

BAB III
TINJAUAN KASUS
PENGAJIAN KEPERAWATAN GERONTIK

Nama Mahasiswa : Rakelita
Tempat Praktik : BPSTW Yogyakarta Unit Abiyoso
Ruangan : Andong Sumawi
Tanggal Praktik : 13 Mei 2024 – 15 Mei 2024

A. ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. E

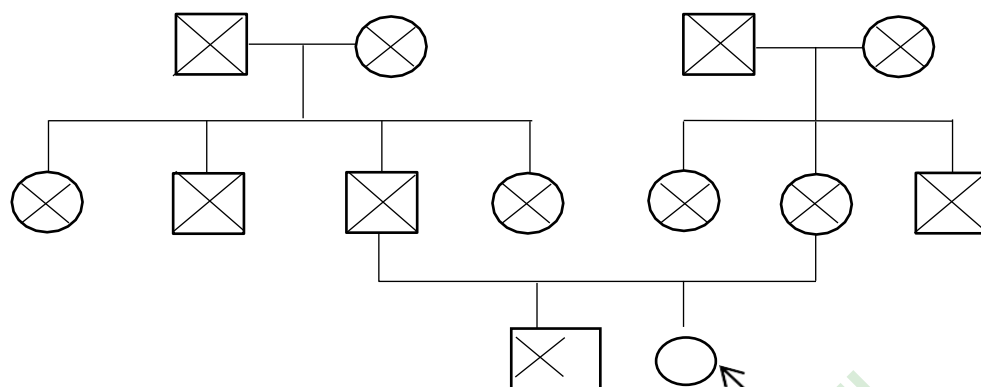
1. RIWAYAT KLIEN/ DATA UMUM KLIEN

Nama : Ny. E
Tempat/ tgl lahir/ usia: Sleman/ 1939/ 85 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Suku : Indonesia
Agama : Islam
Pendidikan : SMP
Status Perkawinan : Janda
Tanggal masuk PSTW: 2016

2. KELUARGA/ PENANGGUNG JAWAB

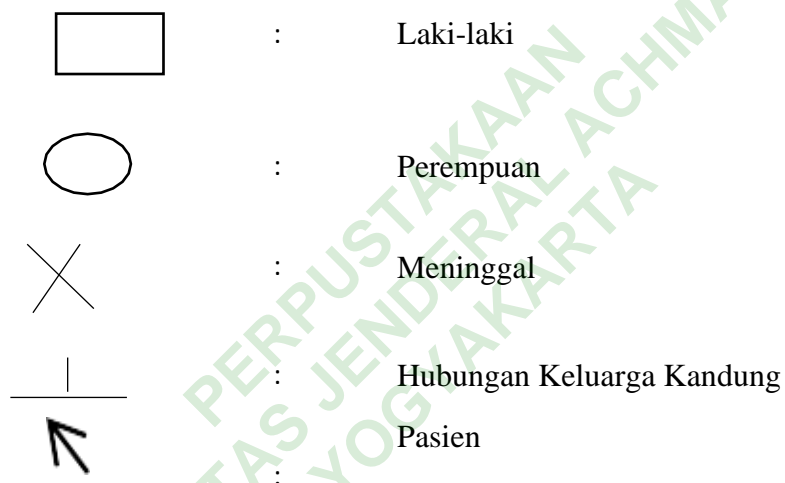
Nama : Tn. K
Alamat : Godean, Sleman
Hub dengan klien : Tetangga Desa

Genogram :



Gambar 3. 1 Genogram Ny. E

Keterangan



Alasan datang ke BPSTW / Menghuni BPSTW:

Lansia mengatakan jika dirinya tinggal sendirian di masjid kemudian suaminya sudah meninggal, kemudian warga ingin mencari tempat tinggal seperti kos namun pasien menolak. Akhirnya lansia mau diajak ke BPSTW dan menjadi penghuni BPSTW

3. STATUS KESEHATAN SAAT INI

Status kesehatan umum selama 1 tahun : lansia mengatakan tidak pernah sakit parah selama 1 tahun ini, hanya boyok dan gampang masuk angin

Keluhan utama saat ini : perut terasa kembung, panas, area belakang pegel dan terasa nyeri skala 3

Riwayat kesehatan keluarga : lansia mengatakan dikeluarganya tidak ada yang mengidap penyakit parah

Riwayat alergi : lansia mengatakan memiliki alergi obat sovaplus dan ikan bandeng

4. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a. Nutrisi

BB : 45 kg TB : 151 IMT :

Gizi kurang Gizi Cukup Gizi baik Gizi lebih

Biokomia : tidak terkaji

Clinical sign : 148/88 mmHg

Frekuensi makan : 3 kali sehari, 1 porsi nasi, 1 potong ikan, 1 potong tempe disertai sayur

Nafsu makan : lansia mengatakan tidak memiliki nafsu makan yang menurun

Jenis makanan : nasi, sayur, ikan, buah, tempe, dan sayur

Keluhan yang b/d makan : lansia tidak memiliki keluhan terhadap makanan yang diberikan

Alergi makanan : lansia hanya mempunyai riwayat alergi makanan ikan bandeng

Minum : air putih 800 CC (3 gelas), teh manis 200 CC (2 gelas)

Mini Nutritional Assessment

Tabel 3. 1 Mini Nutritional Assessment

No	Pertanyaan	Keterangan	Skor Nilai
Screening			
1.	Apakah anda mengalami penurunan asupan makanan selama tiga bulanyang terakhir dikarenakan hilangnya selera makan, masalah pencernaan, kesulitan mengunyah atau menelan?	mengalami penurunan asupan makanan yang parah mengalami penurunan asupan makanan sedang tidak mengalami penurunan asupan makanan	2
2.	Apakah anda kehilangan berat badan selama 3 bulan terakhir?	0: kehilangan berat badan lebih dari 3 kg 1: Tidak tahu 2: kehilangan berat badan antara 1	3

		sampai 3 kg 3: tidak kehilangan berat badan	
3.	Bagaimana mobilisasi atau pergerakan anda?	0: hanya di tempat tidur atau kursi roda 1: dapat turun dari tempat tidur namun tidak dapat jalan-jalan 2: dapat pergi keluar/jalan-jalan	2
4.	Apakah anda mengalami stres psikologis atau penyakit akut selama 3 bulan terakhir?	1: ya 2: tidak	2
5.	Apakah anda memiliki masalah neuropsikologi?	0: demensia atau depresi berat 1: demensia ringan 2: tidak mengalami masalah neuropsikologi	2
6.	Bagaimana hasil BMI (<i>Body Mass Indeks</i>) anda? (berat badan (kg)/tinggi badan(m ²))	0: BMI kurang dari 19 1: BMI antara 19-21 2: BMI antara 21-23 3: BMI lebih dari 23	1
SUB TOTAL			12

SKOR SKRINING :

1. Sub total maksimal
2. Jika nilai ≥ 12 : tidak mempunyai resiko, tidak perlu melengkapi form penilaian
3. Jika nilai ≤ 12 : mungkin mengalami malnutrisi, lanjutkan mengisi form

b. Eliminasi

1) BAK

Frekuensi dan waktu : 3-4 x sehari

Kebiasaan BAK / malam hari : 2 kali, dijam 19:00 WIB dan 04:00 WIB

Keluhan yang b/d BAK : tidak ada keluhan BAK, BAK kuning jernih, dan tidak ada nyeri saat BAK

2) BAB

Frekuensi dan waktu : 1 x sehari di pagi hari (06.00)

Konsistensi : lunak, berwarna kuning, berbau khas

Keluhan yang b/d BAB : tidak ada keluhan saat BAB
Riwayat penggunaan laksatif : tidak ada penggunaan laksatif

3) Personal Hygiene

a) Mandi

Frekuensi dan waktu : 2 x sehari, pagi jam 05.00, sore jam 15.00

Pemakaian sabun : Iya

b) Oral Hygiene

Frekuensi dan waktu gosok gigi : 3x sehari

Menggunakan pasta gigi : ya

c) Cuci rambut

Frekuensi : seminggu 2 kali

Penggunaan shampo : ya

d) Kuku dan tangan

Frekuensi gunting kuku : Setiap terlihat panjang langsung dipotong
sekitar seminggu sekali

Kebiasaan mencuci tangan menggunakan sabun : Ya, cuci tangan pakai
sabun

4) Istirahat dan tidur

Lama tidur malam : 6 jam

Tidur siang : kadang-kadang tidur siang

Keluhan b/d tidur : sebelum tidur

5) Kebiasaan mengisi waktu luang

Olahraga : tidak pernah

Nonton TV : klien hanya suka mendengarkan radio

Keterampilan : tidak mengikuti semenjak boyok sakit

Lain-lain : -

6) Kebiasaan yang mempengaruhi (jenis/frekuensi/ jumlah/ lama pakai)

Merokok (Ya/Tidak) :

Minuman keras (ya/tidak) :

Ketergantungan terhadap obat (ya/tidak) :

Uraian Kronologi kegiatan sehari-hari

Tabel 3. 2 Uraian Kronologi kegiatan sehari-hari Ny. E

Jenis Kegiatan	Lama waktu untuk setiap kegiatan
Bangun pagi	5 menit
Mandi pagi	10 menit
Sarapan	20 menit
Ibadah	30 menit
Cuci baju	20 menit
Mandi siang	5 menit
Makan siang	10 menit
Mendengarkan Radio	20 menit
Makan sore	15 menit
Tidur Malam	8 Jam

5. Pemeriksaan Fisik

a. Umum

Keadaan umum : Lansia tampak bersih dan rapi. Lansia dapat melakukan ADL seperti mandi, makan, mencuci secara mandiri

Nyeri : bagian punggung

P : karena tekanan darah tinggi

Q : tegang senut senut

R : Kepala

S : 3

T : hilang timbul

BP : 148/99 mmHg RR : 21x/menit T : 36,5°C HR : 71 x/menit

b. Sistem persepsi sensori

1) Pendengaran

Perubahan pendengaran : Tidak ada perubahan, klien mampu mendengar apa yang dikatakan oleh lawan bicaranya.

