

### BAB III

## TINJAUAN KASUS

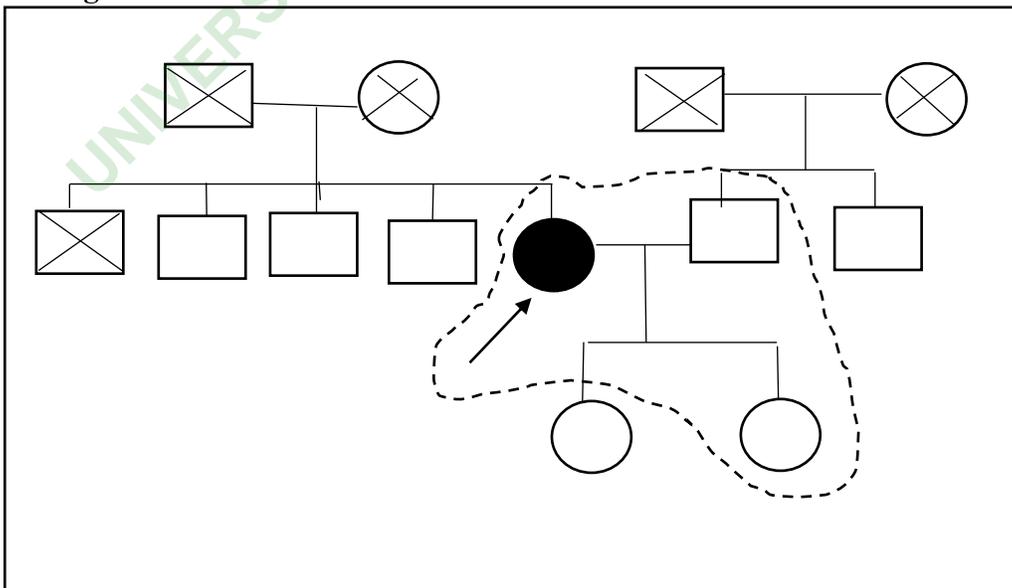
### PENGAJIAN KEPERAWATAN

Nama mahasiswa : Nanang Kurniawan  
Tempat praktik : Puskesmas Kasihan II  
Tanggal praktek : 18 – 30 Desember 2023  
Tanggal pengkajian : 21 Desember 2023

#### A. Riwayat Klien/Data Umum Klien

Nama : Ny. B  
Tempat/tgl lahir/usia : Yogyakarta, 22 November 1960 (63 tahun)  
Alamat : Plurugan, RT 10 Plurugan  
Jenis kelamin : Perempuan  
Suku : Jawa  
Agama : Islam  
Pendidikan : SD  
Status perkwaninan : Menikah

#### Genogram



**Keterangan :**

- : Pasien
- : Perempuan
- : Laki-laki
- X : Meninggal
- : Ada hubungan darah / keluarga
- - - : Tinggal satu rumah

Klien tinggal satu rumah bersama dengan suami dan anak ke dua.

**B. Status Kesehatan Saat Ini**

Status kesehatan umum selama 1 tahun: Pernah berobat ke puskesmas, ada pengapuran sendi di lutut sebelah kanan

Keluhan utama saat ini : Tekanan darah tinggi, sedikit pusing

Riwayat kesehatan keluarga : Ayah pasien mempunyai Riwayat hipertensi

Riwayat Alergi : Tidak ada alergi obat atau makanan

**Pola kebiasaan sehari – hari****a. Nutrisi**

BB: 58 kg      TB: 156 cm

$$IMT = \frac{58}{1,56 \times 1,56} = \frac{58}{2,4336} = 23,83 \text{ (sedang)}$$

Biokimia : Tidak ada

Clinical sign : TD : 167/96 mmhg, S : 36,7 C, N : 98x/m, RR : 20x/m

Frekuensi makan : 3x sehari, makan 1 porsi habis.

Nafsu makan : Baik

Jenis makanan : Nasi, sayur dan lauk

Keluhan yang b/d makan: tidak ada

Alergi makanan : tidak ada

**b. Eliminasi**

## 1) BAK

Frekuensi dan waktu : 4-5x/hari

Kebiasaan BAK malam hari: buang air kecil sebelum tidur

Keluhan yang b/d BAK : Tidak ada

Warna urin : kuning khas urin

## 2) BAB

Frekuensi dan waktu : 2 hari 1 kali

Konsistensi : lunak

Keluhan yang b/d BAB : Tidak ada keluhan

Riwayat penggunaan laksatif: Tidak ada

**c. Personal Hygiene**

## 1) Mandi

Frekuensi dan waktu : 2x sehari (pagi dan sore)

Pemakaian sabun : Ya

## 2) Oral Hygiene

Frekuensi dan waktu gosok gigi : Setiap mandi selalu menggosok gigi

## 3) Cuci rambut

Frekuensi : Seminggu 3 kali

Penggunaan Shampo : Ya

## 4) Kuku dan tangan

Frekuensi gunting kuku : satu minggu sekali

Kebiasaan mencuci tangan menggunakan sabun: mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir

**d. Istirahat dan tidur**

Lama tidur malam : 20.00-05.00 WIB

Tidur siang : kadang-kadang. 30-60 menit. 13.00-14.00 WIB

Keluhan b/d tidur : Tidak ada

**e. Kebiasaan mengisi waktu luang**

Olahraga : Senam pagi

Nonton TV : jika tidak ada kegiatan selalu menonton TV

Membersihkan rumah

**f. Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan**

**(Jenis/Frekuensi/Jumlah/Lama pakai)**

Merokok : Tidak

Minuman keras: Tidak

Ketergantungan terhadap obat: Tidak

**C. Pemeriksaan Fisik**

**1. Umum**

Keadaan umum : Compos Mentis

Keadaan fisik : Baik

Nyeri : Tidak ada

**2. Sistem persepsi sensori**

**Pendengaran**

Perubahan pendengaran : masih normal tidak ada masalah

Sensitivitas pendengaran : masih normal tidak ada masalah

**Penglihatan**

Perubahan penglihatan : normal tidak ada masalah

Kacamata/lensa kotak : tidak menggunakan kaca mata

Kabur : normal tidak ada masalah

**Pengecapan/Penghidung**

Alergi : Tidak ada alergi

Mulut : normal

Kesulitan menelan : Tidak ada

**3. Sistem Pernafasan**

Thorax

Inspeksi	: Dada simetris, tidak ada lesi dan benjolan
Palpasi	: Tidak ada nyeri tekan dan benjolan
Perkusi	: Resonan
Auskultasi	: Vesikuler

#### 4. Sistem Kardiovaskular

Capillary refill	: < 3 detik
Suara jantung	: lubdup
Lain – lain/ket:	

#### 5. Sistem Gastrointestinal

##### Abdomen

Inspeksi	: Bentuk simetris
Auskultasi	: bising usus normal 10x/menit
Perkusi	: Timpani
Palpasi	: Tidak ada nyeri tekan

#### 6. Sistem saraf pusat

Masalah koordinasi	: Tidak ada masalah
Tremor/Spasme/Tic	: Tidak ada masalah
Kesadaran	: composmentis
Orientasi orang	: bisa mengenali orang lain dengan baik
Orientasi waktu	: bisa mengingat hari, tanggal dan tahun

#### 7. Sistem Muskuloskeletal

Nyeri persendian	: nyeri dibagian lutu sebelah kiri
Kekakuan	: tidak ada
Kekuatan otot	: kuat
Rentang gerak	: sedikit terbatas
Masalah cara berjalan	: sedikit pelan
Sikap tubuh	: Tidak membungkuk (normal)

#### 8. Sistem Integument

Lesi/luka	: tidak ada luka
-----------	------------------

Memar : Tidak ada memar  
 Kalus : Tidak ada kalus  
 Pressure ulce : Tidak ada masalah

## 9. Sistem Reproduksi

### Wanita

Sistokel/rektokel/Prolaps : -  
 Penyakit kelamin : tidak ada  
 Lesi : tidak ada  
 Aktivitas seksual : -  
 Riwayat menstruasi : -  
 Riwayat menopause : menopause sejak 3 tahun yang lalu

## 10. Sistem perkemihan

Disuria : Tidak ada masalah  
 Menetes : Tidak ada masalah  
 Hematuria : Tidak ada masalah  
 Poliuria : Tidak ada masalah  
 Nyeri saat berkemih : Tidak

## D. Data Penunjang

Pemeriksaan GDS : 122 mg/dl

## E. Terapi

Tidak ada (Pasien belum konsumsi obat Antihipertensi dikarenakan takut ketergantungan obat)

## 1. Hasil pengkajian khusus

- a) Fungsi kognitif : masih bisa mengingat dengan baik
- b) Fungsi psikologis : tidak ada gangguan psikologis
- c) Dukungan keluarga : anak dan menantu mendukung
- d) Status kemandirian : Mandiri

## 2. Psikososial Budaya Dan Spiritual

### - Psikologis

Perasaan saat ini dalam menghadapi masalah : diam saat kesal atau menahan marah

Cara mengatasi perasaan tersebut : menyibukan diri dengan aktivitas sehari-hari.

