates, A. (2011). Nursing care of older people. New York: Oxford University Press
- Ali, Zainudin, 2016, Metode Penelitian Hukum, Jakarta: Sinar Grafika.
- Tri Sulistiyowati, M.A.E. (2016). Pelaksanaan Advokasi Perawat Dalam Informed Consent di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, Vol.8, No.2.

Diakses

dari

<http://ejournal.stikestelogorejo.ac.id/index.php/jikk/article/view/356/379>

Triwibowo, C., Zainuddin, H., & Soep. (2016). Studi Kualitatif: Peran Handover Dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit, *Jurnal Pena Medika* Vol.6, No.2, 72-79, ISSN: 2086-843X. Diakses dari <http://www.jurnal.unikal.ac.id/index.php/medika/article/view/392/350>

Umasugi, M.T. (2018). Peran Perawat Dalam Menangani Pasien TB Paru Di Ruang Igd RSUD Telehu Provinsi Maluku Tahun 2015. *Global Health Science*, Vol. 3, No.3, ISSN: 2503-5088 (p) 26622-1055 (e). Diakses dari <http://jurnal.csdforum.com/index.php/GHS/article/view/276/128>

Potter,P.A., Perry, A.G., Stockert, P.A., Hall, A.M. (2013). *Fundamentals of Nursing*. 8th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby

Tabloski. Patricia ,A. 2014 *Gerontological Nursing*

Miller, C.A (2012). *Nursing Care of Older Adult: Theory And Practices*. Philadelphia:JB. Lippincott Company.

Touhy, T. A., & Jett, K. F. (2014). Ebersole & Hess, *Gerontological Nursing & Healthy Aging*. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9). Elsevier, Ltd.

Mubarak, Wahid iqbal, Dkk.(2011). *Ilmu keperawatan komunitas : Buku dan aplikasi* (Buku 2),jakarta : salembamedika

Khalifah, S. (2016). *Keperawatan Gerontik*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan

Radityo, W. E., Putu, I. G., Aryana, S., Ayu, R., Kuswardhani, T., & Astika, I. N. (2020). The association between Body Mass Index (BMI) and Activity of Daily Living (ADL) in the population- based elderly at Buleleng and Tabanan regencies , Bali , Indonesia. 9(1), 95–98. <https://doi.org/10.15562/bmj.v9i1.1654>

Departemen Kesehatan RI. (2010). *Rencana Strategi Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014*. Dari <http://www.depkes.go.id>.

Depkes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta : Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI.

Kozier, Erb, Berman & Snyder.(2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*.Volume 1. Jakarta: EGC.

Nadjib, Bustan. (2015). *Manajement Pengendalian Penyakit Menular*.Jakarta : Rineka Cipta.

Smeltzer, S. C. (2013).*Keperawatan Medikal Bedah* Brunner and Suddarth. Edisi 12.Jakarta: Kedokteran EGC.

Lewis, Dirksen, Heitkemper, & Bucher.2014.*Medical surgical nursing.assessment and mangement of clinical problem* .St. Louis :Mosby.

Bell, K., Twigg, J., & Olin, B. R. (2015). *Hypertension : The Silent Killer : Updated JNC-8 Guideline Recommendations*. Alabama Pharmacy Association, 1–8.

Ignatavicius, Workman, & Rebar. 2017. *Medical Surgical Nursing: Concepts For Interprofessional Collaborative Care* (9 th ed.). St. Louis : Elsevier, Inc.

Kowalak, J. P., Weish, W., & Mayer, B. (2011). *Buku ajar patofisiologi*. Diterjemahkan oleh Andry Hartono. Jakarta: EGC.

Nurarif, A. H. & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc*. Yogyakarta: Mediaction

(Nurarif & Kusuma, 2016). (2016). *Terapi Komplementer Akupresure*. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Jitowiyono, Sugeng. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Hematologi*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Irwan, 2016. *Epidemiologi penyakit tidak menular*. Yogyakarta : Budi Utama

Wijaya, Andra S & Putri, Yesi M. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika





LAMPIRAN

Lampiran 1.