Sensitivitas pendengaran : Tidak ada

2) Penglihatan

Perubahan penglihatan : Klien mengatakan +2,75

Kacamata/lensa kotak : Tidak menggunakan

Kabur : Saat membaca

3) Pengecapan/Penghidung

Alergi : Cuaca dingin

Mulut : Tidak ada sariawan, bersih.

Kesulitan menelan : Tidak ada

4) Peraba : tidak ada gangguan, klien mampu membedakan rangsangan rasa panas, dingin, sakit maupun nyeri.

c. Sistem Pernafasan

Thorax : -

Inspeksi : tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, tidak ada pernapasan cuping hidung dan tidak ada jejas

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : -

Auskultasi : Saat diauskultasi terdengar suara vesikuler

Batuk (Kadang – kadang) Sesak nafas Sputum Asma

Tgl dan hasil pemeriksaan Rotgen: Tidak ada

d. Sistem Kardiovaskular

Capillary refill : < 3 detik

Suara jantung : -

Lain – lain/ket : -

e. Sistem Gastrointestinal

Mual : tidak

Muntah : tidak

Nyeri Abdomen : tidak

Hematemesis : tidak

Abdomen

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada luka maupun benjolan

Auskultasi : Bising usus tidak terkaji

Perkusi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa
 Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada empat kuadran abdomen dan tidak ada pembesaran hepar pada saat diraba, tidak terdapat acietas serta, Tidak terdapat splenomegali

Perubahan kebiasaan defekasi : Klien mengatakan tidak ada perubahan kebiasaan BAB

Pola defekasi biasanya : Pola defekasi klien 1x/hari dengan tekstur lembek, tidak ada darah, warna menyesuaikan makanan yang di konsumsi.

Lain –lain/ ket :-

f. Sistem Saraf Pusat

Masalah koordinasi : Klien tidak mengalami kesulitan dalam koordinasi

Tremor/Spasme/Tic : Tidak ada

Kesadaran : composmentis

Orientasi orang : Tidak mengalami disorientasi orang, mampu menceritakan kondisi yang dialami klien dan orang-orang terdekat.

Orientasi waktu : Tidak mengalami disorientasi waktu, klien dapat menyebutkan hari, tanggal tahun dan tempat tinggal saat ini.

g. Sistem Muskuloskeletal

Nyeri persendian : Klien mengatakan tidak ada nyeri persendian

Kekakuan : -

Kekuatan otot :

5 5

5 5

h. Sistem Intugumen

Lesi/luka: Tidak ada Memar: Tidak ada Kalus: Tidak ada

Ket: kulit sawo matang dan sudah keriput, turgor kulit elastis

Pengkajian Khusus

Tabel 3. 3 Pengkajian khusus Ny. E

PERSEPSI	1.Keterbatasan Total	2.Sangat Terbatas	3.Sedikit Terbatas	4.Tidak ada Gangguan ✓
SENSORI Kemampuan untuk mengenal adanya tekanan ketidaknyamanan	Tidak berespon 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
KELEMBABAN Derajat kelembaban kulit	1.Selalu lembab Keadaan kulit selalu basah oleh keringat, urine, dll. Hal ini diketahui saat pasien bergerak atau berbalik	2.Sangat lembab Kulit sering lembap, tapi tidak selalu. Linen harus diganti setidaknya 1x/shift	3.Kadang lembab Kulit kadang lembap, linen seharusnya diganti setiap hari	4.Jarang lembab ✓ Kulit biasanya kering linen diganti sesuai tindakan rutin
AKTIVITAS Tingkat aktivitas fisik	1.Bedfast Hanya berbaring di tempat tidur	2.Chairfast Tidak mampu berjalan/berdiri. Tidak mampu menahan berat badan sendiri, harus dibantu menuju kursi	3.Walks occasionally Jarang berjalan, hanya jarak dekat dengan atau tanpa bantuan. Lebih banyak berbaring atau duduk	4. Walk frequently ✓
MOBILITAS Kemampuan untuk berubah an mengatur posisi tubuh	1.Imobilisasi total Tidak mampu merubah posisi tubuh tanpa bantuan	2.Sangat terbatas Mampu merubah posisi tubuh, tapi tidak sering mampu bergerak sendiri	3.Sedikit terbatas Mampu merubah posisi tubuh sendiri	4.Tidak ada batasan ✓ Mampu dan sering berubah posisi tubuh tanpa bantuan
NUTRISI	1.Sangat buruk	2.Kemungkinan adekuat	3.Adekuat	4.Excellent ✓

Pola makan	Tidak pernah makan habis hanya 1/3 porsi. Kurang makan protein/hari, kurang minum atau puasa dan atau terpasang IV line lebih dari 5 hari	Jarang makan, hanya ½ porsi, Mengonsumsi supplement atau Menerima kurang dari jumlah optimal dari makanan cair per-NGT	Memakan separuh lebih porsi, 4 porsi protein atau Menggunakan NGT atau mendapat TPN yang memenuhi nutrisi yang dibutuhkan
FRICITION & SHEAR	1. Bermasalah Membutuhkan bantuan maksimal dalam bergerak. Tidak mampu mengangkat badan tanpa bergesekan dengan alas	2. Potensi terjadi masalah Bergerak dengan memerlukan bantuan minimal	3. Tidak ada masalah ✓ Bergerak di tempat tidur dan kursi secara mandiri, memiliki kekuatan otot untuk mengangkat badan sempurna sebelum bergerak. Mampu mempertahankan posisi saat duduk ataupun tidur

i. Sistem Reproduksi

Wanita

Penyakit kelamin : Klien mengatakan tidak pernah memiliki penyakit kelamin

Lesi : Tidak ada

j. Sistem Perkemihan

- Disuria
- Menetes
- Hematuria
- Poliuria
- Oliguria
- Nokturia
- Inkontinensia
- Nyeri saat berkemih

Ket : Tidak ada

Data Penunjang : -

Terapi yang diberikan :

Tabel 3. 4 Terapi Farmakologi Ny. E

Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi	Efek samping
Amlodipine	1 x 1	Oral	Obat untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi.	Mengantuk, kelelahan, mual, palpitasi, pembengkakan pada tangan dan kaki, dan lain-lain.

6. Hasil Pengkajian Khusus

a. Fungsi kognitif :

Tabel 3. 5 Fungsi Kognitif Ny. E

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan
√		1	Tanggal berapa hari ini? (Tanggal, bulan, tahun)
√		2	Hari apa sekarang ini?
√		3	Apa nama tempat ini?
√		4	Berapa nomor telepon Anda? Dimana alamat Anda? (tanyakan jika Ny. E tidak memiliki telepon)
√		5	Berapa umur Anda?
√		6	Kapan Anda lahir?
√		7	Siapa presiden Indonesia sekarang?
	√	8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?
√		9	Siapa nama ibu Anda?
√		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiapangka baru, semua secara menurun
Jumlah 10			Jumlah kesalahan total 1

b. Fungsi psikologis :

Tabel 3. 6 Kuesioner Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS) Ny. E

No	Pertanyaan	0	1	2	3	Ket
1	Saya sulit untuk ditenangkan	√				S
2	Saya merasa mulut saya kering	√				A
3	Saya tidak dapat merasakan perasaan yang positif	√				D
4	Saya mengalami kesulitan bernafas	√				A
5	Saya tidak mendapatkan semangat untuk melakukan sesuatu	√				D
6	Saya cenderung bertindak berlebihan	√				S
7	Saya mengalami gemetar pada tangan	√				A
8	Saya merasakan menggunakan banyak energi untuk cemas				√	S
9	Saya merasakan khawatir terhadap situasi yang membuat saya panik dan melakukan hal yang bodoh			√		A
10	Saya merasa tidak memiliki masa depan	√				D
11	Saya merasa semakin gelisah				√	S
12	Saya sulit untuk relaksasi	√				S
13	Saya merasa sedih dan murung	√				D
14	Saya merasa tidak sabar terhadap sesuatu yang membuat saya bertahan dengan apa yang telah saya lakukan	√				S
15	Saya mudah menjadi panik				√	A
16	Saya tidak antusias terhadap sesuatu	√				D
17	Saya merasa tidak berharga	√				D
18	Saya mudah tersentuh	√				S
19	Saya merasakan kerja jantung saya	√				A
20	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas	√				A
21	Saya merasa hidup ini tidak berarti	√				D