Rencana setelah masalah selesai : Tidak ada

Jika masalah tidak dapat diselesaikan : Tidak ada

Pengetahuan klien tentang masalah/ Penyakit yang dihadapi: belum paham terkait apa yang harus dilakukan, cara-cara pengendaliannya

### - Sosial

Aktivitas atau peran di masyarakat : beraktivitas baik di lingkungan masyarakat

Kebiasaan yang tidak disukai di lingkungan : Tidak ada

Cara mengatasinya : Tidak ada

Pandangan klien tentang aktivitas sosial di lingkungannya: baik

### - Budaya

Budaya yang diikuti klien : Jawa

Keberatan/tidak terhadap budaya yang diikuti : Tidak

Cara mengatasi (jika keberatan) : Tidak ada

### - Spiritual

**Aktivitas ibadah sehari – hari yang dilakukan** : pasien mengatakan sholat lima waktu, rutin ke masjid untuk jamaah subuh dan magrib

**Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan** : pasien mengatakan pergi ke Masjid, sholat jamaah, pengajian dll

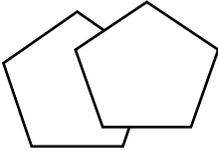
**Kegiatan ibadah yang saat ini tidak bisa dilakukan** : Tidak ada

**Perasaan klien karena tidak bisa melaksanakan ibadah tersebut** : tidak ada

**Upaya klien mengatasi masalah tersebut** : Tidak ada

**Keyakinan klien tentang masalah/peristiwa kesehatan yang sekarang sedang dialami** : pasien mengatakan bahwa kesehatan itu penting, harus diimbangi antara usaha dan doa

Tabel 3. 1 *Mini-Mental State Examination* (MMSE)

No	Pertanyaan	Skor	Hasil skor
<b>ORIENTASI</b>			
1	Sekarang (tahun), musim, bulan, tanggal, hari apa?	5	4
2	Kita berada dimana? Negara, provinsi, kota, alamat klinik, lantai/kamar	5	5
<b>REGISTRASI</b>			
3	Sebutkan 3 benda yang berbeda kelompoknya selama 1 detik (misalnya apel, meja, koin) responden diminta untuk mengulangnya. Nilai 1 untuk setiap nama benda yang benar. Ulangi sampai responden dapat menyebutkan dengan benar dan catat jumlah pengulangan.	3	3
<b>ATENSI DAN KALKULASI</b>			
4	Kurangi 100 dengan 7 cara berurutan atau disuruh mengeja terbalik kata "Wahyu". Nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar. Hentikan setelah 5 jawaban	5	4
<b>MENINGAT KEMBALI (RECALL)</b>			
5	Pasien disuruh menyebutkan kembali 3 benda di atas	3	3
<b>BAHASA</b>			
6	Pasien disuruh menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (perlihatkan pensil dan buku)	3	3
7	Pasien disuruh mengulangi kata-kata: "namun", "tanpa", "bila"	1	1
8	Pasien disuruh melakukan perintah: "ambil kertas ini dengan tangan anda, lipat menjadi 2 dan letakan dilantai"	3	3
9	Pasien disuruh membaca dan melakukan perintah "pejamkanlah mata anda"	1	1
10	Pasien disuruh menulis sebuah kalimat dengan spontan	1	1
11	Pasien suruh menyalin gambar bentuk dibawah ini:	1	1
			
<b>TOTAL</b>		30	28

**Didapatkan hasil klien tidak ada gangguan kognitif**

Interpretasi skor:

24-30 = tidak ada gangguan kognitif

18-23 = kelainan kognitif ringan  
 0-17 = kelainan kognitif berat

Nama Pasien : Ny. B  
 Nama Pemeriksa : Nanang Kurniawan  
 Tanggal : 21 Desember 2023

Tabel 3. 2 *Braden Scale*

<b>PERSEPSI SENSORI</b>	<b>1. Keterbatasan Total</b>	<b>2. Sangat Terbatas</b>	<b>3. Sedikit Terbatas</b>	<b>4. Tidak ada Gangguan</b>
Kemampuan untuk mengenal adanya tekanan ketidaknyamanan	Tidak berspon pada rangsang nyeri karena menurunnya kesadaran atau Terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri di seluruh tubuh	Hanya berespon terhadap rangsang nyeri Tidak mampu menyatakan ketidakmampuan, hanya berupa rintihan atau gelisah atau Menderita gangguan sensori yang membatasi kemampuan merasakan nyeri/ketidaknyamanan di hampir separuh tubuhnya	Berespon pada perintah verbal, tapi tidak selalu mengkomunikasikan adanya ketidaknyamanan atau Menderita beberapa gangguan sensori yang membatasi kemampuan merasakan nyeri/ketidaknyamanan pada satu atau dua ekstremitas	Berespon pada perintah verbal/ Tidak menderita gangguan sensori (√)
<b>KELEMBABAN</b>	<b>1. Selalu lembab</b>	<b>2. Sangat lembab</b>	<b>3. Kadang lembab</b>	<b>4. Jarang lembab</b>
Derajat kelembaban kulit	Keadaan kulit selalu basah oleh keringat, urine, dll. Hal ini diketahui saat pasien bergerak atau berbalik	Kulit sering lembap, tapi tidak selalu. Linen harus diganti setidaknya 1x/shift	Kulit kadang lembap, linen seharusnya diganti setiap hari	Kulit biasanya kering linen diganti sesuai tindakan rutin (√)
<b>AKTIVITAS</b>	<b>1. Bedfast</b>	<b>2. Chairfas</b>	<b>3. Walks occasionally</b>	<b>4. Walk frequently (√)</b>
Tingkat aktivitas fisik	Hanya berbaring di tempat tidur	Tidak mampu berjalan/berdiri. Tidak mampu menahan berat badan sendiri, harus dibantu menuju kurs	Jarang berjalan, hanya jarak dekat dengan atau tanpa bantuan. Lebih banyak berbaring atau duduk	