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep

NIDN : 06-0901-8004

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Nadiatul Aulia

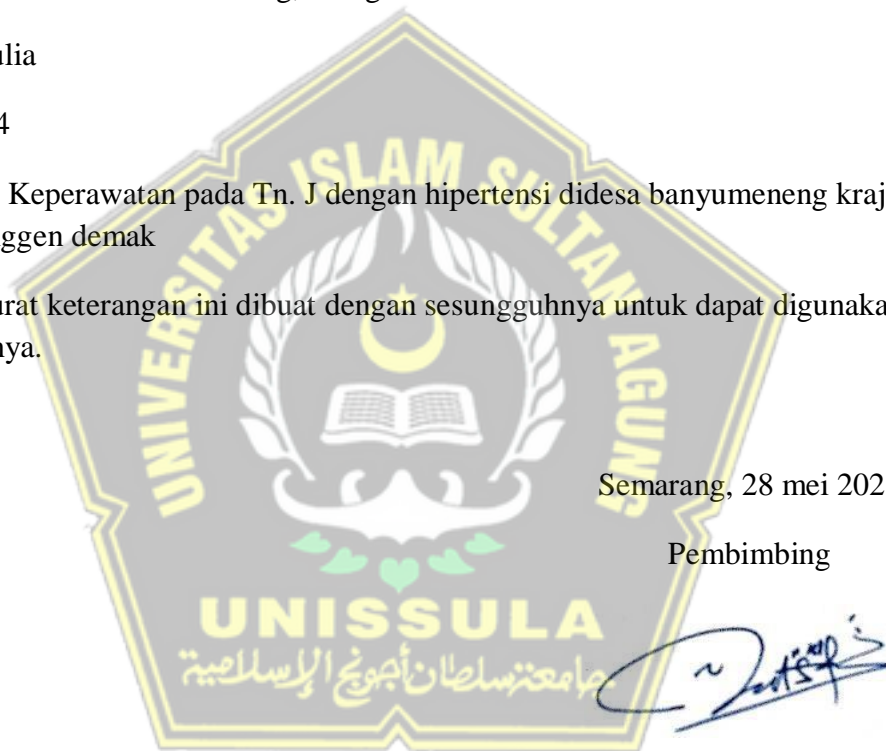
NIM : 40901800064

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn. J dengan hipertensi didesa banyumeneng krajan lor RT.02/RW.05 mranggen demak

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 28 mei 2021

Pembimbing



Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep

NIDN.06-0901-8004

Lampiran 2.

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep

NIDN : 06-0901-8004

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Nadiatul Aulia

NIM : 40901800064

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn. J dengan Hipertensi di Desa Banyumeneng Krajan Lor RT.02/RW.05 Mranggen Demak

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 2 februari 2021 sampai dengan 28 mei 2021 Bertempat di prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 28 mei 2021

Pembimbing







Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep






NIDN.06-0901-8004




Lampiran 3. Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
FIK UNISSULA
2021

NAMA MAHASISWA : Nadiatul Aulia
NIM : 40901800064
JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn. J dengan Hipertensi di Desa Banyumeneng Krajan Lor RT.02/RW.05 Mranggen Demak
PEMBIMBING : Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep

HARI/ TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
Selasa,02 februari 2021	Bimbingan mengenai bagaimana langkah awal dalaman penyusunan KTI serta memulai pembuatan KTI dari bab 1-3	Membuat KTI dengan menggunakan buku panduan	
Rabu,10 februari 2021	Mulai mengerjakan dari bab 1-3	Bab 1 dan 2 di parafrase,bab 3 di narasikan semua	
Senin,22 februari 2021	Tahap pembuatan KTI	Lakukan sesuai format yg sudah ada dibuku	
Selasa,02 maret 2021	Bab 1	Penulisan di cek kembali, EYD, format spasi 1,5,rata kanan kiri, sumbernya didepan titik bukan dibelakang titik	

Senin,15 maret 2021	Bab 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengkajian index katz dan spsmq diambil salah satu saja ▪ Bagian diagnosa keperawatan ditulis yang mungkin muncul sesuai kasus yang dikeola dengan batasan mayor minornya ▪ Di bagian etiologi karena sumbernya sama ditulis satu saja 	
Selasa,30 maret 2021	Bab 3	Bab 3 ini dinarasikan semua serta poin-poinnya	
Jumat,09 april 2021	Evaluasi bab 1-3	Untuk penomorannya dirapikan kembali dan dilanjutkan membuat KTI sampai selesai	
Kamis,6 mei 2021	Bab 4	Narasikan semua respon klien,bagian evaluasi direvisi kembali,rencana yg akan dilakukan ditulis semua	
Senin,10 mei 2021	Bab 4	Tidak perlu diberikan penjelasan mengenai pengertian penyebab gejala tetapi langsung diberikan pejasannya seperti apa dan di bagian pengkajian ada yang kurang dijelaskan mengapa	