Keterangan :

0 : Tidak ada tidak pernah

1 : Kadang-kadang

2 : Lumayan sering

3 : Hampir setiap hari

Total skor :

Kategori	Depresi	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
Sangat Berat	28+	20+	34+

Interprestasi : hasil pengkajian didapatkan skor 11, masuk dalam kategori depresi ringan, cemas sedang, stress normal

c. Dukungan keluarga :

Tabel 3. 7 Apgar Skor Ny. E

APGAR	Selalu (2)	Kadang – kadang (1)	Hampir tidak pernah (0)
Saya puas bisa kembali pada keluarga saya yang ada untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya (adaptasi)			✓
Saya puas dengan cara keluarga saya membicarakan sesuatu dan mengungkapkan masalah dengan saya (hubungan)			✓
Saya puas bahwa keluarga saya mengekspresikan efek dan berespon terhadap emosi saya seperti marah, sedih atau mencintai (afek)			✓
Saya puas bahwa keluarga saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas (pertumbuhan)			✓
Saya puas dengan cara teman saya dan saya menyediakan waktu bersama -sama	✓		
Total			2

Interpretasi skor pengkajian didapatkan nilai 2 masuk dalam disfungsi keluarga tinggi (pasien mengatakan setelah suaminya meninggal ia merasa sedih dan sampai sekarang tidak ada keluarga yang datang menjenguk dirinya).

d. Status kemandirian :

Tabel 3. 8 Kuesioner ADL Ny. E

AKTIVITAS	KEMANDIRIAN	KETERGANTUNGAN
Poin : 1	(1 poin) Tidak ada pemantauan, perintah ataupun didamping (✓)	(0 poin) Dengan pemantauan, perintah, pendampingan personal atau perawatan total
MANDI Poin: 1	(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

BERPAKAIAN Poin: 1	(1 poin) Berpakaian lengkap mandiri. Bisa jadi membutuhkan bantuan untuk memakai sepatu (√)	(0 poin) Membutuhkan bantuan dalam berpakaian, atau dipakaikan baju secara keseluruhan
TOILETING Poin: 1	(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
PINDAH POSISI Poin : 1	(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
KONTINENSIA Poin : 0	(1 poin) Mampu mengontrol secara baik perkemihan dan buang air besar (√)	(0 poin) Sebagian atau total inkontinensia bowel dan bladder
MAKAN Poin : 1	(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

Interpretasi skor yang didapat yaitu 6 ADL Mandiri.

7. PSIKOSOSIOBUDAYA DAN SPIRITUAL

a. Psikologis

Perasaan saat ini dalam menghadapi masalah : klien tidak merasa sedih

Cara mengatasi perasaan tersebut : tidak ada

Rencana setelah masalah selesai : klien mencoba terus tetap tabah, berdoa dan membiasakan diri untuk tetap bahagia.

Jika masalah tidak dapat diselesaikan : berdoa supaya Allah mengabulkan agar masalah dapat terasi

Pengetahuan klien tentang masalah/ penyakit yang dihadapi : klien mengatakan rutin memeriksakan keadaan di BPSTW yang dilaksanakan satu bulan sekali.

b. Sosial

Aktivitas atau peran di masyarakat : Dulu sebelum sakit sering mengikuti aktivitas di wisma

Kebiasaan yang tidak disukai di lingkungan : pasien mengatakan menyukai semua kegiatan yang ada BPSTW

Cara mengatasinya : tidak ada

Pandangan klien tentang aktivitas sosial di lingkungan : klien mengatakan sangat senang dan menyukai kegiatan sosial yang ada di BPSTW

c. Budaya

Budaya yang diikuti klien : klien mengikuti budaya jawa sejak kecil

Keberatan/ tidak terhadap budaya yang diteliti :pasien mengatakan tidak keberatan dengan kebudayaan yang lain

Cara mengatasi (jika keberatan): tidak ada

d. Spiritual

Aktivitas ibadah sehari-hari yang dilakukan : pasien tetap melaksanakan sholat 5 waktu dan mengikuti pengkajian

Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan : sholat 5 waktu dan mengikuti setiap saat kerohanian di BPSTW

Kegiatan ibadah yang saat ini tidak bisa dilakukan : tidak ada


Perasaan klien karena tidak bisa melaksanakan ibadah tersebut : tidak ada

Upaya klien mengatasi perasaan tersebut : tidak ada

Keyakinan klien tentang masalah/peristiwa kesehatan yang sekarang sedang dialami : Klien mengatakan pasrah dan membiarkan saja permasalahan tersebut

B. ANALISA DATA

Tabel 3. 9 Analisa Data Ny. E

		ANALISA DATA	
NO	DATA FOKUS	MASALAH	ETIOLOGI
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi dan masih minum obat rutin saat ini - Pasien mengatakan kadang merasa pusing dan mudah lelah <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV TD : 148/88 mmHg Nadi : 78x/menit S : 36,3°C RR : 20 x/menit - Pasien tampak meminum obat Amlodipin 1x sehari - Rekam medis pasien ada riwayat penyakit hipertensi dan kontrol rutin tiap bulan - Pasien tampak senang diajak bicara 	<p>Resiko Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0015)</p>	
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan memiliki riwayat darah tinggi - Pasien mengatakan masih mengonsumsi obat penurun tekanan darah tinggi yaitu amlodipin 1 kali sehari - Pasien mengatakan pusing - Pasien mengatakan merasa khawatir akibat dari kondisi yang dihadapi <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak tegang 	<p>Ansietas</p>	<p>Krisis Situasional</p>


	<ul style="list-style-type: none"> - TTV TD : 148/88 mmHg Nadi : 78x/menit S : 36,3°C RR : 20 x/menit - Skor DASS 11 		
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan cepat lelah saat beraktivitas berlebih dan mengeluh lelah <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat dan lesu - TTV TD : 148/88 mmHg, TD setelah aktivitas : 161/98 mmHg Nadi : 78x/menit S : 36,3°C RR : 20 x/menit 	Intoleransi Aktivitas	Kelemahan

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Resiko Perfusi Perifer Tidak Efektif d/d Hipertensi (D.0015)
2. Ansietas b/d Krisis Situasional d/d merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, gelisah, tegang, pusing, tekanan darah meningkat (D.0080)
3. Intoleransi Aktivitas b/d Kelemahan d/d mengeluh lelah (D.0056)

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3. 10 Intervensi Keperawatan Ny. E

		RENCANA KEPERAWATAN	
NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1	Resiko Perfusi Perifer Tidak Efektif d.d Hipertensi (D.0015)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 1 jam, maka perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <p>Perfusi Perifer (L.02011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah sistolik dari sedang (3) menjadi membaik (5) 2. Tekanan darah diastolik dari sedang (3) menjadi membaik (5) 	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) - Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) - Monitor tekanan darah - Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi - Lakukan pencegahan infeksi - Lakukan hidrasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan berolahraga rutin

			<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu - Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur - Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) - Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa). <p style="text-align: center;">Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan - Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan <p style="text-align: center;">Promosi Perilaku Upaya Kesehatan (I.12472)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi perilaku upaya kesehatan yang dapat ditingkatkan <p><i>Terapeutik</i></p>
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Berikan lingkungan yang mendukung Kesehatan - Orientasi pelayanan Kesehatan yang dapat dimanfaatkan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan makan sayur dan buah setiap hari - Anjurkan melakukan aktivitas fisik setiap hari
2.	Ansietas b/d Krisis Situasional d/d merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, gelisah, tegang, pusing, tekanan darah meningkat (D.0080)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 1 jam, maka tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat Ansietas (L.09093)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi dari sedang (3) menjadi menurun (5) 2. Perilaku gelisah dari sedang (3) menjadi menurun (5) 3. Perilaku tegang dari sedang (3) menjadi menurun (5) 4. Frekuensi pernapasan dari sedang (3) menjadi menurun (5) 5. Frekuensi nadi menurun dari cukup meningkat (3) menjadi menurun (5) 6. Tekanan darah menurun dari cukup meningkat (2) menjadi menurun (5) 	<p>Terapi relaksasi (I.09326)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif - Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan - Monitor respons terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan pakaian longgar - Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama - Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) - Anjurkan mengambil posisi nyaman


			<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi - Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih - Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)
3	Intoleransi Aktivitas b/d Kelemahan d/d mengeluh lelah (D.0056)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 1 jam, maka toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <p>Toleransi Aktivitas (L.05047)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi dari meningkat (5) menjadi menurun (1) 2. Keluhan Lelah menurun dari sedang (3) menjadi menurun (5) 3. Tekanan darah dari cukup memburuk (2) menjadi membaik (5) 4. Frekuensi napas dari sedang (3) menjadi membaik (5) 	<p style="text-align: center;">Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Monitor pola dan jam tidur - Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) - Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif - Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan - Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan tirah baring - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

			<ul style="list-style-type: none">- Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
--	--	--	---

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANING
YOGYAKARTA


E. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 3. 11 Impelementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny. E

 CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN NY.E				
DIAGNOSA KEPERAWATAN	HARI/TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
Resiko Perfusi Perifer Tidak Efektif d.d Hipertensi (D.0015)	Senin, 13 Mei 2024 08.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan pendidikan kesehatan terkait Hipertensi (pengertian, tanda, gejala, klasifikasi, faktor pemicu, penyebab hipertensi, diit hipertensi, cara perawatan, komplikasi apabila tekanan darah dalam tubuh tidak terkontrol) menggunakan leaflet dan dengan menggunakan metode konseling dan diskusi - Mendiskusikan dengan pasien mengenai gaya hidup yang harus diterapkan untuk mencegah komplikasi dan mengontrol tekanan darah dalam tubuh dan rutin minum obat - Memotivasi lansia untuk rutin melakukan 	<p>Senin, 13 Mei 2024, 09.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah mengerti tentang pengertian, tanda dan gejala, komplikasi dan cara perawatan pada penderita hipertensi - Pasien mengatakan tanda dan gejala hipertensi adalah pusing di tengkuk, badan lemas, pandangan menjadi kabur - Pasien mengtakan penyebab hipertensi adalah pola makan yang banyak mengandung garam dan bersantan serta kurangnya olahraga, stress dan keturunan - Pasien mengatakan akan memperbaiki gaya hidup dengan menjaga pola makan dengan diit garam, mengontrol kadar hipertensi dan olahraga : senam hipertensi <p>O :</p>	RAKELITA


		<p>pemeriksaan kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendiskusikan mengenai salah satu cara untuk mengontrol hipertensi dengan cara mengajarkan senam - Memberikan pendidikan kesehatan tentang senam hipertensi dengan menjelaskan pengertian, manfaat dan cara - Melakukan pengukuran tekanan darah sebelum senam hipertensi - Melakukan program kesehatan untuk menurunkan tekanan darah : Senam hipertensi - Membuat kontrak waktu selanjutnya 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif saat dilakukan penyuluhan - Pasien dapat menyebutkan kembali penyuluhan yang sudah diberikan - Pasien antusias - Pasien setelah diajarkan senam hipertensi tampak senang - TD : 148/90 mmHg (sebelum senam hipertensi) - TD: 132/83 mmHg (15 menit setelah senam hipertensi) <p>A: Masalah Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan Senam hipertensi 	
	<p>Selasa, 14 Mei 2024 08.00</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan evaluasi terkait penkes hipertensi - Melakukan pengukuran tekanan darah sebelum senam hipertensi - Melakukan program kesehatan untuk menurunkan tekanan darah : mengajarkan senam hipertensi kepada pasien - Menganjurkan untuk melakukan latihan minimal 2x seminggu untuk menstabilkan 	<p>Selasa, 14 Mei 2024, 09.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan cukup mengerti mengenai hipertensi dengan menyebutkan tentang pengertian, tanda dan gejala, komplikasi dan cara perawatan pada penderita hipertensi - Pasien sudah mengerti tentang pengertian, manfaat dan cara senam hipertensi - Pasien mengatakan akan lebih menjaga kesehatan agar dan kontrol rutin ke puskesmas terdekat dan minum obat rutin 	<p>RAKELITA</p>

		<p>tekanan darah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membuat kontrak waktu selanjutnya 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien bersedia untuk senam hipertensi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengikuti senam hipertensi - Pasien sangat bersemangat saat senam hipertensi - TD: 140/93 mmHg (sebelum senam hipertensi) - TD : 136/90 mmHg (15 menit setelah senam hipertensi) <p>A: Perfusi perifer tidak efektif belum terasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Senam hipertensi 	
	<p>Rabu, 15 Mei 2024 08.00</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan evaluasi terkait penkes hipertensi - Melakukan pengukuran tekanan darah sebelum senam hipertensi - Melakukan program kesehatan untuk menurunkan tekanan darah : mengajarkan senam hipertensi kepada pasien - Menganjurkan untuk melakukan latihan minimal 2x seminggu untuk menstabilkan tekanan darah - Membuat kontrak waktu selanjutnya 	<p>Rabu, 15 Mei 2024, 09.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan akan lebih menjaga kesehatan agar dan kontrol rutin ke puskesmas terdekat dan minum obat rutin - Pasien bersedia untuk senam hipertensi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengikuti senam hipertensi - Pasien sangat bersemangat saat senam hipertensi - TD: 139/99 mmHg (sebelum senam hipertensi) - TD : 135/80 mmHg (15 menit setelah senam hipertensi) <p>A: Masalaj perfusi perifer tidak efektif belum terasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - senam hipertensi 	<p>RAKELITA</p>

 CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN				
DIAGNOSA KEPERAWATAN	HARI/TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
Ansietas b/d Krisis Situasional d/d merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, gelisah, tegang, pusing, tekanan darah meningkat (D.0080)	Senin 13 Mei 2024 10.00	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif - Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan - Memonitor respons terhadap terapi relaksasi - Menggunakan pakaian longgar - Menggunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama - Menggunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai - Menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi, napas dalam - Menganjurkan mengambil posisi nyaman 	Senin, 13/05/2024, 11.00 S : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan memiliki riwayat darah tinggi - Pasien mengatakan masih mengonsumsi obat penurun tekanan darah tinggi yaitu amlodipine 1 kali sehari - Pasien mengatakan pusing - Pasien mengatakan merasa khawatir akibat dari kondisi yang dihadapi O : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak tegang - Skor DASS 11 - TTV TD : 148/90 mmHg	RAKELITA

		<ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi napas dalam - Menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam - Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi napas dalam 	<p>Nadi : 78x/menit S : 36,3°C RR : 20 x/menit</p> <p>A : Masalah ansietas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan untuk mengulang teknik relaksasi napas dalam jika cemas muncul 	
	<p>Selasa, 14 Mei 2024 10.00</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif - Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan - Memonitor respons terhadap terapi relaksasi - Menggunakan pakaian longgar - Menggunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama - Menggunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai - Menganjurkan mengambil posisi nyaman - Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi 	<p>Selasa, 14/05/2024, 11.00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pusing berkurang - Pasien mengatakan cemasnya berkurang - <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku gelisah berkurang - Perilaku tegang berkurang - Tekanan darah menurun : TD: 136/90 mmHg <p>A : Masalah ansietas teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan untuk mengulang teknik relaksasi napas dalam jika cemas muncul 	<p>RAKELITA</p>

		<p>relaksasi napas dalam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih - Mendemonstrasikan dan latih Teknik relaksasi napas dalam 		
	<p>Rabu, 15 Mei 2024 10.00</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sesudah latihan - Memonitor respons terhadap terapi relaksasi relaksasi - Menggunakan pakaian longgar - Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi - Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi napas dalam 	<p>Rabu, 15/05/2024, 11.00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa tenang dan cemasnya berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang - Perilaku gelisah menurun - Perilaku tegang menurun - Tekanan darah menurun : TD: 135/80 mmHg <p>A :</p> <p>Masalah ansietas teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan untuk mengulang teknik relaksasi napas dalam jika cemas muncul kembali - Anjurkan pasien untuk mencoba terapi dzkir 	<p>RAKELITA</p>

				
CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN				
DIAGNOSA KEPERAWATAN	HARI/ TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
Intoleransi Aktivitas b/d Kelemahan d/d mengeluh lelah (D.0056) (D.0056)	Senin 13 Mei 2024 13.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kelelahan fisik dan emosional - Memonitor pola dan jam tidur - Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif - Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan - Mengajarkan melakukan aktivitas secara bertahap - Mengajarkan relaksasi otot progresif 	Senin, 13/05/2024, 11.00 S : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan cepat lelah saat beraktivitas berlebih namun masih dapat mengontrol emosi dengan stabil - Pasien mengatakan tidur tidak nyenyak dan kadang terbangun - Pasien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas O : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Pasien tampak mengikuti gerakan dengan baik - TTV TD : 148/88 mmHg Nadi : 78x/menit S : 36,3°C RR : 20 x/menit A :	RAKELITA

			<p>Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola dan jam tidur - Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif - Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap seperti senam lansia - Ajarkan relaksasi otot progresif 	
	<p>Selasa, 14 Mei 2024 13.00</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kelelahan fisik dan emosional - Memonitor pola dan jam tidur - Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif - Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan - Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Mengajarkan relaksasi otot progresif 	<p>Selasa, 14/05/2024, 11.00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lelah berkurang - Pasien mengatakan masih terbangun malam hari - Pasien mengatakan sudah mulai bisa beraktivitas namun terkadang masih ada gangguan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sudah membaik - Pasien dapat mengikuti semua gerakan - Pasien mulai bisa beraktivitas normal 	<p>RAKELITA</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - TD: 136/90 mmHg <p>A : Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola dan jam tidur - Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif - Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap seperti senam lansia - Ajarkan relaksasi otot progresif 	
	<p>Rabu, 15 Mei 2024 13.00</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kelelahan fisik dan emosional - Memonitor pola dan jam tidur - Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif - Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan - Mengajukan melakukan aktivitas secara bertahap - Mengajarkan relaksasi otot progresif 	<p>Rabu, 15/05/2024, 14.00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak Lelah - Pasien mengatakan tidurnya sudah mulai nyenyak - Pasien mengatakan sudah mulai bisa beraktivitas namun terkadang masih ada gangguan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sudah membaik 	<p>RAKELITA</p>

			<ul style="list-style-type: none">- Pasien dapat mengikuti semua gerakan- Pasien mulai bisa beraktivitas normal- Tekanan darah menurun : TD: 135/80 mmHg <p>A : Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor pola dan jam tidur- Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif- Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap seperti senam lansia	
--	--	--	---	--

Nama Mahasiswa : Raketita
Tempat Praktik : BPSTW Yogyakarta Unit Abiyoso
Ruangan : Andong Sumawi
Tanggal Praktik : 13 Mei 2024 – 15 Mei 2024

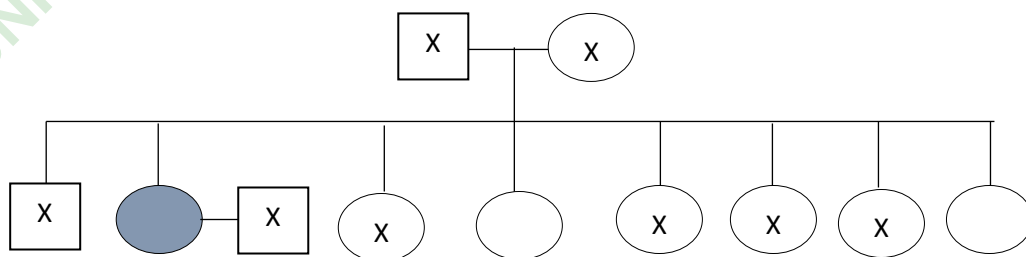
**A. ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA PADA Ny. S DI WISMA
 ANDONG SUMAWI BPSTW YOGYAKARTA UNIT ABIYOSO**

1. RIWAYAT KLIEN/DATA UMUM KLIEN

Nama : Ny. S
 Tempat/tgl lahir/usia : Krasakan, Jogoterto 70 tahun
 Alamat : Krasakan, Jogoterto
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Suku : Jawa/Indonesia
 Agama : Islam
 Pendidikan : SD
 Status Perkawinan : Kawin
 Tanggal masuk PSTW : 2018

2. KELUARGA/PENANGGUNG JAWAB







Nama : Tidak terkaji
 Alamat: Jakarta
 Hub. dgn Pasien : Keponakan
 Genogram



Gambar 3. 2 Genogram Ny. S

Keterangan :

 : Pasien

	: Laki-laki
	: Perempuan
	: Laki-laki meninggal
	: Perempuan meninggal
	: Garis keturunan
	: Garis perkawinan

Alasan datang ke BPSTW / Menghuni BPSTW:

Karena pasien ditinggal suaminya meninggal dan adiknya, dirumah hanya tinggal dengan adik ipar.

3. STATUS KESEHATAN SAAT INI

Status kesehatan umum selama 1 tahun : Pasien memiliki riwayat hipertensi dan nasofaring akut.

Keluhan utama saat ini : Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi, sekarang batuk berdahak sudah 3 hari, dan saat batuk disertai keluar air kencing.

Riwayat kesehatan keluarga : Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga.

Riwayat alergi : Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi.

4. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a. Nutrisi

BB : 52 kg

TB : 150

IMT :

Gizi kurang

Gizi Cukup

Gizi baik

Gizi lebih

Biokomia : tidak terkaji

Clinical sign : tidak terkaji

Frekuensi makan : 3 kali sehari

Nafsu makan : klien mengatakan tidak memiliki nafsu makan yang menurun

Jenis makanan : nasi, sayur dan lauk

Keluhan yang b/d makan : klien tidak memiliki keluhan terhadap makanan yang diberikan

Alergi makanan : klien tidak ada alergi makanan maupun obat-obatan.

Minum : sehari minum 5 gelas (air putih)

Mini Nutritional Assessment

Tabel 3. 12 Mini Nutritional Assessment Ny. S

No	Pertanyaan	Keterangan	Skor Nilai
Screening			
1.	Apakah anda mengalami penurunan asupan makanan selama tiga bulan terakhir dikarenakan hilangnya selera makan, masalah pencernaan, kesulitan mengunyah atau menelan?	0: mengalami penurunan asupan makanan yang parah 1: mengalami penurunan asupan makanan sedang 2: tidak mengalami penurunan asupan makanan	2
2.	Apakah anda kehilangan berat badan selama 3 bulan terakhir?	0: kehilangan berat badan lebih dari 3 kg 1: Tidak tahu 2: kehilangan berat badan antara 1 sampai 3 kg 3: tidak kehilangan berat badan	3
3.	Bagaimana mobilisasi atau pergerakan anda?	0: hanya di tempat tidur atau kursi roda 1: dapat turun dari tempat tidur namun tidak dapat jalan-jalan 2: dapat pergi keluar/jalan-jalan	2
4.	Apakah anda mengalami stres psikologis atau penyakit akut selama 3 bulan terakhir?	1: ya 2: tidak	2
5.	Apakah anda memiliki masalah neuropsikologi?	0: demensia atau depresi berat 1: demensia ringan 2: tidak mengalami masalah neuropsikologi	2

6.	Bagaimana hasil BMI (<i>Body Mass Indeks</i>) anda? (berat badan (kg)/tinggi badan(m ²))	0: BMI kurang dari 19 1: BMI antara 19-21 2: BMI antara 21-23 3: BMI lebih dari 23	2
SUB TOTAL			13

SKOR SKRINNING :

Sub total maksimal

Jika nilai ≥ 12 : tidak mempunyai resiko, tidak perlu melengkapi form penilaian

Jika nilai ≤ 12 : mungkin mengalami malnutrisi, lanjutkan mengisi form

b. Eliminasi

1) BAK

Frekuensi dan waktu : 4 x sehari biasanya tidak menentu

Kebiasaan BAK / malam hari : 2 kali, dijam 20:00 WIB dan 05:00 WIB

Keluhan yang b/d BAK : tidak ada keluhan BAK, BAK kuning jernih, dan tidak ada nyeri saat BAK

2) BAB

Frekuensi dan waktu : 1 x sehari di pagi hari (07.00)

Konsistensi : lunak, berwarna kuning, berbau khas

Keluhan yang b/d BAB : tidak ada keluhan saat BAB

Riwayat penggunaan laksatif : tidak ada penggunaan laksatif

c. Personal Hygiene

1) Mandi

Frekuensi dan waktu : 1 x sehari, pagi jam 06.00

Pemakaian sabun : Iya

2) Oral Hygiene

Frekuensi dan waktu gosok gigi : tidak gosok gigi karena klien tidak ada gigi

Menggunakan pasta gigi : tidak

- 3) Cuci rambut
 Frekuensi : setiap hari
 Penggunaan shampo : ya
- 4) Kuku dan tangan
 Frekuensi gunting kuku : tidak menentu karena menunggu petugas yang membersihkan kadang dibantu oleh mahasiswa praktikan, kuku terlihat panjang dan kotor
 Kebiasaan mencuci tangan menggunakan sabun : ya, cuci tangan pakai sabun
- d. Istirahat dan tidur
 Lama tidur malam : 6-8 jam
 Tidur siang : ya, klien mengatakan tidur siang, jamnya tidak menentu
 Keluhan b/d tidur : sebelum tidur
- e. Kebiasaan mengisi waktu luang
 Olahraga : senam pagi
 Nonton TV : tidak
 Keterampilan : tidak mengikuti
 Lain-lain : -
- f. Kebiasaan yang mempengaruhi (jenis/frekuensi/ jumlah/ lama pakai)
 Merokok (Ya/Tidak) :
 Minuman keras (ya/tidak) :
 Ketergantungan terhadap obat (ya/tidak) :

Uraian Kronologi kegiatan sehari-hari

Tabel 3. 13 Uraian Kronologi kegiatan sehari-hari Ny. S

Jenis Kegiatan	Lama waktu untuk setiap kegiatan
Bangun pagi	5 menit
Mandi pagi	Menit
Senam pagi	menit
Sarapan	15 menit
Ibadah	15 menit
Cuci baju	20 menit

Mandi siang	Tidak mandi siang
Makan siang	10 menit
Makan sore	15 menit
Tidur malam	8 jam

5. Pemeriksaan Fisik

a. Umum

Keadaan umum : klien tampak bersih dan rapi. Klien dapat melakukan ADL seperti mandi, makan, mencuci secara mandiri

Nyeri : tidak ada keluhan nyeri

b. Sistem persepsi sensori

Pendengaran

Perubahan pendengaran : pada saat melakukan pengkajian, klien kurang mendengar dengan baik

Sensitivitas pendengaran : sensitivitas pendengaran sudah berkurang, saat berkomunikasi ada beberapa yang tidak jelas

c. Penglihatan

Perubahan penglihatan : klien mengatakan tidak melihat dengan jelas dari jarak dekat, jika jauh klien dapat melihat

Kacamata/lensa kotak : Tidak menggunakan

Kabur : saat melihat yang dekat

Pengecapan/Penghidung

Alergi : tidak ada

Mulut : mukosa bibir lembab, bersih

Kesulitan menelan : Tidak ada

Peraba : tidak ada gangguan, klien mampu

membedakan membedakan rangsangan rasa panas, dingin, sakit

maupun nyeri.

d. Sistem Pernafasan

Thorax : -

Inspeksi : tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, tidak ada pernapasan cuping hidung dan tidak ada jejas

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : -

Auskultasi : Saat diauskultasi terdengar suara vesikuler

Tgl dan hasil pemeriksaan Rotgen: Tidak ada

Sistem Kardiovaskular

Capillary refill : < 2 detik

Suara jantung : Lup dup (Bunyi jantung /S1-bunyi jantung 2/S2Lain-lain

Lain – lain/ket : Pasien mengatakan tidak ada keluhan pada jantung

e. Sistem Gastrointestinal

Mual : tidak

Muntah : tidak

Nyeri Abdomen : tidak

Hematemesis : tidak

Abdomen :

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada luka maupun benjolan

Auskultasi : Bising usus 13x/mnt

Perkusi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada empat kuadran abdomen dan tidak ada pembesaran hepar pada saat diraba, tidak terdapat acietas serta, Tidak terdapat splenomegali

Perubahan kebiasaan defekasi : Klien mengatakan tidak ada perubahan kebiasaan BAB

Pola defekasi biasanya : pola defekasi klien 1x/hari dengan tekstur padat, tidak ada darah, warna menyesuaikan makanan yang di konsumsi.