<b>MOBILITAS</b> Kemampuan untuk berubah an mengatur posisi tubuh	<b>1. Imobilitasi total</b> Tidak mampu merubah posisi tubuh tanpa bantuan	<b>2. Sangat terbatas</b> Mampu merubah posisi tubuh, tapi tidak sering mampu bergerak sendiri	<b>3. Sedikit terbatas</b> Mampu merubah posisi tubuh sendiri	<b>4. Tidak ada batasan</b> Mampu dan sering berubah posisi tubuh tanpa bantuan (√)
<b>NUTRISI</b> Pola makan	<b>1. Sangat buruk</b> Tidak pernah makan habis, hanya 1/3 porsi. Kurang makan protein/hari, kuran minum atau puasa dan atau terpasang IV line lebih dar i 5 hari	<b>2. Kemungkinan adekuat</b> Jarang makan, hanya ½ porsi. Mengonsumsi supplement atau Menerima kurang dari jumlah optimal dari makanan cair per-NGT	<b>3. Adekuat</b> Memakan separuh lenih porsi, 4 porsi protein atau Menggunakan NGT atau mendapat TPN yang memenuhi nutrisi yang dibutuhkan	<b>4. Excellent (√)</b>
<b>FRICITION &amp; SHEAR</b>	<b>1. Bermasalah</b> Membutuhkan bantuan maksimal dalam bergerak. Tidak mampu mengangkat badan tanpa bergesekan dengan alas	<b>2. Potensi terjadi masalah</b> Bergerak dengan memerlukan bantuan minimal	<b>3. Tidak ada masalah</b> Bergerak di tempat tidur dan kursi secara mandiri, memiliki kekuatan otot untuk mengangkat badan sempurna sebelumbergerak. Mampu mempertahankan posisi saat duduk ataupun tidur (√)	

**Hasil: Jumlah skor 23, dimana klien tidak memiliki resiko terjadinya luka tekan**

Score :

15 – 18 berisiko/resiko ringan

13 – 14 resiko sedang

10 – 12 resiko tinggi

≤ 9 resiko sangat tinggi

Tabel 3. 3 Katz Index

<b>AKTIVITAS</b>	<b>KEMANDIRIAN</b>	<b>KETERGANTUNGAN</b>
Poin (1 atau 0)	(1 poin) TIDAK ADA pemantauan, perintah ataupun didamping (√)	(0 poin) Dengan pemantauan, perintah, pendampingan personal atau perawatan total
<b>MANDI</b> Poin :	(1 poin) Sanggup mandi sendiri tanpa bantuan, atau hanya memerlukan bantuan pada bagian tubuh tertentu (punggung, genital, atau ekstermitas lumpuh) (√)	(0 poin) Mandi dengan bantuan lebih dari satu bagian tubuh, masuk dan keluar kamar mandi. Dimandikan dengan bantuan total
<b>BERPAKAIAN</b> Poin :	(1 poin) Berpakaian lengkap mandiri. Bisa jadi membutuhkan bantuan untuk memakai sepatu (√)	(0 poin) Membutuhkan bantuan dalam berpakaian, atau dipakaikan baju secara keseluruhan
<b>TOILETING</b> Poin:	(1 poin) Mampu ke kamar kecil (toilet), mengganti pakaian, membersihkan genital tanpa bantuan (√)	(0 poin) Butuh bantuan menuju dan keluar toilet, membersihkan sendiri atau menggunakan telepon
<b>PINDAH POSISI</b> Poin :	(1 poin) Masuk dan bangun dari tempat tidur / kursi tanpa bantuan. Alat bantu berpindah posisi bisa diterima (√)	0 poin) Butuh bantuan dalam berpindah dari tempat tidur ke kursi, atau dibantu total
<b>KONTINENSIA</b> Poin :	(1 poin) Mampu mengontrol secara baik perkemihan dan buang air besar (√)	(0 poin) Sebagian atau total inkontinensia bowel dan bladder
<b>MAKAN</b> Poin :	(1 poin) Mampu memasukkan makanan ke mulut tanpa bantuan. Persiapan makan bisa jadi dilakukan oleh orang lain (√)	(0 poin) Membutuhkan bantuan sebagian atau total dalam makan, atau memerlukan makanan parenteral

**Hasil: Jumlah skor 6, dimana klien miliki kemandirian tinggi**

TOTAL POIN:

6 = Tinggi (Mandiri); 4 = Sedang; < 2 = Gangguan fungsi berat; 0 = Rendah (Sangat tergantung)

### PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX (PSQI)

**Petunjuk:**

Pertanyaan-pertanyaan berikut ini berhubungan dengan kebiasaan tidur. Jawaban lansia sebaiknya menunjukkan jawaban yang paling akurat atas kebiasaan tidur lansia pada sebagian besar siang dan malam. Jawablah seluruh pertanyaan.