		tidak dilakukan dan alasannya apa.	
Sabtu,15 mei 2021	Bab 5	Kesimpulan menjawab tujuan Saran menjawab manfaat Tidak usah dibuat sendiri-sendiri tetapi digabung saja	
Rabu,19 mei 2021	Evaluasi bab 1-5	Penulisan dicek kembali dan dirapikan Turnitin masih diatas 25%	
Senin,24 mei 2021	BAB 1-5	Acc Ujian	



Lampiran 4. Leaflet hipertensi



Pola hidup sehat bagi penderita "Hipertensi"

POLA MAKAN YANG SEHAT

- Perbanyak konsumsi sayur-sayuran
 - Kacang-kacangan
- Batasi konsumsi tinggi lemak
- Batasi asupan garam/gula

Cara untuk mengontrol Hipertensi

- konsumsi obat hipertensi
- Perhatikan asupan makanan (Sedikit garam)
- Olahraga teratur
- Rutin cek tekanan darah

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.J DENGAN DARAH TINGGI DI
KRAJAN LOR BANYUMENENG MRANGGEN DEMAK**



Disusun oleh:

NADIATUL AULIA

40901800064

PRODI DIII KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

2020/2021

A. RIWAYAT KESEHATAN

1. IDENTITAS

- a. Nama (nama / inisial) : Tn. J
 b. Agama : Islam
 c. Usia : 70 tahun
 d. Pendidikan Terakhir : SD
 e. Orang yg paling dekat dihubungi : Istri
 f. Alamat : Krajan Lor RT 05 / RW 05
 Banyuwangi MANGSIK
 g. Telepon : -
 h. Tanggal masuk ke prati : -

2. Alasan masuk ke prati

3. Riwayat kesehatan

- a. Riwayat kesehatan lalu
 PM. J mengatakan sudah 2 tahun mengalami hipertensi, PM. J mengatakan hipertensi dikarenakan faktor usia.
- b. Riwayat kesehatan sekarang
 PM. J tidak mengeluh pusing karena hipertensinya sedang tidak kambuh.
- c. Riwayat kesehatan keluarga.
 PM. J mengatakan lupa.

4. Kebiasaan sehari-hari

i. Biologi

a. Pola makan

PM. J mengatakan makan 3x sehari, seperti biasa, nafsu makan PM terlihat masih baik, setiap harinya PM selalu mengonsumsi sayur.

b. Pola minum

PM. J mengatakan setiap habis makan PM selalu menghabiskan air mineral kurang lebih 600 ml dan kebutuhan minum PM dalam sehari itu sampai 2 liter.

c. Pola tidur

PM. J mengatakan kalau setiap malam PM sudah tidur saat hipertensinya sedang kambuh, PM merasa gelisah saat pusing.

d. Pola eliminasi

PM-3 mengatakan BAB 2x sehari dipagi & makan hari dan BAK nya lancar, ketika pola makan terganggu PM biasanya BAB 3-4 sehari.

e. Aktivitas dan istirahat

PM-3 mengatakan sulit untuk berjalan, dikarenakan kan sudah lansia, sehingga ketika ingin ke kamar mandi terkadang PM meminta bantuan kepada Istri atau anak. setiap pagi PM berserius dikeper rumah.

f. Rekreasi

PM-3 semayang lansia & saat PM sakit tidak pernah rekreasi dikarenakan fisik PM sudah tidak kuat.

ii. Psikologis

a. Keadaan emosi

PM-3 mengatakan tidak bisa mengendalikan emosinya, PM sering mudah marah kepada anak dan istrinya.

iii. Hubungan sosial

1.) Hubungan dengan anggota kelompok

Hubungan PM dengan Anggota kelompok sangatlah baik.

2.) Hubungan dengan keluarga

PM-3 mengatakan hubungannya dengan cucunya sangat baik.

iv. Spiritual / kultur

a. pelaksanaan ibadah

PM-3 mengatakan selalu sholat lima waktu tetapi terkadang PM lupa.

b. ketaqwaan terhadap kesehatan

PM-3 mengatakan makan sehat karena PM bisa makan & minum dengan mandiri dan saat memakai baju sendiri.