Lain –lain/ ket :-

f. Sistem Saraf Pusat

Masalah koordinasi : Klien tidak mengalami kesulitan dalam koordinasi

Tremor/Spasme/Tic : Tidak ada

Kesadaran : composmentis

Orientasi orang : Tidak mengalami disorientasi orang, mampu menceritakan kondisi yang dialami klien dan orang-orang terdekat.

Orientasi waktu : Tidak mengalami disorientasi waktu, klien dapat menyebutkan hari, tanggal tahun dan tempat tinggal saat ini.

g. Sistem Muskuloskeletal

Nyeri persendian : Klien mengatakan tidak ada nyeri persendian

Kekakuan : -

Kekuatan otot :

5 5

5 5

Rentang gerak : Aktif

Masalah cara berjalan : Menggunakan tongkat

Sikap tubuh : Membungkuk

h. Sistem Integumen

Lesi/luka: Tidak ada Memar: Tidak ada Kalus: Tidak ada

Ket: kulit sawo matang dan sudah keriput, turgor kulit elastis

Pengkajian khusus

Tabel 3. 14 Pengkajian khusus

PERSEPSI SENSORI	1.Keterbatasan Total	2.Sangat Terbatas	3.Sedikit Terbatas	4.Tidak ada Gangguan ✓
Kemampuan untuk mengenal adanya tekanan ketidaknyamanan	Tidak berespon 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/	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

		ketidaknyamanan di hampir separuh tubuhnya		
KELEMBABAN Derajat kelembaban kulit	1.Selalu lembab Keadaan kulit selalu basah oleh keringat, urine, dll. Hal ini diketahui saat pasien bergerak atau berbalik	2.Sangat lembab Kulit sering lembap, tapi tidak selalu. Linen harus diganti setidaknya 1x/shift	3.Kadang lembab Kulit kadang lembap, linen seharusnya diganti setiap hari	4.Jarang lembab ✓ Kulit biasanya kering linen diganti sesuai tindakan rutin
AKTIVITAS Tingkat aktivitas fisik	1.Bedfast Hanya berbaring di tempat tidur	2.Chairfast Tidak mampu berjalan/berdiri. Tidak mampu menahan berat badan sendiri, harus dibantu menuju kursi	3.Walks occasionally Jarang berjalan, hanya jarak dekat dengan atau tanpa bantuan. Lebih banyak berbaring atau duduk	4. Walk frequently ✓
MOBILITAS Kemampuan untuk berubah dan mengatur posisi tubuh	1.Imobilitasi total Tidak mampu merubah posisi tubuh tanpa bantuan	2.Sangat terbatas Mampu merubah posisi tubuh, tapi tidak sering mampu bergerak sendiri	3.Sedikit terbatas Mampu merubah posisi tubuh sendiri	4.Tidak ada batasan ✓ Mampu dan sering berubah posisi tubuh tanpa bantuan
NUTRISI Pola makan	1.Sangat buruk Tidak pernah makan habis hanya 1/3 porsi. Kurang makan protein/hari, kurang minum atau puasa dan atau terpasang IV line lebih dari 5 hari	2.Kemungkinan adekuat Jarang makan, hanya ½ porsi, Mengonsumsi supplement atau Menerima kurang dari jumlah optimal dari makanan cair per-NGT	3.Adekuat Memakan separuh lebih porsi, 4 porsi protein atau Menggunakan NGT atau mendapat TPN yang memenuhi nutrisi yang dibutuhkan	4.Excellent ✓
FRICITION & SHEAR	1.Bermasalah	2.Potensi terjadi masalah	3.Tidak ada masalah ✓	

Membutuhkan bantuan maksimal dalam bergerak. Tidak mampu mengangkat badan tanpa bergesekan dengan alas	Bergerak dengan memerlukan bantuan minimal	Bergerak di tempat tidur dan kursi secara mandiri, memiliki kekuatan otot untuk mengangkat badan sempurna sebelumbergerak. Mampu mempertahankan posisi saat duduk ataupun tidur
--	--	---

i. Sistem Reproduksi

Wanita

Penyakit kelamin : Klien mengatakan tidak pernah memiliki penyakit kelamin

Lesi : Tidak ada

j. Sistem Perkemihan

- Disuria
- Menetes
- Hematuria
- Poliuria
- Oliguria
- Nokturia
- Inkontinensia
- Nyeri saat berkemih

Ket : Tidak ada

Data Penunjang :-

Terapi yang diberikan :-

Tabel 3. 15 Terapi Farmakologi Ny. S

Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi	Efek samping
Amlodipine	1 x 1	Oral	Obat untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi.	Mengantuk, kelelahan, mual, palpitasi, pembengkakan pada tangan dan kaki, dan lain-lain.

6. Hasil Pengkajian Khusus

a. Fungsi kognitif :

Pasien masih mengingat kejadian sekarang dan masa lalu

Tabel 3. 16 Fungsi Kognitif Ny. S

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan
√		1	Tanggal berapa hari ini? (Tanggal, bulan, tahun)
√		2	Hari apa sekarang ini?
√		3	Apa nama tempat ini?
√		4	Berapa nomor telepon Anda? Dimana alamat Anda? (tanyakan jika Ny. S tidak memiliki telepon)
√		5	Berapa umur Anda?
	√	6	Kapan Anda lahir?
√		7	Siapa presiden Indonesia sekarang?
	√	8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?
√		9	Siapa nama ibu Anda?
√		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiapangka baru, semua secara menurun
Jumlah 10			Jumlah kesalahan total 2

b. Fungsi psikologis :

Tabel 3. 17 Kuesioner Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS) Ny. S

No	Pertanyaan	0	1	2	3	Ket
1	Saya sulit untuk ditenangkan	√				S
2	Saya merasa mulut saya kering	√				A
3	Saya tidak dapat merasakan perasaan yang positif	√				D
4	Saya mengalami kesulitan bernafas	√				A
5	Saya tidak mendapatkan semangat untuk melakukan sesuatu	√				D
6	Saya cenderung bertindak berlebihan	√				S
7	Saya mengalami gemeteran pada tangan	√				A
8	Saya merasakan menggunakan banyak energi untuk cemas		√			S
9	Saya merasakan khawatir terhadap situasi yang membuat saya panik dan melakukan hal yang bodoh		√			A
10	Saya merasa tidak memiliki masa depan	√				D
11	Saya merasa semakin gelisah		√			S
12	Saya sulit untuk relaksasi	√				S
13	Saya merasa sedih dan murung	√				D

14	Saya merasa tidak sabar terhadap sesuatu yang membuat saya bertahan dengan apa yang telah saya lakukan	√				S
15	Saya mudah menjadi panik	√				A
16	Saya tidak antusias terhadap sesuatu	√				D
17	Saya merasa tidak berharga	√				D
18	Saya mudah tersentuh	√				S
19	Saya merasakan kerja jantung saya	√				A
20	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas	√				A
21	Saya merasa hidup ini tidak berarti	√				D

Keterangan :

0 : Tidak ada tidak pernah

1 : Kadang-kadang

2 : Lumayan sering

3 : Hampir setiap hari

Total skor :

Kategori	Depresi	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
Sangat Berat	28+	20+	34+

Interpretasi : hasil pengkajian didapatkan skor 3, masuk dalam kategori depresi normal, cemas normal, stress normal

c. Dukungan keluarga :

Interpretasi skor pengkajian didapatkan nilai 3 masuk dalam disfungsi keluarga tinggi (pasien mengatakan merasa sedih hampir beberapa bulan ini belum dijenguk oleh adiknya dan sebelum masuk ke balai pasien tinggal bersama adik ipar dan mendapatkan perlakuan yang tidak baik).

Tabel 3. 18 Apgar Skor Ny. S

APGAR	Selalu (2)	Kadang – kadang (1)	Hampir tidak pernah (0)
Saya puas bisa kembali pada keluarga saya yang ada untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya (adaptasi)			√

Saya puas dengan cara keluarga saya membicarakan sesuatu dan mengungkapkan masalah dengan saya (hubungan)			✓
Saya puas bahwa keluarga saya mengekspresikan efek dan berespon terhadap emosi saya seperti marah, sedih atau mencintai (afek)		✓	
Saya puas bahwa keluarga saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas (pertumbuhan)			✓
Saya puas dengan cara teman saya dan saya menyediakan waktu bersama -sama	✓		
Total		3	

d. Status kemandirian :

Interpretasi skor yang didapat yaitu 6 ADL Mandiri.