1. Pada pukul berapa Anda biasanya tidur ? Jam 22.00 (skor 2)
2. Berapa lama (berapa menit) anda membutuhkan waktu untuk tertidur? 30 menit (skor 1)
3. Pukul berapa biasanya anda bangun di pagi hari? Jam 03.00 (skor 2)
4. Berapa jam anda tidur pada malam hari? 5-6 jam (skor 2)
5. Selama sebulan terakhir, apakah tidur Anda sering terganggu ? Tidak

	Tidak ada dalam sebulan terakhir	Sekali seminggu	Dua kali seminggu	Tiga kali atau lebih seminggu
a. Tidak bisa tidur dalam waktu 30 menit			√ (1)	
b. Terbangun di tengah malam atau dini hari				√ (3)
c. Harus bangun untuk menggunakan kamar mandi				√ (3)
d. Sulit untuk bernafas saat tidur		√ (1)		
e. Batuk atau mendengkur keras saat tidur		√ (1)		
f. Merasa kedinginan				√ (3)
g. Merasa terlalu panas saat tidur			√ (2)	
h. Mengalami mimpi buruk	√ (0)			
i. Merasa nyeri		√ (1)		
j. Alasan lain, kalau		√ (1)		

ada tolong jelaskan termasuk seberapa sering anda mengalaminya				
	<b>Tidak ada pada bulan lalu</b>	<b>Kurang dari seminggu</b>	<b>Sekali atau dua kali seminggu</b>	<b>Tiga kali atau lebih seminggu</b>
6. Selama sebulan ini seberapa sering anda meminum obat (resep) untuk membantu anda tidur	√ (0)			
7. Selama sebulan ini, seberapa sering anda mengalami kesulitan untuk terjaga Ketika anda makan, atau terlibat dalam kegiatan sesial pada siang hari		√ (1)		
1. Selama sebulan ini seberapa banyak masalah yang anda hadapi, sehingga anda tetap bersikeras dan semangat untuk menyelesaikannya. ?		√ (1)		
	<b>Sangat baik</b>	<b>Cukup baik</b>	<b>Kurang baik</b>	<b>Sangat buruk</b>
2. Selama bulan ini bagaimana anda menilai kualitas tidur anda, mencakup kepuasan dan kecukupan tidur anda.?		√ (1)		

### Penilaian PSQI

Komponen	No Item	Respon	Skor
Kualitas tidur subjektif	9	Sangat baik Cukup baik Buruk Sangat buruk	0 1 2 3
Latensi tidur	2	<15 menit (0) 16-30 menit (1) 31-60 menit (2) >60 menit (3)	Jumlah dari skor no 2 dan 5a 0=0 1-2=1 3-4=2 5-6=3
	5a	Tidak pernah (0) 1 kali seminggu (1) 2 kali seminggu (2) 3 kali seminggu/lebih seminggu (3)	
Durasi tidur	4	>7 jam 6-7 jam 5-6 jam <5jam	0 1 2 3
Efisien kebiasaan tidur	4 3 1		>85%=0 75-85%=1 65-74%=2 <65%=3
Gangguan tidur	5b-5j	Tidak pernah (0) 1 kali seminggu (1) 2 kali seminggu (2) 3 kali/lebih seminggu	Jumlah dari skor 5b-5j 0=0 1-9=1 10-18=2 19-27=3
Penggunaan obat tidur	6	Tidak pernah 1 kali seminggu	0 1

		2 kali seminggu	2
		3 kali/lebih seminggu	3
Disfungsi pada siang hari	7 8	Tidak pernah (0) 1 kali seminggu (1) 2 kali seminggu (2) 3 kali/lebih seminggu (3)	Jumlah skor 7 dan 8 0=0 1-2=1 3-4=2 5-6=3

Tabel 3. 4 *Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS)*

1. (s) Saya sulit untuk ditenangkan	0 (√)	1	2	3
2. (a) Saya merasa mulut saya kering	0	1(√)	2	3
3. (d) Saya tidak dapat merasakan perasaan yang positif	0(√)	1	2	3
4. (a) Saya mengalami kesulitan bernafas	0(√)	1	2	3
5. (d) Saya sulit mendapatkan semangat untuk melakukan sesuatu	0(√)	1	2	3
6. (s) Saya cenderung bertindak berlebihan	0 (√)	1	2	3
7. (a) Saya mengalami gemeteran pada tangan	0(√)	1	2	3
8. (s) Saya merasakan menggunakan banyak energi untuk cemas	0	1 (√)	2	3
9. (a) Saya merasakan khawatir terhadap situasi yang membuat saya panik dan melakukan hal yang bodoh	0	1	2(√)	3
10. (d) Saya merasa tidak memiliki masa depan	0(√)	1	2	3
11. (s) Saya merasa semakin gelisah	0(√)	1	2	3
12. (s) Saya sulit untuk relaksasi	0(√)	1	2	3