B. pemeriksaan fisik

a. Tingkat kesadaran

Composmetris

b. RTU (T.D.N.S.P.R.)

TD = 180/100 mmHg

S = 36,5 °C

H = 24 x/menit

RR = 99 x/menit

c. Pengukuran BB dan TB

BB = 47,5 kg

TB = 152 cm

d. Pemeriksaan dan kebersihan perorangan.

- pemeriksaan pandang

PM. S dapat melihat tetapi pandangannya kabur.

- Hasil pemeriksaan kelien

Hasil pemeriksaan kelien terlihat kelung berih, rambut jarang alisir, gusi jarang digigit, kuku panjang & terdapat uban.

e. Pemeriksaan fisik.

a. keadaan umum

Congestivas

b. Integumen (kulit)

tidak ada lesi, keriput, kering

c. kepala

tidak ada lesi, kulit kepala berketombe, rambut beruban.

d. Mata

sclera putih, konjungtiva tidak anemis.

pandangan kabur

e. Telinga

kedua telinga bersih, simetris, kurang normal pendengarannya.

f. Hidung dan sinus

simetris, tidak ada polip dan lesi.

g. Mulut dan Tenggorokan.

gusi PM masih lengkap, mukosa bibir lembab, terdapat karang gusi, selingsa terlihat kotor.

h. Leher

Tidak ada pembesaran Tiroid.

i. payudara

simetris tidak ada benjolan.

j. Pernapasan.

tidak ada gangguan pernapasan.

k. Kardiovaskular

Inspeksi = letus cordis normal.

Palpasi = tidak ada pembesakan jantung

Perkusi = suara redup

Auskultasi = irama lupdup

l. Gastrointestinal

Kulit pada abdomen tidak ada luka dan lesi, tidak ada nyeri tekan.

m. Perlembutan

Pada BAK sehari 5x & klien bisa mengontrol BAK.

n. Genitourinaria

bersih.

o. Muskuloskeletal

Kulit kering keciput

p. Sistem saraf pusat

Fungsi sistem saraf pusat sudah mengalami penurunan.

q. Sistem endokrin

Fungsi endokrin mulai mengalami penurunan.

6. pemeriksaan (psikososial / spiritual, indeks Katz / Barthel Indeks, status mental SPMQ, MMSE)

PENGAWASAN PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL

a.) psikososial

PM-nya mengatakan bahwa PM bisa memakai baju dan mandi dengan mandiri, PM selalu berkomunikasi dengan lansia vs lainnya dan saling tolong menolong sesama vs lainnya. sikap PM-nya dengan vs lainnya sangatlah baik. PM-nya berharap agar selalu diberi perhatian jasmani dan rohani.

b.) Identifikasi masalah emosional

pertanyaan tahap 1

- Apakah klien mengalami kesulitan tidur.

PM mengatakan ketika malam hari PM susah tidur karena berisik, dan PM merasa pusing, sehingga malam hari PM merasa gelisah.

- Apakah klien sering mengalami kesulitan tidur? PM mengatakan ketika PM gelisah PM mengalami susah tidur.
- Apakah klien sering mengalami gelisah? Iya ketika kepala PM pusing berat PM merasa gelisah sekali.
- Apakah klien murung dan memanis sendiri? Tidak, PM tidak murung dan tidak suka memanis sendiri, karena PM takut menggangu anggota keluarganya jika PM memangsir sendiri.
- Apakah klien sering wat-wat dan khawatir? Tidak, PM mengatakan tidak pernah mengalami kekhawatiran.

Pertanyaan takip 2

- Apakah lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam satu bulan? PM sering mengesetuk ketika kepalanya pusing sekali.
- Ada atau banyak pikiran? PM mengatakan banyak pikiran.
- Ada masalah dengan PM lain? PM mengatakan tidak ada masalah apapun.
- Meminumkan obat tidur / penerang obat Anggur dokter?

PM mengatakan tidak pernah mengonsumsi obat penerang.

- Cenderung memurung diri
PM mengatakan tidak pernah memurung diri tetapi PM lebih sering berbaring atau duduk di rumah daripada diluar rumah.