Tabel 3. 19 Kuesioner ADL Ny. S

AKTIVITAS	KEMANDIRIAN	KETERGANTUNGAN
Poin : 1	(1 poin) Tidak ada pemantauan, perintah ataupun didamping (✓)	(0 poin) Dengan pemantauan, perintah, pendampingan personal atau perawatan total
MANDI Poin: 1	(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
BERPAKAIAN Poin: 1	(1 poin) Berpakaian lengkap mandiri. Bisa jadi membutuhkan bantuan untuk memakai sepatu (✓)	(0 poin) Membutuhkan bantuan dalam berpakaian, atau dipakaikan baju secara keseluruhan
TOILETING Poin: 1	(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

PINDAH POSISI Poin : 1	(1 poin) Masuk dan bangun dari tempat tidur / kursi tanpa bantuan. Alat bantu pindah posisi bisa diterima(√)	(0 poin) Butuh bantuan dalam berpindah dari tempat tidur ke kursi, atau dibantu total
KONTINENSIA Poin : 0	(1 poin) Mampu mengontrol secara baik perkemihan dan buang air besar (√)	(0 poin) Sebagian atau total inkontinensia bowel dan bladder
MAKAN Poin : 1	(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

7. PSIKOSOSIOBUDAYA DAN SPIRITUAL

a. Psikologis

Perasaan saat ini dalam menghadapi masalah: Pasien mengatakan saat menghadapi masalah selalu berserah diri dan berdoa kepada Allah

Cara mengatasi perasaan tersebut: Pasien biasanya dengan cara berdoa dan mendekatkan diri kepada Allah

Rencana setelah masalah selesai: Pasien mengatakan jika ada masalah dan sudah terselesaikan berharap semoga tidak terulang kembali

Jika masalah tidak dapat diselesaikan: Pasien mengatakan selalu bersabar dan yakin bahwa dirinya bisa melewati ini semua

Pengetahuan klien tentang masalah/penyakit yang dihadapi: Pasien mengatakan jika ini merupakan sebuah cobaan dari Tuhan agar dirinya selalu bersyukur

b. Sosial

Aktivitas atau peran di masyarakat: Mengikuti kegiatan di lingkungannya

Kebiasaan yang tidak disukai di lingkungan: Tidak ada

Cara mengatasinya: Tidak ada

Pandangan klien tentang aktivitas sosial di lingkungannya: senang dan antusias untuk bisa berkumpul dengan teman-teman dengan mengikuti senam pagi

c. Budaya

Budaya yang diikuti klien: Budaya Indonesia/Jawa

Keberatan/tidak terhadap budaya yang diikuti: Pasien mengatakan tidak keberatan dan justru pasien merasa bangga dengan budaya yang diikuti

d. Spiritual

Aktivitas ibadah sehari-hari yang dilakukan: Sholat 5 waktu mengaji

Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan: Mengikuti kegiatan rohani

Kegiatan ibadah yang saat ini tidak bisa dilakukan

Perasaan pasien karena tidak bisa melaksanakan ibadah tersebut

Upaya pasien mengatasi perasaan tersebut

Keyakinan klien tentang masalah/peristiwa kesehatan yang sekarang sedang dialami: Pasien mengatakan bahwa ini merupakan cobaan dari tuhan agar selalu bersyukur dan ingat kepada tuhan dan pasien yakin bahwa dirinya bisa sembuh

A. ANALISA DATA

Tabel 3. 20 Analisa data Ny. S

No.	DATA FOKUS	MASALAH	ETIOLOGI
1.	Ds: - Ny. S mengatakan jika dirinya merasa bersalah karena dahulu pernah memijat area perut sehingga mengakibatkan kesulitan untuk memiliki keturunan dan membuat hal tersebut menjadi trauma untuk dirinya - Ny. S menyampaikan terkadang lesu dan tidak bergairah untuk melakukan aktivitas jika teringat hal tersebut Do: - Ny. S tampak beribacra pelan dan lirih saat menceritakan hal tersebut - Ny. S tampak kontak mata kurang	Harga Diri Rendah Kronis (D.0086)	Terpapar Situasi Traumatis
2.	Ds: - Ny. S mengatakan jika mandi hanya 1x sehari - Ny. S mengatakan tidak menggosok gigi - Ny. S mengatakan jika sekarang dia batuk dan saat batuk disertai keluar air kencing - Ny. S mengatakn jika memotong kuku dibantu petugas Do: - Tampak karies gigi - Tampak kuku panjang dan kotor - Terlihat kamar pasien berantakan dan bau pesing	Defisit Perawatan Diri Mandi (D.0109)	Penurunan Motivasi/Minat


3.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi dan masih minum obat rutin saat ini - Ny. S mengatakan kadang merasa pusing dan mudah lelah <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meminum obat Amlodipin - TTV TD : 149/91 mmHg N: 77x/menit S : 36,6°C - Rekam medis pasien ada riwayat penyakit hipertensi dan kontrol rutin tiap bulan 	Resiko Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)	
----	---	---	--

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Harga diri rendah kronis b.d terpapar situasi traumatis d.d merasa bersalah, kontak mata kurang, berbicara pelan dan lirih
2. Defisit perawatan diri : mandi b.d penurunan motivasi/minat d.d minat melakukan perawatan diri kurang
3. Resiko perfusi perifer tidak efektif d.d hipertensi

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3. 21 Intervensi Keperawatan Ny. S

 RENCANA KEPERAWATAN			
NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1	Harga diri rendah kronis b.d terpapar situasi traumatis d.d merasa bersalah, kontak mata kurang, berbicara pelan dan liris (D.0086)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan harga diri (L.09069) meningkat dengan kriteria hasil : Penilaian diri positif dari cukup menurun (2/) menjadi cukup meningkat (4) Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri dari cukup menurun (2) menjadi cukup meningkat (4) Kontak mata dari cukup menurun (2) menjadi cukup meningkat (4) Perasaan bersalah dari cukup meningkat (2) menjadi cukup menurun (5)	Promosi harga diri (I.09308) Observasi Monitor verbalisas yang merendahkan diri sendiri Terapeutik Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri Motivasi menerima tantangan atau hal baru Diskusi persepsi menerima diri Diskusi alasan mengkritik diri atau rasa bersalah Edukasi Ajukan mempertahankan kontak mata Latih pernyataan atau kemampuan positif diri Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi


2	<p>Defisit perawatan diri : mandi b.d penurunan motivasi/minat d.d minat melakukan perawatan diri kurang (D.0109)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan perawatan diri (L.11103) menjadi meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Kemampuan mandi cukup dari cukup menurun (2) menjadi cukup meningkat (4)</p> <p>Minat melakukan perawatan diri dari cukup menurun (2) menjadi cukup meningkat (4)</p> <p>Mempertahankan kebersihan mulut dari cukup menurun (2) menjadi cukup meningkat (4)</p>	<p>Dukungan perawatan diri : Mandi (I.11532)</p> <p>Observasi</p> <p>Identifikasi usia dan budaya yang membantu kebersihan diri</p> <p>Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan</p> <p>Monitor kebersihan tubuh</p> <p>Monitor integritas kulit</p> <p>Terapeutik</p> <p>Fasilitas menggosok gigi, sesuai kebutuhan</p> <p>Pertahanan kebiasaan kebersihan diri</p> <p>Perawatan memotong dan membersihkan kuku</p> <p>Edukasi</p> <p>Edukasi manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan</p>
3	<p>Resiko perfusi perifer tidak efektif d.d hipertensi (D.0009)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 8 jam kunjungan, diharapkan masalah risiko perfusi perifer klien dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Perfusi Perifer (L.02011)</p> <p>Denyut nadi perifer menjadi membaik</p> <p>Tekanan darah sistolik menjadi membaik</p> <p>Tekanan darah diastolik menjadi membaik</p>	<p>Edukasi Kesehatan 1.12383:</p> <p>Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan : leaflet hipertensi</p> <p>Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan Perilaku</p> <p>Promosi Upaya Kesehatan 1.12472:</p> <p>Identifikasi perilaku upaya kesehatan yang dapat ditingkatkan</p> <p>Berikan lingkungan yang mendukung kesehatan</p> <p>Orientasi pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan</p>

			Anjurkan makan sayur dan buah setiap hari Anjurkan melakukan aktivitas fisik setiap hari, tidak yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian
--	--	--	--

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

D. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 3. 22 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny. S

 CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN NY.S				
DIAGNOSA KEPERAWATAN	HARI/ TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
Harga diri rendah kronis b.d terparap situasi traumatis d.d merasa bersalah, kontak mata kurang, berbicara pelan dan liris (D.0086)	Senin, 13 Mei 2024 10.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri - Memotivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri - Memotivasi menerima tantangan atau hal baru - Mendiskusikan persepsi negatif diri - Mendiskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah - Mengajukan mempertahankan kontak mata - Melatih pernyataan atau kemampuan positif diri - Melatih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi 	Senin, 13 Mei 2024, 13.30 WIB S : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan jika dirinya gagal menjadi seorang ibu - Pasien mengatakan jika hal positif yang ada dirinya yaitu walaupun melewati hal sulit tetap mampu bertahan O : <ul style="list-style-type: none"> - Tampak kontak mata masih menurun - Pernyataan positif dalam kategori menurun - Perasaan bersalah dalam kategori cukup meningkat A : Masalah harga diri rendah kronis belum teratasi P : lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> - Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri - Latih pernyataan atau kemampuan positif diri - Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi 	RAKELITA

	<p>Selasa, 14 Mei 2024 10.45</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri - Memotivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri - Memotivasi menerima tantangan atau hal baru - Menganjurkan mempertahankan kontak mata - Melatih pernyataan atau kemampuan positif diri - Melatih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi Mengedukasi manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan - Memotong dan memberikan kuku 	<p>Selasa, 14 Mei 2024, 12.70 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S mengatakan jika hari ini dirinya sudah mengikuti kegiatan keterampilan - Ny. S mengatakan hari ini bersyukur karena masih diberikan kesehatan dan mendapatkan banyak rezeki dari Allah SWT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak kontak mata sudah cukup meningkat - Pernyataan positif dalam kategori sedang <p>A : Masalah harga diri rendah kronis belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri - Latih pernyataan atau kemampuan positif diri - Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi 	<p>RAKELITA</p>
	<p>Rabu, 15 Mei 2024 08.00</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi - Memberikan penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku 	<p>Rabu, 16 Mei 2024, 12.30 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S mengatakan hari ini bersyukur karena masih diberikan kesehatan dan mendapatkan banyak rezeki dari Allah SWT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak kontak mata sudah cukup meningkat 	<p>RAKELITA</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Pernyataan positif dalam kategori sedang <p>A : Masalah harga diri rendah kronis belum teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri - Latih pernyataan atau kemampuan positif diri - Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi 	
Defisit perawatan diri : mandi b.d penurunan motivasi/minat d.d minat melakukan perawatan diri kurang (D.0109)	Senin,13/5/2024 10.00	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi usia dan budaya yang membantu kebersihan diri - Mengidentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan - Memonitor kebersihan tubuh - Memfasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan - Pertahankan kebiasaan kebersihan diri - Mengedukasi manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan - Memotong dan memberikan kuku 	<p>Senin, 13 Mei 2024 Pukul 13:40 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan jika hari ini mandi 1 kali, tetapi tidak gosok gigi - Pasien mengatakan jika mampu sendiri untuk mandi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minat melakukan perawatan diri dalam kategori cukup menurun - Kebersihan mulut dalam kategori menurun <p>A : Masalah defisit perawatan diri mandi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	RAKELITA

	<p>Selasa, 14/5/2024 10.45</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi usia dan budaya yang membantu kebersihan diri - Mengidentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan - Memonitor kebersihan tubuh - Memfasilitasi menggosok gigi, sesuai dengan kebutuhan - Pertahankan kebiasaan kebersihan diri - Mengedukasi manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan 	<p>Selasa, 14 Mei 2024, Pukul 12:00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kabar baik, senang sekali diajak ngobrol - Pasien mengatakan selalu bersyukur hari harinya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak senang bercerita - BP : 130/90 mm - RR : 23 x/menit - HR : 85 x/menit <p>A : Masalah defisit perawatan diri mandi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promosi Kesadaran Diri 	<p>RAKELITA</p>
	<p>Rabu, 15 Mei 2024 09.00</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, beripujian - Menjelaskan cara BAK yang baik - Mengajarkan cara batuk efektif 	<p>Rabu, 15 Mei 2024, Pukul 12:40 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan jika hari ini mandi 1 kali, tetapi sudah gosok gigi - Pasien mengatakan jika mampu sendiri untuk mandi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minat melakukan perawatan diri dalam kategori cukup menurun - Kebersihan mulut dalam kategori sedang <p>A : Masalah defisit perawatan diri mandi belum teratasi</p>	<p>RAKELITA</p>

			P: lanjutkan intervensi			
Resiko perfusi perifer tidak efektif d.d hipertensi (D.0009)	Senin, 13 Mei 2024 10.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan pendidikan kesehatan terkait Hipertensi (pengertian, tanda, gejala, klasifikasi, faktor pemicu, penyebab hipertensi, diit hipertensi, cara perawatan, komplikasi apabila tekanan darah dalam tubuh tidak terkontrol) menggunakan leaflet dan dengan menggunakan metode konseling dan diskusi - Berdiskusi dengan pasien mengenai gaya hidup yang harus diterapkan untuk mencegah komplikasi dan mengontrol tekanan darah dalam tubuh dan rutin minum obat - Memotivasi keluarga untuk rutin melakukan pemeriksaan kesehatan - Berdiskusi mengenai salah satu cara untuk mengontrol hipertensi dengan cara mengajarkan senam - Memberikan pendidikan kesehatan tentang senam hipertensi dengan menjelaskan 	<p>Senin, 13 Mei 2024, Pukul 12:00WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih merasa pusing - Klien mengatakan sebelumnya belum ada orang yang menjelaskan terkait hipertensi - Klien mengatakan 4 dari 6 tanda gejala hipertensi - Klien mengatakan makanan yang mengandung banyak garam dapat terkena hipertensi - Klien mengatakan baru ini mengikuti senam hipertensi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak bingung saat dilakukan penyuluhan - Tampak klien meminum obat amlodipine - Klien dapat menyebutkan 2 dari 6 tanda dan gejala hipertensi - Pasien kurang begitu antusias - Pasien telah diajarkan senam hipertensi <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">TD Sebelum senam</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">TD Setelah</td> </tr> </table>	TD Sebelum senam	TD Setelah	RAKELITA
TD Sebelum senam	TD Setelah					

		<p>pengertian, manfaat dan cara</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengukuran tekanan darah sebelum senam hipertensi - Melakukan program kesehatan untuk menurunkan tekanan darah : Senam hipertensi - Membuat kontrak waktu selanjutnya 	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">HT</td> <td style="text-align: center;">senam HT</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">149/91 mmHg</td> <td style="text-align: center;">135/89 mmHg</td> </tr> </table> <p>A : Masalah resiko perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Senam Hipertensi 	HT	senam HT	149/91 mmHg	135/89 mmHg			
HT	senam HT									
149/91 mmHg	135/89 mmHg									
<p>Selasa, 14 Mei 2024 09.00 WIB</p>		<p>Melakukan evaluasi terkait penkes hipertensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengukuran tekanan darah sebelum senam hipertensi - Melakukan program kesehatan untuk menurunkan tekanan darah : mengajarkan senam hipertensi kepada pasien - Menganjurkan untuk melakukan latihan minimal 2x seminggu untuk menstabilkan tekanan darah - Membuat kontrak waktu selanjutnya 	<p>Selasa, 14 Mei 2024, Pukul 10.30 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kadang kadang pusing masih terasa - Klien mengatakan sudah mengerti mengenai hipertensi - Klien mengatakan sudah minum obat amlodipine <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak antusias mengikuti senam hipertensi - Klien antusias mengikuti senam yang akan diberikan - Klien telah diberikan senam hipertensi <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">TD Sebelum senam HT</td> <td style="text-align: center;">TD Sebelum senam HT</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;">HT</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">140/87 mmHg</td> <td style="text-align: center;">130/88 mmHg</td> </tr> </table> <p>A : Masalah resiko perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p>	TD Sebelum senam HT	TD Sebelum senam HT		HT	140/87 mmHg	130/88 mmHg	<p>RAKELITA</p>
TD Sebelum senam HT	TD Sebelum senam HT									
	HT									
140/87 mmHg	130/88 mmHg									

			<p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Senam hipertensi 					
	<p>Rabu, 15 Mei 2024 10.00 WIB</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan evaluasi terkait penkes hipertensi - Melakukan pengukuran tekanan darah sebelum senam hipertensi - Melakukan program kesehatan untuk menurunkan tekanan darah : mengajarkan senam hipertensi kepada pasien - Menganjurkan untuk melakukan latihan minimal 2x seminggu untuk menstabilkan tekanan darah - Membuat kontrak waktu selanjutnya 	<p>Rabu, 15 Mei 2024, Pukul 12:00WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan pusingnya berkurang - Klien mengatakan senang ada yang mengajarkan senam hipertensi - Klien mengatakan akan selalu menjaga kesehatannya - Klien mengatakan sudah minum obat amlodipine <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak antusias mengikuti senam hipertensi - Klien telah diberikan senam hipertensi <table border="1" data-bbox="1323 919 1888 1062"> <tr> <td>TD Sebelum senam HT</td> <td>TD Sebelum senam HT</td> </tr> <tr> <td>140/88 mmHg</td> <td>127/79 mmHg</td> </tr> </table> <p>A : Masalah resiko perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Senam hipertensi 	TD Sebelum senam HT	TD Sebelum senam HT	140/88 mmHg	127/79 mmHg	<p>RAKELITA</p>
TD Sebelum senam HT	TD Sebelum senam HT							
140/88 mmHg	127/79 mmHg							