13. (d) Saya merasa sedih dan murung	0	1(√)	2	3
14. (s) Saya merasa tidak sabar terhadap sesuatu yang membuat saya bertahan dengan apa yang telah saya lakukan	0(√)	1	2	3
15. (a) Saya mudah menjadi panic	0	1	2 (√)	3
16. (d) Saya tidak antusias terhadap sesuatu	0(√)	1	2	3
17. (d) Saya merasa tidak berharga	0(√)	1	2	3
18. (s) Saya mudah tersentuh	0	1(√)	2	3
19. (a) Saya merasakan kerja jantung saya	0	1	2(√)	3
20. (a) Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas	0	1(√)	2	3
21. (d) Saya merasa hidup ini tidak berarti	0(√)	1	2	3

Skor :

- 0 : Tidak pernah dialami  
 1 : Kadang dialami  
 2 : Sering dialami  
 3 : Sangat sering dialami

Total skor DASS-21 depresi skor 1, anxiety skor 8, stress 2 maka pasien mengalami depresi = **normal**, anxiety = **ringan** dan stress = **normal**.

Intrepretasi Hasil DASS-21

Kategori	Depresi	Rasa Cemas	Stress
Normal	0-9	0-7	0-14
Ringan	10-13	8-9	15-18
Sedang	14-20	10-14	19-25
Berat	21-27	15-19	26-33

### Pengkajian resiko jatuh

Tabel 3. 5 *Morse Fall Scale* (MFS)

No	Pengkajian	Skala	Nilai
1.	Apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	tidak	0
		ya	25
2.	Apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit?	tidak	0
		ya	15
3.	Alat bantu jalan:	tidak	0
	1. Bed rest/dibantu perawat		0
	2. Kruk/tongkat/walker		15
	3. Berpegangan pada enda benda disekitar		30
4.	Apakah lansia terpasang infus?	tidak	0
		ya	20
5.	Gaya berjalan/cara berpindah?		10
		1. Normal	0
		2. Lemah	10
		3. Gangguan/tidak normal(pincang, diseret)	20
6.	Status mental:		0
		1. Lansia menyadari kondisinya	0
		2. Lansia mengalami keterbatasan daya ingat	15
<b>Total</b>			<b>10</b>

**Pasien Tidak beresiko jatuh = 10**

Keterangan :

0-24 = tidak beresiko jatuh

25-50 = risiko rendah

≥51 =\_risiko tinggi jatuh

## F Asuhan Keperawatan

Tabel 3. 6 Analisa Data

Data	Masalah	Etiologi
DS: - Ny. B mengatakan dikeluarga ada riwayat penderita hipertensi (Ayah)	Resiko Perfusi Cerebral tidak efektif (D.0017)	Hipertensi
DO: - TD 167 / 96 mmhg - Nadi 98 x / mnt - Suhu 36,7 C - RR : 20 x / mnt		
DS: - Ny. B mengatakan sering merasa khawatir dengan kondisi menantunya yang sedang sakit - Ny.B mengatakan beberapa hari terakhir mengeluh pusing	Ansietas (D.0080)	Kekhawatiran mengalami kegagalan
DO: - Tekanan Darah meningkat 167 / 96 mmhg - Frekuensi nadi meningkat 98 x / mnt		
DS: - Ny. B menanyakan tentang status masalah kesehatannya, menanyakan apa yang harus dihindari dan apa yang harus dilakukan - Ny. B Belum mengonsumsi obat HT dikarenakan takut ketergantungan	Defisit Pengetahuan Tentang : Manajemen hipertensi (D.0143)	Kurang terpapar informasi

### 15) Diagnosa Keperawatan

- Defisit Pengetahuan Tentang : Manajemen hipertensi (D.0143) b.d Kurang terpapar informasi
- Resiko Perfusi Cerebral tidak efektif (D.0017) b.d Hipertensi
- Ansietas (D.0080) b.d Kekhawatiran mengalami kegagalan