Masalah emosional / positif lebih dari 1 jawaban "Iya"

c.) Spiritual

PM beragama Islam, PM selalu melaksanakan sholat 5 waktu walau terkadang PM sering lupa bacaan sholat, PM terkadang bersholatwat, PM positif akan keabadian tetapi PM berharap ingin meninggal dalam keadaan baik.

PENGLAJIAN FUNGSIONAL PM
(INDEKS KATZ)

PM	Bathing	Dressing	Toileting	Transferring	Continence	Feeding
Tn. J	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Jadi, Indeks katz nya adalah Indeks katz A, pm mandiri semuanya.

PENGLAJIAN FUNGSIONAL
(BATHEL INDEKS)

KRITERIA	DENGAN BANTUAN	MANDIRI	KETERANGAN
Makan		10	frekuensi : 1 hari 3 kali jumlah : 1 porsi piring jenis : sayur nasi buah daging.
Minum		10	1 hari kurang lebih 2 liter air putih
Berpindah tempat kursi roda ke tempat tidur/ sebaliknya.		10	
Personal toilet, cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi		10	
keluar masuk toilet (mencuci pakalan, menyikat tubuh, menyiram)	0		
Mandi		10	
jalan dipermukaan datar.		10	
Makl turun tangga menyebarkan pakain	5	10	

Kontrol (BAB)		10	Frekuensi 2x sehari
Kontrol (BAK)		10	Frekuensi padat frekuensi max 1 hari 1x warna sedikit kuning.
olahraga / latihan	5		Frekuensi : 1 hari 1 x JENIS : ROM
rekreasi / pemanfaatan waktu	5		

Interpretasi hasil Barthel indeks adalah 105 maka pra ketahanan sebagian.

PENGALIHAN STATUS MENTAL GERONTIK (SPSMG)

NO	PERTANYAAN	BENAR	SALAH
1.	Tanggal berapa hari ini ?	✓	
2.	Hari apa sekarang ?	✓	
3.	Apa nama tempat ini ?	✓	
4.	Dimana alamat ini ?	✓	
5.	Berapa umur anda ?		✓
6.	Kapan anda lahir ? (jika tahu lahir)	✓	
A.	Siapa Presiden Indonesia sekarang ?	✓	
B.	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?	✓	
9.	Siapa nama ibu anda ?	✓	
10.	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.		✓
	JUMLAH	8	2

Ket :

Salah 0-5 : fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : kerusakan intelektual ringan

Salah 6-8 : kerusakan intelektual sedang

Salah 9-10 : kerusakan intelektual berat

Jadi, tingkat intelektual dengan short portable mental status questionnaire (SPSMG) adalah salah 2 (fungsi intelektual utuh)

PENGAJIAN ASPEK KOGNITIF MIHI MENTAL
STATUS EXAM (MUSE)

ASPEK KOGNITIF	NILAI MAKSIMAL	NILAI PM	KRITERIA
Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar <ul style="list-style-type: none"> - Tahun : 2020 - Musim : panas - Tanggal : 17 - Hari : Selasa - bulan : november
Orientasi	5	3	Dimana kita sekarang <ul style="list-style-type: none"> - Negara : Indonesia - Provinsi : - - Kota : Matangse - Pantai : - - Rutas : -
Identifikasi	3	3	sebutkan 3 objek (oleh pematikan) 1 detik untuk menyebutkan masing-masing objek, kemudian tanyakan pm ketiga objek tadi (untuk disebutkan) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Binung ✓ Mata ✓ Lampu
Perhatian dan kalkulasi	5	0	Meminta pm untuk memukul dari angka 100 kemudian di kurangi 7 sampai 5 kali.
Memori	3	3	Meminta pm untuk mengubasi ketiga objek tadi pada nomor 3 kalau benar 1 point masing-masing objek.
Bahasa	0	5	a. fungsikan pada sebuah benda dan ditanyakan nama nya pada pm (sua tangan & pensil) b. meminta kepada pm untuk

- Mengulangi kata berikut "jika ada, tidak ada, atau tetapi"
- c. Minta PM untuk menuliskan perintah berikut yg terdiri dari 3 langkah: "Ambil kertas di tangan anda, lipat dua dan keruk dilantai" - Ambil kertas
- lipat dua - keruk dilantai
- ambil kertas
- lipat dua
- keruk dilantai
- d. Perintahkan kepada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)
- tutup mata anda
Perintahkan kepada PM untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar
- Tulis satu kalimat
- Menyalin gambar

ket =

7-23 : aspek kognitif dari fungsi mental baik

18-22 : kawatirkan aspek fungsi mental ringan

< 17 : terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat
jadi, Interpretasi hasil Mini Mental Status Exam (MMSE) adalah 19 point, maka hasilnya kawatirkan aspek fungsi mental ringan.