Tabel 3. 7 Intervensi Keperawatan

No. DX	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Defisit Pengetahuan Tentang Manajemen hipertensi (D.0143) b.d Kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x30 menit diharapkan tingkat pengetahuan membaik dengan Kriteria Hasil: <b>Tingkat Pengetahuan (L.12111)</b> - Kelmampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic dari skala 2 cukup menurun ke skala 5 meningkat - Perilaku sesuai dengan pengetahuan dari skala 2 cukup menurun ke skala 5 meningkat - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi dari skala 2 cukup meningkat ke skala 5 menurun	<b>Edukasi Kesehatan (I.12383)</b> <b>Observasi</b> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <b>Terapeutik</b> - Sediakan materi dan media - Pendidikan Kesehatan - Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya <b>Edukasi</b> - Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
2.	Resiko Perfusi Cerebral tidak efektif (D.0017) b.d Hipertensi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x30 menit diharapkan perfusi cerebral meningkat dengan kriteria hasil: <b>Perfusi Cerebral (L.05042)</b> - Sakit kepala. Dari skala 3 sedang menjadi skala 5 menurun	<b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325)</b> <b>Observasi</b> - Identifikasi penyebab peningkatan TIK - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis/ Tekanan Darah Meningkat) <b>Terapeutik</b> - Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nilai rata-rata tekanan darah Dari skala 3 sedang menjadi skala 5 membaik</li> <li>- Tekanan darah sistolik Dari skala 3 sedang menjadi skala 5 membaik</li> <li>- Tekanan darah diastolic Dari skala 3 sedang menjadi skala 5 membaik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cegah terjadinya kejang</li> <li>- Pertahankan suhu tubuh normal</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian obat</li> </ul>
3.	Ansietas (D.0080) b.d Kekhawatiran mengalami kegagalan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x30 menit diharapkan Tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil;</p> <p><b>Tingkat Ansietas (L.09093)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun dari skala 2 cukup meningkat ke skala 5 menurun</li> <li>- Frekuensi pernafasan menurun dari skala 2 cukup meningkat ke skala 5 menurun</li> <li>- Frekuensi nadi menurun dari skala 2 cukup meningkat ke skala 5 menurun</li> <li>- Tekanan darah menurun dari skala 2 cukup meningkat ke skala 5 menurun</li> </ul>	<p><b>Reduksi Ansietas (I.09324)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>- Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>- Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>- Dengarkan dengan penuh perhatian</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>- Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>- Latih teknik relaksasi</li> </ul>

Tabel 3. 8 Implementasi Keperawatan

No	Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Defisit Pengetahuan Tentang : Manajemen hipertensi	21/12/23 3 16.00 (H 1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>- Menyediakan materi dan media</li> <li>- Memberikan Pendidikan Kesehatan</li> <li>- Memberikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>- Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan</li> <li>- Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ul>	<p>Kamis, 21/12/23 (17.00)</p> <p>S : - Setelah dijelaskan pasien mengatakan sedikit paham terkit manajemen hipertensi, mulai dari nilai normal hingga diet pada hipertensi</p> <p>- Pasien aktif bertanya seputar hipertensi</p> <p>O : Pasien tampak memperhatikan saat dilakukan pemberian kesehatan tentang manajemen hipertensi</p> <p>A : Masalah Defisit Pengetahuan Tentang : Manajemen hipertensi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi Edukasi Kesehatan (I.12383)</p>	Nanang. K
2.	Resiko Perfusi Cerebral tidak efektif (D.0017)	21/12/23 3 16.00 (H 1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>- Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, melakukan pemeriksaan Tekanan Darah</li> <li>- Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>- Mempertahankan suhu tubuh normal</li> <li>- Memberikan terapi komplementer rendam kaki air hangat dan relaksasi otot progresif</li> </ul>	<p>Kamis, 21/12/23 (17.00)</p> <p>S : Pasien mengatakan setelah dilakukan rendam kaki air hangat kaki terasa lebih rileks dan nyaman</p> <p>O : TD 167/96 mmhg, 36,7 C, 80x/menit, 21x/menit</p> <p>A : Masalah keperawatan Perfusi Cerebral tidak efektif belum terjadi namun factor resiko masih ada</p> <p>P : Lanjutkan intervensi Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325) dan lanjutkan intervensi terapi komplementer rendam kaki air hangat dan relaksasi otot progresif dipertemuan selanjutnya</p>	Nanang. K
3.	Ansietas	21/12/23 3 16.30 (H 1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>- Memonitor tanda-tanda ansietas</li> <li>- Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>- Mendengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>- Mengjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>- Melatih teknik relaksasi</li> </ul>	<p>S : Pasien mengatakan sedikit pusing, sedang memikirkan menantunya yang sedang sakit</p> <p>O : Pasien tampak lega, dan rileks setelah sedikit bercerita tentang apa yang dipikirkan</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Nanang K.