1. laboratorium (bila ada)
2. Informasi perunjang (bila ada)
3. terapi media (bila ada)

B. ANALISA DATA

NO	DATA	DIAGNOSA
1:	DS : PM mengatakan pusing	Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit.

TD: 100/120
 Nadi: 99 x /menit
 RR: 24 /menit
 Gejala
 susah tidur
 tidak rileks
 DO:

PM tampak gelisah
 Membeluh pusing
 Tampak cemas
 kulit kering

2. DS: PM mengatakan sering takut
 keperet jika sakit dikamar
 mandi dan saat berjalan
 DO: PM tampak butuh bantuan
 jika mau ke kamar
 mandi karena takut terjatuh
 PM tampak gelisah dan
 takut terjatuh
- Risiko jatuh b.d kekuatan
 otot menurun

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit.
2. Risiko jatuh b.d kekuatan otot menurun.

D. INTERVENSI

NO	DIAGNOSA	TUJUAN Umum	TUJUAN khusus	Kriteria Hasil	Beragam Tindakan
1.	Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit	Nyeri dapat berkurang	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, klien merasa nyaman setelah nyeri berkurang	- Kesjahteraan fisik meningkat - Kesjahteraan fisiologis meningkat - keluhan tidak nyaman menurun - gelisah	- Identifikasi tekuk - Relaksasi efektif es - Pemasangan - Identifikasi kesedihan, kemampuan

			<p>dan batas normal TD sekitar 120/80 mmHg.</p> <p>Menurun.</p> <ul style="list-style-type: none"> - kebisngan menurun - keluhan sulit tidur menurun - suhu tubuh membaik - pola tidur membaik 	<p>dan penguraan teknik sebelumnya</p> <ul style="list-style-type: none"> - periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, TD, & suhu sebelum & sesudah tarikan. - Monitor respon terhadap terapi relaksasi - Anjurkan pakaian longgar - Anjurkan nada suara lembut dengan irama lambat & berirama. - Anjurkan mengambil posisi nyaman - Anjurkan rileks & merasakan terapi relaksasi - Anjurkan sering mengulang atau melatih teknik relaksasi.
--	--	--	--	---



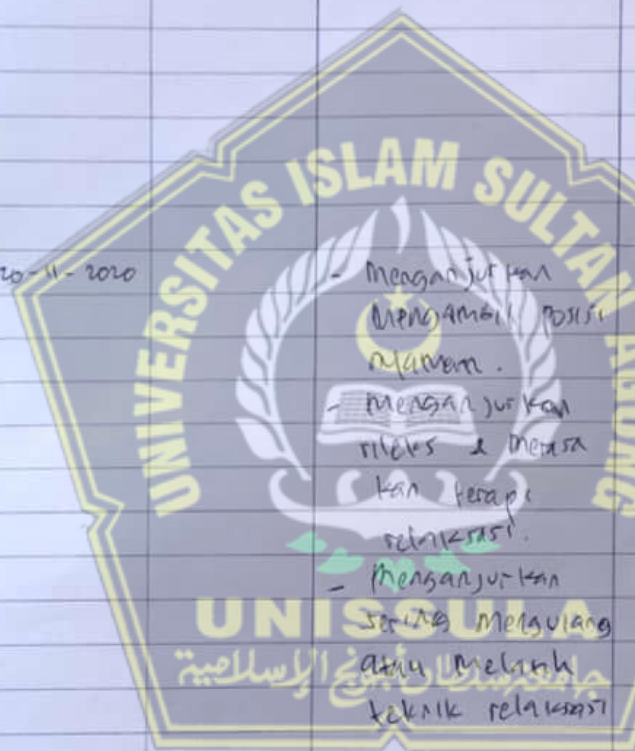
2-	Posisi jatuh berhubungan dengan kekakuan brot menurun	Jatuh tidak terjadi	Setelah dibekukan tidak akan keperawatan selama 2x24 jam. klien dapat menangani risiko potensial dalam lingkungan vs mencegah kan jatuh.	<ul style="list-style-type: none"> - jatuh dari tempat tidur menurun. - Jatuh saat berdiri menurun - jatuh saat berjalan menurun - jatuh saat naik tangga menurun - jatuh saat di kamar mandi menurun - jatuh saat menibnut menurun. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor risiko jatuh - Identifikasi faktor lingkungan vs meningkatkan - Risiko jatuh - Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya. - Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah. - gunakan alat bantu berjalan - Anjurkan menggunakan alat bantu vs tidak licin. - Anjurkan bertekensentrasi untuk Mejanya keseimbangan tubuh - Anjurkan melebarkan jarak kaki
----	---	------------------------	--	--	--

						kaki untuk meningkatkan kesimbangan saat berdiri.
--	--	--	--	--	--	---

E. IMPLEMENTASI

Tgl / Waktu	DX	Implementasi	Respon klien	TTD
18-11-2020	Orang tua yang berhubung dengan gejala parestesi	<ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi teknik relaksasi efektif yg pernah digunakan. - mengidentifikasi kesiapan, kemampuan, & penguasaan teknik sebelum ini. - memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, TD & suhu sebelum & sesudah latihan. 	<p>S:</p> <p>PM mengatakan belum pernah mengonsumsi teknik relaksasi apapun.</p> <p>O:</p> <p>PM tampak berkesra jujur</p> <p>S:</p> <p>PM mengatakan mau.</p> <p>O:</p> <p>PM tampak bersedia</p> <p>S:</p> <p>PM mengatakan setuju</p> <p>O:</p> <p>PM mengangguk</p>	<p>✓/✓</p>
19-11-2020		<ul style="list-style-type: none"> - Memantau respon terhadap p relaksasi - Menyusunkan pakaian longgar - Menyusunkan nada suara lembut dengan irama lambat & berirama 	<p>S:</p> <p>PM mengatakan mau</p> <p>O:</p> <p>PM tampak bersedia</p> <p>S:</p> <p>PM mengatakan mau memakai pakaian yg longgar.</p>	<p>✓/✓</p>

20-11-2020



- Mengajukan Mengambil posisi malam.
- Mengajukan rileks & merasa kan tetapi santai.
- Mengajukan serta mengulang atau melihat teknik relaksasi

O: pm terlihat mau

S: pm mengatakan nyaman jika mendengar suara berirama

O: pm tampak tenang & nyaman.

S: pm mengatakan mau mengambil posisi yg nyaman.

O: pm tampak beres



S: pm mengatakan merileksi tetapi yg di ajarkan.

O: pm tampak rileks.

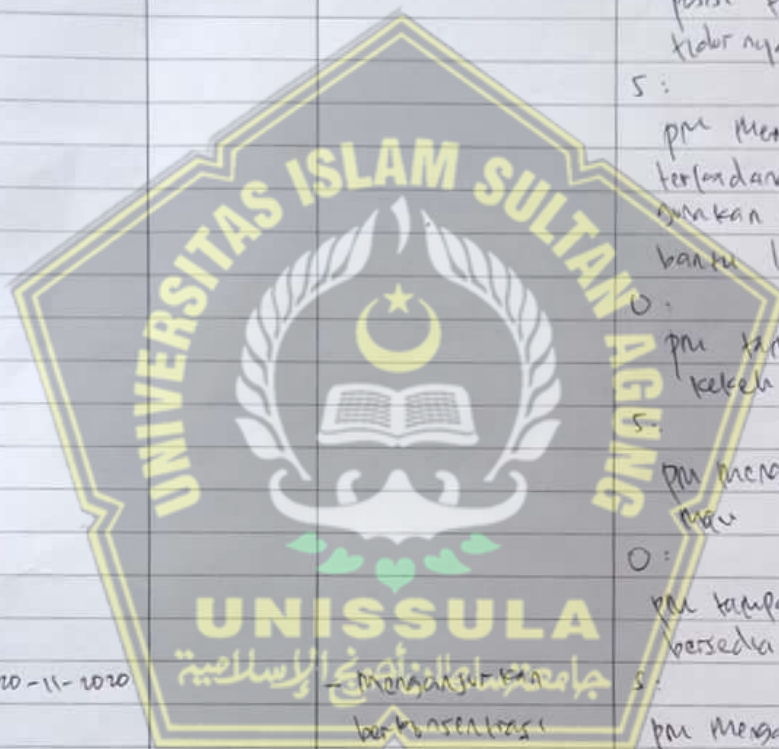
S: pm mengatakan mau mengulang teknik relaksasi akan merasa tenang.

O: pm tampak mau mengulang



GPJ




	18-11-2020	PERILAH jatuh berhubungan dengan kelelahan otot menurun	- Mengidentifikasi lokasi faktor resiko jatuh. - Mengidentifikasi faktor lingkungan yg meningkatkan resiko jatuh. - Memantau kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya.	S: pm mengatakan belum merasa baik hal-hal yg dapat menyebabkan jatuh. O: pm tampak baik-baik belum mengetahui S: pm merasa kini sudah mengetahui O: pm tampak sudah berhati-hati. S: pm merasa kini sudah dibantu oleh mesin berpindah tempat. O: pm tampak memang tidak mampu melakukan sendiri.	
	19-11-2020		- Memantau tempat tidur pasien pada posisi terendah. - Menggunakan alat bantu	S: pm mengatakan keluarganya sudah menyanggah tempat tidur pm	

		berjalan. - menganjurkan menggunakan alas kaki yg tidak licin.	semaksimal mungkin agar tidak terpeles. D: pm tampak nyaman dengan posisi tempat tidurnya. S: pm mengatakan terfasilitas meng gunakan alat bantu berjalan D: pm tampak kecewa S: pm mengatakan mau D: pm tampak bersedia. S: pm mengatakan mau D: pm tampak Mematu perintah perintah. S: pm mengata kan mau untuk melebarkan kaki nya D: pm tampak bersedia.	
20-11-2020		- menganjurkan berkeselaras untuk menjaga keseimbangan tubuh - menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri.		



F. CATATAN PERKEMBANGAN

Tgl / Waktu	Diagnosa	evaluasi	TTD
18-11-2020	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit	<p>S:</p> <p>pasien melaporkan tingkat sakit yang dapat menyebabkan hipertensi nya naik.</p> <p>D:</p> <p>pasien tampak sputum</p> <p>A:</p> <p>Masalah gangguan rasa nyaman (nyeri) belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>selalu monitor pasien agar tidak melukai lain yang dapat menyebabkan hipertensi nya naik.</p>	
19-11-2020		<p>S:</p> <p>pasien melaporkan telah mengonsumsi pakan kasar dan pasien melaporkan nyaman jika mendengar suara yang lembut & berisik.</p> <p>O:</p> <p>pasien tampak nyaman dan pasien tampak mendengar suara yang lembut & berisik.</p> <p>A:</p> <p>Masalah gangguan rasa nyaman (nyeri) belum teratasi.</p> <p>P:</p> <p>selalu monitor pasien agar mengonsumsi</p>	

20-11-2020		Paksaan vs lompat. asar PM Memria sileksi.	
		S: pm mengatakan sudah nyaman & tidak gelisah lagi D: pm tampak tenang & mau melakukan terende vs diajarkan A: masalah gangguan rasa nyaman sudah teratasi. P: Motivasi keluarga pm agar selalu menciptakan lingkungan vs asuk & nyaman.	
18-11-2020	Periko jatuh berhibu man dengan keluhan an otot memulon.	S: pm mengatakan kesulitan jika akan berpindah tempat	
		D: pm tampak benar-benar telah berhibu A: Merujuk resiko jatuh belum teratasi P: Meminta keluarga pm agar selalu memantau pm jika hendak ke kamar mandi.	
19-11-2021		S: pm mengatakan berredia memsumken	

alat bantu jika pm butuh
saya, agar tidak
ketegangan.

D:
pm jangan beresedek &
menagerti.

A:
Masalah resiko jatuh
belum teratasi

P:
Membantu keluarga pm
agar selalu beresedek
kan alat bantu
di dekat pm.

S:
pm mengingatkan akan
berhati-hati jika ingin
melakukan sesuatu &
akan meminta bantuan
jika pm membutuhkan.

D:
pm tampak memahami
apa yang telah diajarkan

A:
Masalah resiko jatuh
sudah teratasi

P:
Memotivasi pm
agar selalu semangat
hidup & berhati-hati
dalam menjaga
kecermatan tubuh

20-11-2020