No	Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Defisit Pengetahuan : Manajemen hipertensi	22/12/23 3 16.30 (H 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>- Mengidentifikasi factor-factor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup sehat</li> <li>- Menyediakan materi dan media</li> <li>- Memberikan Pendidikan Kesehatan</li> <li>- Memberikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>- Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan</li> <li>- Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ul>	<p>Jum'at, 22/12/23 (17.30)</p> <p>S : - Setelah dijelaskan pasien mengatakan paham terkit manajemen hipertensi, mulai dari nilai normal hingga diet pada hipertensi</p> <p>- Pasien mampu menjelaskan manajemen hipertensi dengan jembatan kata "CERDIK"</p> <p>O : - Pasien tampak memperhatikan saat dilakukan pemberian kesehatan tentang manajemen hipertensi</p> <p>- Pasien menerima leaflet tentang manajemen hipertensi</p> <p>A : Masalah Defisit Pengetahuan Tentang : Manajemen hipertensi teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi Edukasi Kesehatan</p>	Nanang. K
2.	Resiko Perfusi Cerebral tidak efektif (D.0017)	22/12/23 3 16.30 (H 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, melakukan pemeriksaan Tekanan Darah</li> <li>- Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>- Mempertahankan suhu tubuh normal</li> <li>- Memberikan terapi komplementer rendam kaki air hangat dan relaksasi otot progresif</li> </ul>	<p>Kamis, 21/12/23 (17.30)</p> <p>S : Pasien mengatakan setelah dilakukan rendam kaki air hangat kaki terasa lebih rileks dan nyaman</p> <p>O : TD 165/98 mmhg, 36,7 C, 80x/menit, 21x/menit</p> <p>A : Masalah keperawatan Perfusi Cerebral tidak efektif belum terjadi namun factor resiko masih ada</p> <p>P : Lanjutkan intervensi Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial dan lanjutkan intervensi terapi komplementer rendam kaki air hangat dan relaksasi otot progresif dipertemuan selanjutnya</p>	Nanang. K
3.	Ansietas	22/12/23 3 16.30 (H 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>- Memonitor tanda-tanda ansietas</li> <li>- Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>- Mendengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>- Mengjurkan mengungkapkan perasaan</li> </ul>	<p>S : Pasien mengatakan sudah tidak pusing, pasien mengatakan sudah bisa mempraktikan teknik relaksasi nafas dalam,</p> <p>O : Pasien tampak lega, dan rileks setelah bercerita tentang apa yang dipikirkan. Pasien tampak lebih bahagia dari rautwajah dan senyumannya</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Dukung pasien untuk bisa berceritadan bertukar cerita kepada</p>	Nanang K.

- dan persepsi anggota keluarga yang terdekat
- Melatih teknik relaksasi

No	Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Defisit Pengetahuan Tentang Manajemen hipertensi	24/12/23 3 16.30 (H 3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>- Mengidentifikasi factor-factor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup sehat</li> <li>- Menyediakan materi dan media</li> <li>- Memberikan Pendidikan Kesehatan</li> <li>- Memberikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>- Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan</li> <li>- Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ul>	<p>Minggu, 22/12/23 (17.30)</p> <p>S : Pasien mampu menjelaskan manajemen hipertensi dengan jembatan kata "CERDIK"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu memberikan contoh-contoh aktivitas yang dapat dilakukan dalam manajemen hipertensi</li> </ul> <p>O : Pasien menerima leaflet tentang manajemen hipertensi</p> <p>A : Masalah Defisit Pengetahuan Tentang Manajemen hipertensi teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edukasi lanjutan untuk tetap selalu menerapkan manajemen hipertensi dalam kegiatan keseharian, melibatkan keluarga untuk selalu memantau kondisi pasien</li> <li>• Edukasi untuk rutin mengikuti kegiatan Posyandu Lansia</li> </ul>	Nanang. K
2.	Resiko Perfusi Cerebral tidak efektif (D.0017)	24/12/23 3 16.30 (H 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, melakukan pemeriksaan Tekanan Darah</li> <li>- Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>- Mempertahankan suhu tubuh normal</li> <li>- Memberikan terapi komplementer rendam kaki air hangat dan relaksasi otot progresif</li> </ul>	<p>Minggu, 21/12/23 (17.30)</p> <p>S : Pasien mengatakan setelah dilakukan rendam kaki air hangat kaki terasa lebih rileks dan nyaman</p> <p>O : TD 166/97 mmhg, 36,7 C, 80x/menit, 21x/menit</p> <p>A : Masalah keperawatan Perfusi Cerebral tidak efektif belum terjadi namun factor resiko masih ada</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lanjutkan intervensi terapi komplementer rendam kaki air hangat dan relaksasi otot progresif secara mandiri dibantu dengan keluarga</li> <li>• Edukasi untuk rutin mengikuti kegiatan Posyandu Lansia</li> </ul>	Nanang. K

Tabel 3. 9 Observasi Catatan Perkembangan Pasien

<b>Hari/ Tanggal/ Waktu</b>	<b>Pre</b>	<b>Post</b>
Kamis, 22 Desember 2023 jam 16.00 WIB	167 / 96 Mmhg	161 / 94 Mmhg
Jum'at, 23 Desember 2023 jam 16.30 WIB	165 / 98 Mmhg	155 / 98 Mmhg
Sabtu, 24 Desember 2023 jam 16.30 WIB	166 / 97 Mmhg	158 / 95 Mmhg
Minggu, 25 Desember 2023 jam 16.30 WIB	146 / 87 Mmhg	138 / 85 Mmhg
Senin, 26 Desember 2023 jam 16.00 WIB	144 / 92 Mmhg	139 / 89 Mmhg

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA