



**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN UTAMA NYERI AKUT PADA PENDERITA
HIPERTENSI DI DESA TUNJUNG SETO KECAMATAN SEMPOR
KABUPATEN KEBUMEN**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Di susun oleh :

BASUKI, S.Kep

A31600941

PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS

**PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG**

2017



**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN UTAMA NYERI AKUT PADA PENDERITA
HIPERTENSI DI DESA TUNJUNG SETO KECAMATAN SEMPOR
KABUPATEN KEBUMEN**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners

Disusun oleh :

BASUKI, S. Kep

A31600941

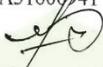
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS

**PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG**

2017

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Basuki, S. Kep
Nim : A31600941
Tanda tangan : 
Tanggal : 19 Agustus 2017

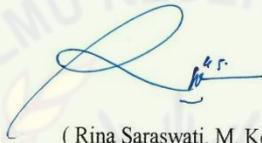


HALAMAN PERSETUJUAN

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN UTAMA NYERI AKUT PADA PENDERITA HIPERTENSI
DI DESA TUNJUNG SETO KECAMATAN SEMPOR KABUPATEN
KEBUMEN

Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat Untuk diujikan pada
tanggal 19 Agustus 2017

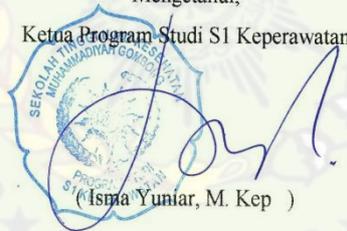
Pembimbing



(Rina Saraswati, M. Kep)

Mengetahui,

Ketua Program Studi S1 Keperawatan



(Isma Yuniar, M. Kep)

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan :

Nama : Basuki, S. Kep
Nim : A31600941
Program Studi : Keperawatan Ners
Judul KIA-N : Analisis Asuhan Keperawatan Dengan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut Pada Penderita Hipertensi Di Desa Tunjung Seto Kecamatan Sempor Kabupaten Kebumen

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan Diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Ners Keperawatan STIKes Muhammadiyah Gombong

DEWAN PENGUJI


Penguji satu : Sarwono, SKM, M. Kes.


Penguji dua : Rina Saraswati, M. Kep

Ditetapkan di : Gombong, Kebumen

Tanggal : 19 Agustus 2017

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik STIKes Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Basuki, S. Kep
Nim : A 31600941
Program Studi : Keperawatan Ners
Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir

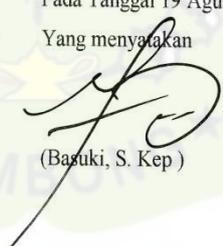
Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada STIKes Muhammadiyah Gombong Hak Bebas Royalti Noneklusif (Non – exclusive Ryalty – Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul :
ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN UTAMA NYERI AKUT PADA PENDERITA HIPERTENSI DI DESA TUNJUNG SETO KECAMATAN SEMPOR KABUPATEN KEBUMEN

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas Royalti Noneklusif ini STIKes Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalih media / formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta dan sebagai pemilik hak cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Gombong, Kebumen

Pada Tanggal 19 Agustus 2017

Yang menyatakan


(Basuki, S. Kep)

Program Studi SI Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong
KTAN, Agustus 2017
Basuki¹ , Rina Saraswati²

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN UTAMA NYERI AKUT PADA PENDERITA HIPERTENSI DI DESA TUNJUNG SETO KECAMATAN SEMPOR KEBUMEN

Latar Belakang : Nyeri akut terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung dengan waktu yang singkat. Fungsi nyeri akut adalah untuk memberi peringatan akan cedera atau penyakit yang akan datang. Nyeri akut biasanya menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah area yang rusak pulih kembali. Rebusan seledri dalam menurunkan tekanan darah mempunyai 4 mekanisme kerja yaitu dengan cara membantu metabolisme gula, metabolisme lemak, efek diuretik dan mempertahankan elastisitas pembuluh darah.

Tujuan umum : Menganalisis asuhan keperawatan Utama nyeri akut pada penderita hipertensi di desa Tunjung Seto Kecamatan Sempor, setelah klien minum jus seledri.

Hasil asuhan keperawatan : Berdasarkan hasil observasi diatas dapat disimpulkan bahwa penurunan tekanan darah sebelum dan sesudah diberikan terapi jus seledri 200 cc diminum 2 x sehari yaitu pagi dan sore selama 3 hari berturut – turut. Akan tetapi jika dilihat dari tekanan darah yang terjadi pada pasien dengan jenis kelamin laki – laki tidak begitu signifikan dibanding penurunan tekanan darah pada pasien berjenis perempuan. Hal - hal yang dapat mempengaruhi diantaranya pasien dengan jenis kelamin laki – laki mempunyai stressor lebih besar dibandingkan pasien dengan jenis kelamin perempuan.

Rekomendasi : Pada penderita hipertensi mulai beralih menggunakan pengobatan dengan cara (*nonfarmakologi*) salah satunya dengan terapi herbal menjadi pilihan alternatif , yaitu dengan mengkonsumsi jus seledri.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan utama nyeri akut , jus seledri

Nursing Study Program of SI
MuhammadiyahGombong Health Sciences College
KTAN, August 2017
Basuki¹ , Rina Saraswati²

ABSTRACT

ANALYSIS OF NURSING ASSURANCE WITH PROBLEM OF MAIN NAMES OF ACUTE PAID IN HYPERTENSION SUPPORT IN TUNJUNG VILLAGE SETO SUB DISTRICT SEMPOR KEBUMAT KEBUMEN

Background: The community is a social group living in a place, interacting with each other, getting to know each other and having similar interests and interests (WHO: 2007). The community is a group of people living in the same location where they live, a social group having the same interests (Riyadi: 2007). It is expected that with the realization of environment and healthy behaviors as well as the increasing ability of the society, the health degree of individual, family and society can be improved optimally (Yuddi: 2008).

General Objective: Analyze nursing care of gerontik in hypertension patient in TunjungSetoKecSempor village, after client drink sledri juice.

Results of nursing care: Based on data obtained from the number of cases of hypertension performed nursing care as many as 5 cases, and from 5 cases (100%) of cases of hypertension that occurred at the age of 60 years and over.

Based on the sex of 5 cases apparently tend to males will be more susceptible to hypertension diseases than women are 60% men and 40% women. And on the 5 clients after it is recommended to consume herbs are 100% sledri juice.

Recommendation: In hypertensive patients begin to switch to using the treatment in a way (nonpharmacology) one of them with herbal therapy to be an alternative choice, namely by consuming sledri juice.

Keywords: Nursing care gertrik, juice sledri

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS.	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS.	vi
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
KATA PENGANTAR	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.	1
B. Tujuan.	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
3. Manfaat penelitian.	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan dengan Masalah Kebutuhan Dasar Gangguan Rasa Nyaman; Nyeri.	6
1. Konsep Dasar Nyeri.....	6
2. Tanda dan Gangguan Nyeri	6
a. Nyeri Akut.	6
b. Nyeri Kronis.	7
3. Patofisiologi Nyeri.....	8
B. Hipertensi.....	8
1. Definisi.	8
2. Anatomi Fisiologi.....	9
3. Etiologi.	11
4. Patofisiologi.....	12

5.	Tanda dan Gejala.....	13
6.	Komplikasi.....	14
7.	Penatalaksanaan.....	14
8.	Pencegahan.....	14
9.	Pengobatan.....	15
10.	Pemeriksaan penunjang.....	16
11.	Asuhan Keperawatan.....	16
12.	Pengkajian.....	17
13.	Diagnosa Keperawatan.....	19
14.	Perencanaan.....	21
15.	Implementasi.....	26
16.	Evaluasi.....	27
BAB III	LAPORAN MANAJEMEN KASUS KELOLAAN.....	29
A.	Profil Lahan Praktek.....	29
1.	Visi Misi.....	29
2.	Keadaan Geografis.....	29
3.	Jumlah kasus.....	29
4.	Pendidikan Cara mengatasi nyeri ke 5 klien.....	29
B.	Ringkasan Proses Asuhan Keperawatan.....	30
1.	Ringkasan Proses Pengkajian.....	31
2.	Diagnose Keperawatan.....	33
3.	Rencana Asuhan Keperawatan.....	35
4.	Implementasi.....	36
5.	Evaluasi.....	37
BAB IV	HASIL ANALISIS DAN PEMBAHASAN.....	39
A.	Analisis Karakteristik klien.....	39
1.	Karakteristik klien berdasarkan umur.....	39
2.	Karakteristik klien berdasarkan jenis kelamin.....	39
B.	Analisis Masalah Keperawatan.....	40
C.	Analisis Intervensi Keperawatan terkait Konsep dan Hasil Penelitian.....	43

	D. Inovasi Tindakan Keperawatan.....	43
BAB V	PENUTUP.....	48
	A. Kesimpulan.....	48
	B. Saran.....	49
DAFTAR PUSTAKA		



KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah –Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir Ners ini dengan judul “ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN UTAMA NYERI KRONIS PADA PENDERITA HIPERTENSI DI DESA TUNJUNG SETO KECAMATAN SEMPOR KABUPATEN KEBUMEN”. Sholawat serta salam tetap tercurahkan kepada junjungan Nabi Besar Muhammad SAW sehingga penulis mendapat kemudahan dalam menyelesaikan Karya Tulis Akhir Ners ini penulis banyak mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan setinggi –tingginya kepada yang terhormat.

1. Herniatun, M. Kep Sp Mat selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Gombong
2. Isma Yuniar, M. Kep, selaku Ketua Prodi S1 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong
3. Dadi Santoso, M. Kep Selaku koordinator program studi Profesi Ners
4. Ibu Rina Saraswati, M. Kep Selaku pembimbing yang telah berkenan memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis dari persiapan hingga terselesaikannya Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Sarwono, M. Kes penguji yang telah banyak memberikan masukan dan saran untuk perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Kepala Desa Tunjung Seto dan segenap perangkatnya yang telah mengizinkan kami untuk praktek Komunitas di wilayahnya
7. Istriku yang selalu selalu memberikan dukungan dan doanya sehingga karya ilmiah akhir ini bisa terselesaikan
8. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, penulis ucapkan terima kasih atas bantuan dan dukungannya.

Semoga bimbingan dan bantuan serta dorongan yang telah diberikan mendapat balasan sesuai dengan amal pengabdianya dari Allah SWT. Tiada gading yang tak retak, Penulis menyadari sepenuhnya bahwa karya Ilmiah Akhir

Ners ini masih jauh dari sempurna oleh karena itu penulis mengharap saran dan kritik yang bersifat membangun dari pembaca dalam rangka perbaikan selanjutnya. Akhir kata semoga karya Ilmiah Akhir ini bermanfaat bagi kita semua. Amin .

Gombong, 19 Agustus 2017

Basuki, S. Kep.



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pesatnya perkembangan teknologi di abad ke 21 ini mampu mengubah gaya hidup (*lifestyle*), sosial ekonomi, lingkungan, perubahan struktur, demografi dan meningkatnya tingkat kognitif, masyarakat yang bermuara pada meningkatnya kesejahteraan rakyat. Kenyataan tersebut juga berimbas pada peningkatan usia harapan hidup sehingga menyebabkan jumlah penduduk dari tahun ke tahun semakin meningkat. (*Nugroho, 2000*)

Salah satu masalah kesehatan yang sering terjadi yang mampu menjadi awal dari berbagai masalah kardiovaskuler adalah hipertensi atau tekanan darah tinggi. Dalam statistik kesehatan dunia tahun 2012, Organisasi Kesehatan Dunia (*WHO*) melaporkan bahwa hipertensi adalah suatu kondisi beresiko tinggi yang menyebabkan sekitar 51 % dari kematian penyebab stroke, dan 45% dari jantung koroner. Pada tahun 2011,WHO mencatat satu miliar orang di dunia menderita hipertensi. Dua pertiga diantaranya berada di Negara – Negara berkembang yang berpenghasilan rendah dan sedang. Indonesia berada dalam 10 negara dengan prevalensi hipertensi tertinggi di dunia, bersama Myanmar, India, Srilangka, Bhutan,Thailand, Nepal, Maldives.Prevalensi hipertensi akan terus meningkat, dan diprediksi pada tahun 2025 sebanyak 29 % orang dewasa di dunia serangnganya (*WHO*), April 2013.

Hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah secara abnormal dan terus menerus yang disebabkan satu atau beberapa factor yang tidak berjalan sebagaimana mestinya dalam mempertahankan tekanan darah secara normal. Kondisi yang berkaitan dengan usia ini adalah akibat berkurangnya keelastisan dan produk samping dari keausan arteriosklerosis dari arteri – arteri utama, terutama aorta sehingga menyebabkan kehilangan daya penyesuaian diri dan tidak dapat lagi mengalirkan darah yang keluar dari jantung menjadi aliran yang lancar. Hasilnya adalah gelombang denyut yang

tidak terputus dengan puncak yang tinggi (*sistolik*) dan lembah yang dalam (*diastolik*) (*Corwin, 2008*).

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dapat dibedakan menjadi dua golongan yaitu hipertensi primer dan hipertensi sekunder. Hipertensi primer meliputi lebih kurang 90% dari seluruh pasien hipertensi dan 10 % lainnya disebabkan oleh hipertensi sekunder. Hanya 50 % dari golongan hipertensi sekunder dapat diketahui penyebabnya dan dari golongan ini hanya beberapa persen yang dapat diperbaiki kelainannya. Oleh karena itu upaya penanggulangan hipertensi terhadap hipertensi primer baik mengenai pathogenesis maupun tentang pengobatannya. Hipertensi tidak boleh dianggap penyakit yang ringan karena jika terlambat memberikan pertolongan penyakit ini akan merenggut nyawa penderita. Saat ini banyak penderita hipertensi yang tidak tahu atau tidak mengerti penyakitnya bahkan banyak yang tidak tahu resiko hipertensi dari penderita hipertensi apa bila di atasi . Beberapa komplikasi penyakit yang sering terjadi akibat penyakit yang tidak cepat diatasi adalah stroke, Insomnia, fertigo.

Penyakit hipertensi sering dikenal dengan istilah *silent killer* karena gejala yang timbul sedikit, bahkan terkadang tanpa gejala. Hal ini yang menyebabkan banyak orang beranggapan bahwa hipertensi tidak mengancam jiwa. Padahal hipertensi merupakan penyebab utama stroke, serangan jantung, gagal jantung, gagal ginjal, demensia, dan kematian premature. Berdasarkan hal tersebut disinilah peran keluarga sangat diperlukan dalam pemeliharaan kesehatan anggota keluarganya (*sheps, 2005*)

Dalam rangka mewujudkan kesehatan masyarakat yang optimal maka dibutuhkan perawatan kesehatan masyarakat, dimana perawatan kesehatan masyarakat itu sendiri adalah bidang keperawatan yang merupakan perpaduan antara kesehatan masyarakat dan perawatan yang didukung peran serta masyarakat dan mengutamakan pelayanan promotif dan preventif secara berkesinambungan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif secara menyeluruh, melalui proses keperawatan untuk meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara optimal sehingga mandiri dalam upaya peningkatan

kesehatan. Peningkatan peran serta masyarakat bertujuan meningkatkan dukungan masyarakat dalam berbagai upaya kesehatan serta mendorong kemandirian dalam memecahkan masalah kesehatan. Oleh karena itu, layanan kesehatan utama merupakan salah satu pendekatan dan alat untuk mencapai kesehatan bagi semua unsur lapisan masyarakat yang bertempat tinggal di desa tersebut. Lingkungan yang diharapkan adalah yang kondusif bagi terwujudnya keadaan yang sehat yaitu lingkungan yang bebas dari polusi, sanitasi lingkungan yang memadai, perumahan dan pemukiman yang sehat, perencanaan kawasan yang berwawasan kesehatan serta terwujudnya kehidupan masyarakat yang saling tolong menolong dengan memelihara nilai – nilai budaya bangsa Indonesia. Selain lingkungan, perilaku masyarakat yang diharapkan adalah masyarakat yang proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah resiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat (Yuddi, 2008).

Selanjutnya kemampuan masyarakat yang diharapkan pada masa depan adalah yang mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu tanpa adanya hambatan, baik yang bersifat ekonomi, maupun non ekonomi (Yuddi, 2008). Diharapkan dengan terwujudnya lingkungan dan perilaku sehat serta meningkatnya kemampuan masyarakat tersebut, derajat kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat dapat ditingkatkan secara optimal (Yuddi, 2008). Pelayanan komprehensif yang diberikan oleh perawat terhadap individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang mempunyai masalah kesehatan meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dengan menggunakan proses keperawatan untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal (Riyadi, 2007). Dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat terfokus pada peningkatan kesehatan dalam kelompok masyarakat (Naomi, 2002).

Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dapat dari individu, kelompok atau tingkat RT sampai dengan RW. Di desa Tunjungseto Kec.Sempor Kab.Kebumen, terdiri dari 36 RT dan 7 RW. Kondisi desa Tunjungseto merupakan dataran tinggi, dengan kelembaban udara yang tinggi

dan adanya perilaku membuang sampah atau mengelola sampah yang masih sembarangan sehingga memungkinkan terjadinya suatu penyakit yang berbasis pada saluran pernafasan dan hipertensi. Serta banyaknya usia lanjut menurut survei yang kami lakukan dan masyarakat usia lanjut tersebut kurang menyadari pentingnya Posyandu lansia untuk sekedar mengecek kondisi umum yang terjadi pada golongan usia lanjut secara gratis. Untuk melaksanakan tugas tersebut dibutuhkan seorang perawat yang kompeten dalam memberikan asuhan keperawatan komunitas supaya mendapatkan hasil yang optimal diperlukan pengalaman dan pengetahuan. Salah satu cara memperoleh pengalaman dengan cara praktik keperawatan keluarga dan komunitas di desa Tunjungseto Kecamatan Sempor.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Menganalisis asuhan keperawatan dengan masalah utama nyeri akut pada penderita hipertensi di desa Tunjung Seto Kecamatan Sempor, setelah klien minum jus sledri.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu, memaparkan hasil pengkajian ke 5 klien dengan masalah utama nyeri akut pada penderita hipertensi di Desa Tunjung Seto dengan baik.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnose keperawatan pada 5 klien pada penderita hipertensi.
- c. Penulis mampu menyusun rencana asuhan keperawatan kepada 5 klien.
- d. Penulis mampu melakukan implementasi pada kasus hipertensi
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi ke 5 kasus hipertensi di Desa Tunjung Seto, Kecamatan Sempor, Kabupaten Kebumen.
- f. Penulis mampu melakukan analisis Inovasi keperawatan hipertensi

3. Manfaat penelitian

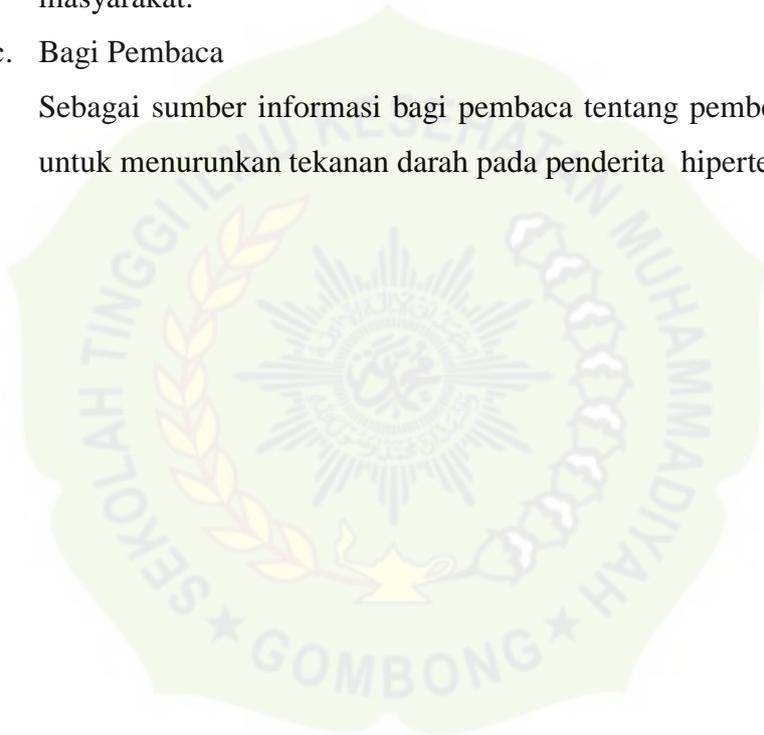
a. Bagi Pengembang Ilmu

Memberikan kontribusi pembaharuan ilmu pengetahuan terbaru tentang Analisis Asuhan Keperawatan dengan masalah utama nyeri akut Pada Penderita Hipertensi.

b. Bagi Penulis mampu mengaplikasikan dan menambah pengetahuan serta pengalaman tentang pemberian jus sledri kepada klien dengan masalah utama nyeri akut pada penderita hipertensi di lingkungan masyarakat.

c. Bagi Pembaca

Sebagai sumber informasi bagi pembaca tentang pemberian jus sledri untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi.



DAFTAR PUSTAKA

- Riyadi, 2007. *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktek Dalam keperawatan* . Jakarta : Salemba Medika
- Yuddi, 2008. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Hutahaean, Serri.2010. *Konsep Dan Dokumentasi Proses keperawatan* . Jakarta : Tim
- Nursalam , 2011. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan* . Jakarta Salemba Medika
- Prasetyo, Sigit Nian. 2010. *Proses Dan Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Naomi , 2002. *Pelayanan Kesehatan Masyarakat terfokus pada kesehatan kelompok*.
- Hidayat, 2012. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses keperawatan*, Jakarta : Salemba Medika.
- JNC, 2003. *The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection,*
- Henderson, L, 2002. *Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7*
- WHO, 2012 World Health Organization. *Angka Kematian Bayi*. Amerika Universitas Indoensia, Jakarta. Arikunto, Suharsimi
- Price and Wilson. 2005. *Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Edisi 6. Vol.2*. Jakarta : EGC.
- Rahajeng. (2009). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nugroho 2012. *Diagnosa Keperawatan*. Alih Bahasa: Made Sumarwati dan Nike. Budi Subekti. ... Erlangga.
- Muttaqin., 2009. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular dan hematologi*. Salemba Medika, Jakarta.
- WHO, 2012 World Health Organization. *Angka Kematian Bayi*. Amerika Universitas Indoensia, Jakarta. Arikunto, Suharsimi .tama,

- Jono. (2009). *Faktor- faktor yang Mempengaruhi Hipertensi*
- Prasetyo. 2012. *Desain Pembelajaran Berbasis Pendidikan Karakter*,. Ar-Ruzz Media. Yogyakarta.
- Yudi. 2008. *Media Pembelajaran Sebuah Pendekatan Baru*. Jakarta
- Sheps, Sheldon G. 2005. *Maya clinic Hipertensi, Mengatasi Tekanan Darah Tinggi*. Jakarta : PT Intisari Mediatama
- Rahajeng E, Tuminah S. 2009. Prevalensi Hipertensi dan Determinannya di Indonesia. *Maj Kedokt Indon*. 59(12): hlm. 550-587.
- ISSN: 2303-1395 E-JURNAL MEDIKA, VOL. 5 NO.7, JULI, 2016
- Mansjoer Arif. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta : FKUI. Capernito. 2001.
- Diagnosa Keperawatan edisi 8*. Jakarta : EGC. Prasetyo. 2008. Askep .
- Doenges. Marilyn E. 2008. *Nursing Diagnosis Manual*. F. A. Davis Company. Philadelphia.
- Bambang Sadewo, 2004, *Tanaman Obat Populer Penggempur Aneka Penyakit*, Agromedia Pustaka, Jakarta.
- Budi Setiawan, Wiwik Afridah *Jurnal (Unusa, Jl. Jemursari 51-57 Surabaya)*
- Asmadi (2008), *Konsep Dasar Kepeawatan*, Jakarta : EGC
- Prasetyo, S. N. (2010). *Konsep dan Proses. Keperawatan Nyeri Metode Penelitian*
- Mubarak, W.I, dkk. 2009. *Keperawatan dan Teknik Analisa Data*, : Penerbit Salemba medika
- Tamsuri, (2008). *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Penerbit Buku. Kedokteran. Jakarta: EGC..
- Nanda (2015 - 2017). *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi Penerbit Buku Kedokteran: EGC Jhonson, Marion., Meridean Maas. (2000). Nursing Outcomes Classification (NOC). St. Louis: Mosby.*

LAMPIRAN



LEMBAR BIMBINGAN PENELITIAN KTA GERONTIK PROGRAM
 PROFESI NERS STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG

TAHUN 2016 – 2017

No	Hari/ Tanggal	Materi bimbingan	Paraf Pembimbing
	14/8 '17	<ul style="list-style-type: none"> - Judul kta, foto scan - dg. Gula powder, - Bab I → Gula Gula menyebabkan les gigi dg Judul. 	
	18/8 '17	<ul style="list-style-type: none"> - Detail sesuaikan dg buku panduan - BAB I → tambahkan penatalaksanaan nyeri skr nonfarmakologis → Ournal. - BAB II → nyeri kronis, HTI, Askep sesuai teori, Terapi Ous selektif. - BAB IV → tambahkan Eurnal di perkehasan - & V → Kesimp • tujuan; Saran - mampact. - lengkapi abstrah. • Daftar pustaka, Lampiran 	
	22/8 '17	<ul style="list-style-type: none"> - keame . askep . - Jurnal - Tabel 	

BAB II

TINJAUAN KASUS

Hari/ tgl pengkajian : Senin ,17 Juli 2017

Nama Pengkaji : Basuki

Tempat : Desa Tunjungseto

A. PENGKAJIAN

1. IDENTITAS

Nama : TN. Minareja
Umur : 90 Tahun
Jenis kelamin : Laki - Laki
Alamat : Desa Tunjungseto RT 3 Rw 3 Sempor
Status : Kawin
Agama : Islam
Suku : Jawa
Pendidikan : Tidak Sekolah

2. RIWAYAT KESEHATAN

a. Keluhan Utama : Badan terasa pegel – pegel kadang kepala tersa pusing,ke dua kaki kadang bengkak.

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada saat pengkajian klien mengatakan sakit kepala sejak 10 hari yang lalu, klien mengatakan sakitnya berdenyut-denyut dan terasa kaku kuduk, sakitnya datang sewaktu-waktu, klien tampak memegang kepalanya, sebelumnya klien pernah berobat ke bu Win Bidan desa tetapi tidak ada perubahan, klien juga mengatakan nyeri sendi dan penglihatannya kabur, klien bertanya-tanya tentang penyakitnya, dan saat ini penyakit yang di rasakan oleh klien adalah hipertensi.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien juga pernah merasakan pusing, nyeri sendi dan gatal-gatal 3 bulan terakhir ini,

3. STATUS FISIOLOGIS

a. Postur tulang belakang : postur tulang belakang klien saat berjalan tidak tegap.

b. Tanda-tanda vital klien

TD : 180/90 mmHg

N : 87 x/menit

S : 36,7 °C

RR : 20 x/menit

c. Pengkajian Head to Toe

1) Kepala

Normocephalus, rambut tampak ubanan, dan kelihatan kotor, tidak ada luka, tidak ada nyeri tekan pada kepala dan tidak ada benjolan.

2) Mata

Bentuk tampak simetris, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, penglihatan surem, tidak ada peradangan, tampak menggunakan kaca mata, tidak ada nyeri dan tidak ada benjolan.

3) Hidung

Bentuk tampak simetris, tidak ada luka, tidak ada peradangan, tidak ada secret pada hidung, tidak ada nyeri tekan, penciuman masih cukup baik.

4) Mulut dan Tenggorokan

Mulut tampak sedikit kotor, mukosa mulut tampak kering, tidak ada peradangan, gigi tampak kuning, tampak careas gigi dan gigi tampak ompong, sudah hilang tiga, mengalami kesulitan saat mengunyah dan tidak ada kesulitan saat menelan.

5) Telinga

Bentuk simetris, tidak ada luka, tidak tampak serumen, tidak ada peradangan, tidak nyeri tekan pada bagian belakang telinga (mastoideus), tidak ada benjolan, pendengaran masih bagus

6) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada luka, tidak ada bengkakan vena jugularis, klien mengeluh leher bagian belakang, terasa berat (kaku kuduk).

7) Dada

Tampak simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada nyeri tekan.

8) Abdomen

Bentuk simetris, tidak ada oedema, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa.

9) Genetalia

Tidak terkaji

10) Ekstremitas

Kekuatan otot tangan kanan dan kiri 4, kaki kanan dan kiri 4

11) Integument

Kebersihan cukup baik, warna kulit hitam, lembab, tidak ada gangguan pada kulit.

4. PENGKAJIAN PERKEMBANGAN UNTUK LANSIA

a. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

Klien mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan saat bangun dari tempat duduk baik kursi maupun lantai, dan tampak klien tidak stabil pada saat berdiri pertama kali. Setelah berdiri klien berhenti sejenak lalu berjalan, saat duduk klien tampak duduk secara perlahan, pandangan mata kabur, klien mengeluh pusing dan terasa berat di leher bagian belakang, saat mengambil sesuatu klien tampak perlahan-lahan dan terkadang dibantu, klien merasakan nyeri pinggang saat membungkukkan badan.

b. Komponen gaya berjalan dan gerakan

Klien tampak berjalan dengan perlahan-lahan tanpa alat bantu seperti tongkat, melangkah secara hati-hati dan perlahan, jalan tampak lambat .

5. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

Klien mengatakan hubungan dengan anak-anaknya baik, selalu berkumpul dengan anak-anaknya karena rumah anaknya berdekatan dengan rumah bapaknya , klien juga mengatakan terkadang berinteraksi dengan tetangga sekitar rumahnya. Komunikasi dengan tetangga sekitar masih bagus dan baik, emosi terkadang tidak stabil jika banyak pikiran, klien kooperatif saat diajak bicara dan memberikan umpan balik dari sesuatu yang sedang dibicarakan.

PENGKAJIAN FUNGSIONAL KLIEN

Katz index

No.	Kegiatan	Mandiri	Bantuan Sebagian	Bantuan Penuh
1.	Mandi	√		
2.	Berpakaian	√		
3.	Ke Kamar Kecil	√		

4.	Berpindah Tempat	√		
5.	BAK/BAB	√		
6.	Makan/Minum	√		

Keterangan : klien dapat beraktivitas secara mandiri tanpa pengawasan, pengarahan, atau bantuan aktif dari orang lain.

6. STATUS KOGNITIF / AFEKTIF

a. Short Portable Mental Status Questionare (SPMSQ)

Pertanyaan :

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan	Jawaban
	√	1	Tanggal berapa hari ini ?	Tidak tahu
√		2	Hari apa sekarang ?	Rabu
√		3	Apa nama tempat ini ?	rumah
√		4	Dimana alamat anda ?	Tunjungseto
√		5	Berapa umur anda ?	90 tahun
	√	6	Kapan anda lahir ?	Lupa
√		7	Siapa presiden Indonesia ?	Tahu
	√	8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?	Tidak tau
√		9	Siapa nama kecil anda ?	Saing
√		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun	17, 14, 11, 8, 5,
JUMLAH		Benar : 7		
		Salah : 3		

Interpretasi :

Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4 – 5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6 – 8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9 – 10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

Dari hasil Short Portable Mental Status Questionare (SPMSQ) di dapatkan hasil 7 benar dan 3 salah ini menunjukkan bahwa fungsi intelektual Tn . M adalah utuh.

b. MMSE (Mini Mental Status Exam)

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	4	Menyebutkan dengan benar : Tahun : 2017 (Benar) Musim : penghujan Tanggal : 1

				Hari : Rabu (Benar) Bulan :januari
2	Orientasi	5	3	Dimana sekarang kita berada ? Negara : Indonesia (Benar) Propinsi : jawa (Benar) Kabupaten/kota : kebumen (Benar) Panti :- Wisma:-
3	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : meja, kertas, gelas.
4	Perhatian dan kalkulasi	5	3	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1. 93 2. 86 3. 79 4. 72 5. 65
5	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9	6	Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukan benda tersebut). Minta klien untuk mengulangi kata berikut : “ tidak ada, dan, jika, atau tetapi) Klien menjawab :tidak ada, jika dan tetapi. Minta klien untuk mengikuti perintah 2berikut yang terdiri 3 langkah. 1. Ambil kertas ditangan anda 2. lipat dua 3. dan taruh dilantai Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin. “tutup mata anda” Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan menyalin gambar.
Total nilai		30	22	

Interpretasi hasil :

24 – 30 : tidak ada gangguan kognitif

18 – 23 : gangguan kognitif sedang

0 - 17 : gangguan kognitif berat

Dari hasilMMSE (Mini Mental Status Exam)di dapatkan hasil 21 ini menunjukkan bahwa Ny. W mengalami gangguan kognitif sedang.

7. PENGKAJIAN STATUS MENTAL

Klien mengatakan tidak pernah merasa sedih dan selalu merasa ceria, klien tidak pernah berkecil hati tentang masa depan karena klien merasa senang tinggal bersama cucu dan anaknya, klien tidak pernah merasa gagal dalam membimbing anak-anaknya karena berhasil dalam menjadi kepala keluarga, klien juga merasa puas dengan keadaannya yang sekarang, klien mengatakan cepat lelah apabila melakukan aktivitas yang berlebihan.

8. PENGKAJIAN MASALAH EMOSIONAL

Masalah Emosional

Klien mengatakan tidak mengalami kesulitan tidur. Tetapi terkadang Klien terbangun pada malam hari untuk kencing, Klien mengatakan tidak pernah mempunyai masalah dengan orang lain dan klien tidak pernah mengkonsumsi obat tidur mupun obat penenang serta klien mengatakan tidak pernah mengurung diri, klien selalu ditemani oleh anak dan cucunya.

9. PENGKAJIAN PERILAKU TERHADAP KESEHATAN

Pola kebiasaan : klien mengatakan tiduran

Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

a. Nutrisi

Klien mengatakan biasa makan 3 kali sehari dengan lauk pauk seadanya, klien tidak senang makan tanpa garam, klien juga mengatakan makan makanan yang sama dengan keluarganya tanpa adanya perbedaan makanan, klien minum 3-5 gelas per hari.

b. Pola istirahat tidur

Klien tidur kurang lebih 4-6 jam perhari, klien sering terbangun saat malam hari karenan ingin kencing, klien sering merenung nasib cucu-cucunya, saat waktu luang klien biasanya bermain dengan cucu nya.

c. Eliminasi

Klien tidak mengalami gangguan saat BAB dan BAK. Klien BAB 1 kali per hari dengan konsistensi lembek dan BAK 4-5 kali setiap malam hari lancar tanpa ada gangguan.

d. Pola aktivitas

Klien masih bisa melakukan kegiatan sholat berjamaah di mushola, klien berusaha untuk mandiri dan tidak merepotkan anak-anaknya.

e. Personal hygiene

Klien mengatakan biasanya mandi 2 kali sehari yaitu pagi dan sore hari menggunakan sabun, biasanya mengganti pakaian 1 hari sekali.

10. PENGKAJIAN LINGKUNGAN

a. Pemukiman

Luas bangunan rumah klien lebar 9 m, panjang 7 m klien tinggal berdua bersama dengan istri, bentuk rumah petak dengan jenis bangunan atap rumah menggunakan atap genteng ber dinding bambu, lantai semen. Kebersihan lantai baik, ventilasi cukup baik, pencahayaan cukup terang, cara pengaturan dalam hal menata perabotan kurang dimana sepeda gantung di letakkan di ruang tamu dan tertumpuk dengan barang-barang yang lain, alat rumah tangga tidak lengkap karena karpet atau kursi tempat duduk tamu tidak ada. Kulkas tidak ada dan tempat gallon untuk air bersih tidak ada dan banyak yang lainnya.

b. Sanitasi

Sumber penyediaan air bersih yaitu sumur dan Ny. W mengatakan air yang diminum air biasa tanpa direbus, pengelolaan jamban bersama dengan jenis jamban leher angsa dan dengan jarak < 10 meter dari sumber air, sarana pembuangan air limbah tidak lancar, bekas sampah biasanya dibuang ke pekarangan.

c. Fasilitas

Klien tidak memelihara ternak, anak-anaknya kebanyakan bekerja sebagai buruh, tidak terdapat sarana olah raga, taman dan ruang pertemuan. Sarana hiburan yang ada hanyalah televisi.

d. Keamanan Dan Transportasi

Klien mengatakan dilingkungannya tidak ada alat penanggulangan kebakaran dan bencana. Sarana komunikasi yang dimiliki yaitu handphone.

ANALISA DATA

NO	SYMPTOM	ETIOLOGI	PROBLEM
	<p>DS: klien mengeluh sakit kepala sakit kepalanya berdenyut-denyut Klien mengatakan tearasa kaku di kuduknya Klien mengatakan sakit kepalanya datang sewaktu-waktu Klien mengeluh penglihatannya kabur</p> <p>DO: Klien tampak sering memegang kepalanya klien tampak lemah Skala nyeri 3 (0-10) sedang. TTV TD: 180/90 mmHg N: 87 x/menit S : 36,7 °C RR: 20 x/menit</p>	<p>Peningkatan tekanan vaskuler serebral</p>	<p>Gangguan rasa aman nyeri</p>
	<p>DS: Klien mengatakan kurang tahu tentang penyakit hipertensi. Klien tidak tahu penyebab hipertensi Klien mengatakan makan makanan yang sama dengan keluarganya, tanpa adanya perbedaan</p> <p>DO: Klien bertanya tentang penyakitnya. TTV TD: 180/90 mmHg N: 87 x/menit S : 36,7 °C RR: 20 x/menit</p>	<p>Kurang informasi mengenai penyakit</p>	<p>Kurang pengetahuan</p>

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut berhubungan dengan Peningkatan tekanan vaskuler serebral
2. Kurang pengetahuan berhubungan dengan Kurang informasi

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	No. Dx	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	1	Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 2x60 menit diharapkan pasien dapat mengontrol nyeri atau sakit kepala hilang atau berkurang dengan kriteria hasil : Klien tidak mengungkapkan adanya nyeri atau sakit kepala. Klien tampak nyaman. Tanda-tanda vital dalam batas normal terutama tekanan darah (TD : normal 110-130 mmHg, diastole 70-80 mmHg)	<ol style="list-style-type: none">1. Kaji keadan umum klien.2. Kaji tingkat nyeri klien.3. Kaji lokasi intensitas dan skala nyeri.	<ol style="list-style-type: none">1. Keadan umum menunjukkan keadaan klien secara utuh dan dengan mengetahui tanda-tanda vital terutama tekanan darah. Untuk menentukan tindakan selanjutnya.2. Untuk mengetahui tingkat nyeri klien dengan menggunakan pengkajian PQRST.3. Untuk mengetahui nyeri yang dirasakan klien sehingga bisa ditentukan intervensi yang tepat selanjutnya.
2	2	Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 2x60 menit diharapkan pasien mengetahui informasi tentang hipertensi dengan kriteria hasil : klien mengungkapkan pengetahuan akan hipertensi. Melaporkan pemakaian obat-obatan sesuai	<ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan tentang batas tekanan darah normal, tekanan darah tinggi dan efeknya.	<ol style="list-style-type: none">1. Memberikan dasar untuk pemahaman tentang peningkatan tekanan darah mengklarifikasikan istilah medis yang sering digunakan. Pemahaman bahwa tekanan darah tinggi dapat terjadi tanpa gejala sehingga memungkinkan pasien untuk melanjutkan pengobatan meskipun

		program.	<ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan sifat penyakit dan tujuan dari pengobatan dan prosedur. 3. Berikan pendidikan kesehatan tentang cara mencegah dan mengatasi hipertensi. 4. Anjurkan klien untuk tidak mengonsumsi makanan dan minuman yang dapat meningkatkan tekanan darah. 5. Evaluasi tingkat pengetahuan klien. 	<p>sudah merasa sehat.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Supaya klien tahu dan memungkinkan pasien untuk melanjutkan pengobatan. 3. Menambah pengetahuan klien sehingga klien bisa mencegah dan mengatasi hipertensi. 4. Untuk menghindari peningkatan tekanan darah. 5. Mengetahui sejauh mana klien mengetahui dan memahami tentang penyakitnya
--	--	----------	--	---

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal	No.	Implementasi	Evaluasi
17 Juli 2007	1.	<ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan tirah baring selama fase akut • Mengompres hangat pada dahi • Menganjurkan meminimalkan aktivitas yang dapat meningkatkan sakit kepala: mengejan saat BAB, batuk panjang, membungkuk 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tn M mengatakan sakit kepala • Sakit kepalanya berdenyut-denyut <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD :180/90 mmHg • Nadi : 84 x/menit <p>A: Masalah belum teratasi P: Kolaborasi : rujuk pasien ke puskesmas untuk pemberian analgetik atau penurun tekanan darah</p>
19 Juli 2007	2.	<ul style="list-style-type: none"> • Mengkaji tingkat pengetahuan klien 	<p>S: Tn M mengatakan hipertensi adalah penyakit tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg O: Tn M</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan pendidikan kesehatan tentang cara mencegah dan mengatasi hipertensi • Mengevaluasi tingkat pengetahuan klien 	tampak mengerti mengenai masalah kesehatan hipertensi A: Masalah teratasi sebagian P: Ingatkan kembali klien mengenai cara mencegah dan mengatasi hipertensi
--	--	--	--

No Tgl	No DX	Evaluasi	ttd
19 Juli 2017	1	<p>S : Klien mengatakan terasa sudah mulai enak kepala tdk pusing lagi</p> <p>O : TTV : 160 / 90 mm Hg</p> <p>N : 80 x / Menit</p> <p>S : 36,5 ° C</p> <p>RR : 20 x / menit</p> <p>A : Maslah teratasi</p> <p>P : Monitor tanda – tanda vital</p> <p>Monitor tingkat nyeri klien, lokasi,intensitas dan skala nyeri</p> <p>Anjurkan untuk periksa secara rutin</p> <p>Anjurkan klien untuk selalu minum jus sledri setiap hari</p>	

BAB II

TINJAUAN KASUS

Hari/ tgl pengkajian : 18 Selasa Juli 2017

Nama Pengkaji : Basuki

Tempat : Desa Tunjungeto

A. Pengkajian

1. Identitas Klien

Nama : Ny. W

Umur : 85th

Alamat : Tunjungseto Rt1 Rw 3 Sempor , Kabupaten

Kebumen

Pendidikan : Tidak Sekolah

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

2. Data Keluarga

Nama : Sdr. N

Hubungan : Anak

Pekerjaan : Pelajar

Alamat : Tunjung seto,Rt 1 Rw 3 Kecamatan Sempor, Kab.

Kebumen

3. STATUS KESEHATAN SEKARANG

- a. Keluhan Utama: Pusing
- b. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian klien sering mengeluh sakit kepala sejak 3 hari yang lalu, klien mengatakan sakitnya berdenyut-denyut serta terasa kaku kuduk, sakitnya datang sewaktu-waktu, klien tampak dahinya di tempeli salon pas, sebelumnya klien pernah berobat ke dukun tetapi tidak ada perubahan, klien juga mengatakan nyeri sendi dan penglihatannya kabur, klien bertanya-tanya tentang penyakit apa dan apa masih bisa di sembuhkan penyakitnya, penyakit yang di rasakan oleh klien adalah hipertensi.

4. AGE RELATED CHANGES (PERUBAHAN TERKAIT PROSES MENUA)

FUNGSI FISIOLOGIS

- a. Kondisi Umum
Ny . W cukup baik dan kurang bergairah, . Pada malam hari, Ny W kadang susah tidur saat mengeluh sakit kepala . Tekanan darah dari hasil pemeriksaan adalah 170/90 mmHg.
- b. Integumen
Warna kulit sawo matang, kulit tampak keriput, dan kulit Ny W tampak kering. Sedangkan untuk kuku Ny . W berwarna transparan, ada beberapa kotoran pada kuku kaki, dan tidak ada lesi disekitar kuku.
- c. Hematopoetic
Ny W tidak pernah mengalami perdarahan, pembengkakan, dan anemi. Tidak ada keluhan yang dirasakan oleh Ny W
- d. Kepala
Ny W sering mengalami sakit kepala dan pusing, yang bisa terjadi karena hipertensi yang dialaminya. Tidak mengalami gatal pada kulit kepala atau permasalahan lainnya di kepalanya.
- e. Mata
Fungsi penglihatan masih baik. Tetapi Ny W tidak memeriksakan matanya maupun tidak memakai kaca mata.

f. **Telinga**

Pendengaran kurang jika berkomunikasi dengan klien harus dengan suara yang cukup keras, telinga cukup bersih.

g. **Hidung sinus**

Ny W tidak merasa ada keluhan yang dialami. Saat flu, hidungnya mulai berair. Selama Ny W kondisinya baik, tidak ada permasalahan yang dialami pada hidungnya. Untuk kebersihan hidung, Ny W cukup baik menjaga kebersihannya.

h. **Mulut, tenggorokan**

Tidak memiliki gigi palsu, dan tidak mengalami sakit gigi. Saat makan merasa baik-baik saja, akan tetapi untuk makanan yang teksturnya keras tidak kuat karena ada beberapa gigi yang sudah lepas. Nafas tidak berbau.

i. **Leher**

Ny W mengatakan sering mengeluh pegel pada leher, tidak ada massa

j. **Pernafasan**

Ny . W mengatakan kadang mengalami batuk dan beberapa penyakit pernafasan ringan yang dipengaruhi faktor suhu dan lingkungan (musiman). Tidak ada riwayat asma yang penyakit pernafasan lainnya.

k. **Kardiovaskuler**

Ny W baru mengetahui memiliki hipertensi, dan Ny . W jarang mengontrol tekanan darahnya sendiri. Selain hipertensi, Ny. W tidak memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan kardiovaskuler lainnya.

l. **Gastrointestinal**

Ny . W mengatakan nafsu makan baik, pola makan kurang teratur. Frekuensi BAB juga teratur setiap hari. Berat badan 50kg.

m. **Perkemihan**

Tidak ada keluhan nyeri saat berkemih, pola BAK teratur dengan frekuensi 4-5 x dalam 24 jam. Masih mampu mengontrol/menahan dalam berkemih.

n. **Reproduksi**

Tidak ada gangguan

o. **Muskuloskeletal**

Terkadang Ny . W mengalami nyeri pada punggung. Tidak ada riwayat fraktur. Dan masih mampu menjalankan aktifitas sehari-hari.

p. **Persyarafan**

Tidak ada gangguan dalam system persyarafan.

5. **POTENSI PERTUMBUHAN PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL**

Psikososial

Hubungan klien dengan lansia yang lain baik, terbukti Ny W suka ngobrol dengan lansia yang lain dan dengan para tetanggaNy . W tidak terlihat cemas ataupun depresi, meskipun tinggal serumah hanya dengan anaknya, sementara anak-anaknya sudah berpisah rumah. Dalam pengambilan keputusan sebuah masalah, Ny . W juga minta saran pada anaknya melalui telepon.

Spiritual

Menurut penuturanNy W selalu melakukan sholat 5 waktu dan sering mengikuti sholat berjamaah di mushollah terdekat.Ny W setiap hari mengaji Al-Qur'an sendiri, NY . W juga suka melakukan pengajian dan tahlilanyang diadakan oleh masyarakat kampung. NY W yakin akan kematian, bahwa kematian itu rahasia Allah dan pasti akan terjadi. Dan Ny W sudah merasa siap saat sewaktu-waktu dipanggil oleh Allah SWT.

6. **LINGKUNGAN**

- **Kamar:** Berdasarkan penjelasan Ny .W , rumahnya terdapat 1 kamar tidur. Pencahayaan bisa masuk melalui jendela yang ada, dan cukup untuk menerangi ruang kamar.
- **Kamar mandi:** Berdasarkan penjelasan Ny W, lokasi kamar mandi berada di luar rumah, dan melakukan pengurasan saat bak kamar mandi terlihat kotor bersama anaknya.
- **Luar rumah:** Berdasarkan penjelasan Ny W , ada halaman depan rumah yang tidak terlalu lebar dan ada beberapa tanaman juga bunga.

7. **NEGATIVE FUNCTIONAL CONSEQUENCES**

a. **Kemampuan ADL**

Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (Indeks Barhel)

No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat
1.	Makan-Minum	5	10	10 Klien mampu makan sendiri, bahkan Tn. S yang memasak.

2.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya	5-10	10	10 Klien tidak menggunakan kursi roda, bisa berpindah sendiri.
3.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	5 Klien mampu melakukan secara mandiri
4.	Keluara masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	10 Klien mampu mencuci pakaian sendiri
5.	Mandi	0	5	5 Klien mampu mandi sendiri, Frekwensi : 3 x sehari
6.	Jalan di permukaan datar	0	10	10 Klien mampu berjalan sendiri
7.	Naik turun tangga	5	10	10 Klien mampu naik turun tangga sendiri
8.	Mengenakan pakaian	5	10	10 Klien mampu mengenakan pakaian sendiri.
9.	Kontrol bowel (BAB)	5	10	10 Klien mampu untuk BAB sendiri
10.	Kontrol bladder(BAK)	5	10	10 Klien mampu untuk BAB sendiri

b. Aspek Kognitif**MMSE (Mini Mental Status Exam)**

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1.	Orientasi	5	3	Klien mampu mengingat hari dan tahun. Namun untuk tanggal dan bulan klien tidak mengingatnya
2.	Orientasi	5	5	Klien mampu menyebutkan tempat dimana dia tinggal sekarang.
3.	Registrasi	3	3	Klien masih mampu mengenal semua benda-benda yang ada (Tas, Bulpoin, Hp).
4.	Perhatian & Kalkulasi	5	3	Klien mampu perhitungan dalam masalah uang, untuk perhitungan yang lain, klien merasa kesulitan.
5.	Mengingat	3	3	Klien masih mampu mengingat nama benda yang telah disebutkan di point ke-3
6.	Bahasa	9	7	Klien masih memahami pembicaraan dalam Bahasa Jawa, Bahasa Indonesia, bahkan Bahasa Madura.
Total Nilai		30	24	

Interpretasi hasil: Klien tidak ada gangguan kognitif

c. Kecemasan, GDS**Pengkajian Depresi**

No.	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya	Tdk	Hasil
1.	Anda puas dengan kehidupan saat ini	0	1	0
2.	Andar merasa bosan dengan berbagai aktifitas dan kesenangan	1	0	0
3.	Anda merasa bahwa hidup anda hampa/kosong	1	0	0
4.	Anda sering merasa bosan	1	0	0
5.	Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu	0	1	0
6.	Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda	1	0	0

7.	Anda lebih merasa bahagia disepanjang waktu	0	1	0
8.	Anda sering merasakan butuh bantuan	1	0	0
9.	Anda lebih senang tinggal dirumah daripada keluar melakukan suatu hal	1	0	1
10.	Anda merasa memiliki banyak masalah dengan ingatan anda	1	0	0
11.	Anda menenukan bahwa hidup ini sangat luar biasa	0	1	0
12.	Anda tidak tertarik dengan jalan hidup anda	1	0	0
13.	Anda merasa diri anda sangan energik/bersemangat	0	1	1
14.	Anda merasa tidak punya harapan	1	0	0
15.	Anda berfikir bahwa orang lain lebih baik dari diri anda	1	0	0
Jumlah				2

Interpretasi hasil: Klien tidak diindikasikan depresi

d. Status Nutrisi

Pengkajian determinan nutrisi pada lansia:

No.	Indikator	Skor	Pemeriksaan
1.	Menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi	2	1 Klien menderita penyakit hipertensi. Dan tidak mempengaruhi jumlah & jenis makanan, akan tetapi klien sering mengalami perubahan nafsu makan.
2.	Makan kurang dari 2 kali dalam sehari	3	1 Klien makan 3x kali sehari, tapi sering juga 2x dalam sehari. Dan tidak pernah makan kurang dari 2x
3.	Makan sedikit buah, sayur atau olahan susu	2	1 Klien makan nasi, lauk-pauk. Untuk buah jarang, sedangkan susu tidak pernah
4.	Mempunyai tiga/lebih	2	0

	kebiasaan mnum-minuman beralkohol setiap harinya		Klien tidak pernah meminum-minuman beralkohol
5.	Mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan yang keras	2	1 Gigi klien ada beberapa yang sudah tidak ada (lepas) sehingga kesulitan dalam makan makanan yang keras
6.	Tidak selalu mempunyai cukup uang untuk membeli makanan	4	0 Klien selalu mendapat jatah uang oleh anak-anaknya, sehingga selalu cukup untuk membeli kebutuhan makan.
7.	Lebih sering makan sendirian	1	0 Klien selalu makan bersama anaknya, tapi jika anak tidak berada di rumah, klien akhirnya makan sendiri.
8.	Mempunyai keharusan menjalankan terapi minum obat 3 kali atau lebih setiap harinya	1	0 Klien tidak menjalankan terapi minum obat,.
9.	Mengalami penurunan berat badan 5 kg dalam enam bulan terakhir	2	0 Tidak ada Penurunan / perubahan BB klien.
10.	Tidak selalu mempunyai kemampuan fisik yang cukup untuk belanja, memasak atau makan sendiri	2	0 Klien maish mampu melakukan aktifitas sendiri, dalam belanja, masak, dan makan sendiri.
Total Skor			4

Interpretasi hasil: Klien dalam kondisi (Moderate nutritional risk)

B. ANALISA DATA

NO	SYMPTOM	ETIOLOGI	PROBLEM
	<p>DS:</p> <p>Tn. S mengeluh sakit kepala, leher pegel dirasakan bertambah sakit setiap hari saat bangun tidur, sakit kepala di rasakan seperti nyut-nyutan dan hilang timbul. Selain pusing Tn. S juga mengatakan pegel pada punggung dan akan menghilang apabila Tn. S beristirahat.,.</p> <p>DO:</p> <p>Klien memegangi Kepalanya saat sakit Skala nyeri 3 (0-10) sedang. TTV : 170 /90 mmHg N : 84 x/menit S : 36,5 °C RR: 20 x/menit</p>	<p>Peningkatan tekanan vaskuler serebral</p>	<p>Nyeri akut</p>
	<p>DS:</p> <p>Klien mengatakan kurang tahu tentang penyakit hipertensi. Klien tidak tahu penyebab hipertensi Klien mengatakan makan makanan yang sama dengan keluarganya, tanpa adanya perbedaan</p> <p>DO:</p> <p>Klien bertanya tentang</p>	<p>Kurang informasi mengenai penyakit</p>	<p>Kurang pengetahuan</p>

	penyakitnya.		
--	--------------	--	--

C. Diagnosa keperawatan.

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Peningkatan tekanan vaskuler serebral
2. Kurang pengetahuan berhubungan dengan Kurang informasi mengenai penyakit

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	No. Dx	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	1	<p>Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 2x60 menit diharapkan pasien dapat mengontrol nyeri atau sakit kepala hilang atau berkurang dengan kriteria hasil :</p> <p>Klien tidak mengungkapkan adanya nyeri atau sakit kepala.</p> <p>Klien tampak nyaman.</p> <p>Tanda-tanda vital dalam batas normal terutama tekanan darah (TD : normal 110-130 mmHg, diastole 70-80 mmHg)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji keadan umum klien. 2. Kaji tingkat nyeri klien. 3. Kaji lokasi intensitas dan skala nyeri. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keadan umum menunjukkan keadan klien secara utuh dan dengan mengetahui tanda-tanda vital terutama tekanan darah. Untuk menentukan tindakan selanjutnya. 2. Untuk mengetahui tingkat nyeri klien dengan menggunakan pengkajian PQRST. 3. Untuk mengetahui nyeri yang dirasakan klien sehingga bisa ditentukan intervensi yang tepat selanjutnya.
2	2	Setelah dilakukan kunjungan rumah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tentang batas tekanan darah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan dasar untuk pemahaman

	<p>selama 2x60 menit diharapkan pasien mengetahui informasi tentang hipertensi dengan kriteria hasil :</p> <p>klien mengungkapkan pengetahuan akan hipertensi.</p> <p>Melaporkan pemakaian obat-obatan sesuai program.</p> <p>Dan juga di sarankan untuk minum obat herbal jus sledri</p>	<p>normal, tekanan darah tinggi dan efeknya.</p> <p>2. Jelaskan sifat penyakit dan tujuan dari pengobatan dan prosedur.</p> <p>3. Berikan pendidikan kesehatan tentang cara mencegah dan mengatasi hipertensi.</p> <p>5. Anjurkan klien untuk tidak mengonsumsi makanan dan minuman yang dapat meningkatkan tekanan darah.</p> <p>5. Evaluasi tingkat pengetahuan klien.</p>	<p>tentang peningkatan tekanan darah mengklarifikasikan istilah medis yang sering digunakan. Pemahaman bahwa tekanan darah tinggi dapat terjadi tanpa gejala sehingga memungkinkan pasien untuk melanjutkan pengobatan meskipun sudah merasa sehat.</p> <p>2. Supaya klien tahu dan memungkinkan pasien untuk melanjutkan pengobatan.</p> <p>3. Menambah pengetahuan klien sehingga klien bisa mencegah dan mengatasi hipertensi.</p> <p>5. Untuk menghindari peningkatan tekanan darah.</p> <p>6. Mengetahui sejauh mana klien mengetahui dan memahami tentang penyakitnya</p>
--	---	--	---

E. Implementasi Keperawatan.

No/ tgl	Kode Dx	Implementasi	Respon
18/7/17	1	<p>a. Memonitor tanda tanda vital klien.</p> <p>b. Memonitor tingkat nyeri Klien, lokasi intensitas dan skala nyeri.</p> <p>c. Ajarkan tehnik relaksasi nafas dalam</p> <p>d. Anjurkan klien untuk memeriksakan dirinya ke puskesmas / dokter</p> <p>e. Menjelaskan tentang batas tekanan darah normal, tekanan darah tinggi dan resikonya</p> <p>f. Anjurkan juga pada klien untuk minum obat herbal yaitu jus sledri setiap hari</p>	<p>TTV : 170/90 mmHg N : 84 x/menit S : 36,5 °C RR: 20 x/menit</p> <p>Klien mengatakan nyeri kepala</p> <p>Scala nyeri 3</p> <p>Klien mau melakukan think relaksasi nafas dalam dan mengatakan lebih nyaman</p> <p>Klien menyetujui untuk berobat ke pukesmas</p> <p>Klien mengetahui tentang batasan tekanan darah yang normal</p> <p>Klien menyetujui untuk mengkonsumsi obat – obatan herbal jus sledri.</p>

F. Evaluasi

G.

No Tgl	No. Dx	Evaluasi	Ttd
20/7/17	1	<p>S: Klien mengatakan sudah tdk pusing lagi</p> <p>O: TTV : 160/90 mmHg N : 84 x/menit S : 36,5 °C RR: 20 x/menit</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>a. Monitor Tanda vital</p>	

		<ul style="list-style-type: none">b. Monitor tingkat nyeri klien. lokasi intensitas dan skala nyeri.c. Anjurkan tehnik relaksasi nafas dalamd. Monitor pemberian obate. Anjurkan untuk selalu mengkonsumsi jus sledri setiap hari	
--	--	--	--



Hari/ tgl pengkajian : Rabu 19 Juli 2017

Nama Pengkaji : Basuki

Tempat : Desa Tunjungeto

D. PENGKAJIAN

11. IDENTITAS

Nama : Ny P
Umur : 75 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Desa Tunjungseto RT 2 Rw 3 Sempor
Status : Janda
Agama : Islam
Suku : Jawa
Pendidikan : SR

12. RIWAYAT KESEHATAN

- d. Keluhan Utama : Pusing Kepala
- e. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada waktu di lakukan Pengkajian Ny P mengatakan Sejak usianya menginjak tua Ny P sudah mulai mengalami peningkatan tekanan darah, untuk tekanan darahnya pernah mencapai 170/100 mmHg. Ny P tinggal sendirian di rumah namun rumahnya dekat dengan anak – anaknya. Anak Ny P ada 3 orang sudah berkeluarga semuanya. Akan tetapi rumah Ny P berdekatan dengan anak – anaknya. Dan bila merasakan badan sudah kurang enak biasanya bu P langsung periksa ke bidan yang terdekat rumahnya, kemudian diberi obat penurun darah yaitu captopril. Keadaan saat ini Ny P sering mengeluh pusing, lemes.

- f. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien sering merasakan pusing, nyeri sendi – sendi dan gatal – gatal ± 3 bulan terakhir.

13. STATUS FISIOLOGIS

- d. Postur tulang belakang : postur tulang belakang klien saat berjalan tegak .
- e. Tanda-tanda vital klien

TD : 170/100 mmHg

N : 88 x/menit

S : 36,7 °C

RR : 20 x/menit

f. Pengkajian Head to Toe

12) Kepala

Normocephalus, rambut tampak ubanan, dan kelihatan kotor, tidak ada luka, tidak ada nyeri tekan pada kepala dan tidak ada benjolan.

13) Mata

Bentuk tampak simetris, konjungtiva tampak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, penglihatan jelas, tidak ada peradangan, tidak menggunakan kaca mata, tidak ada nyeri dan tidak ada benjolan.

14) Hidung

Bentuk tampak simetris, tidak ada luka, tidak ada peradangan, tidak ada secret pada hidung, tidak ada nyeri tekan, penciuman masih cukup baik.

15) Mulut dan Tenggorokan

Mulut tampak sedikit kotor, mukosa mulut tampak kering, tidak ada peradangan, gigi tampak kuning dan tidak ada kesulitan saat menelan.

16) Telinga

Bentuk simetris, tidak ada luka, tidak tampak serumen, tidak ada peradangan, tidak nyeri tekan pada bagian belakang telinga (mastoideus), tidak ada benjolan, pendengaran masih bagus

17) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada luka, tidak ada bendungan vena jugularis, klien mengeluh leher bagian belakang, terasa berat (kaku kuduk).

18) Dada

Tampak simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada nyeri tekan.

19) Abdomen

Bentuk simetris, tidak ada oedema, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa.

20) Genetalia

Tidak terkaji

21) Ekstremitas

Kekuatan otot tangan kanan dan kiri 4, kaki kanan dan kiri 4

22) Integument

Kebersihan cukup baik, warna kulit hitam, lembab, tidak ada gangguan pada kulit.

14. PENGKAJIAN PERKEMBANGAN UNTUK LANSIA

c. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

Klien mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan saat bangun dari tempat duduk dan tampak klien tidak stabil pada saat berdiri pertama kali. Setelah berdiri klien berhenti sejenak lalu berjalan, saat duduk klien tampak duduk secara perlahan, saat mengambil sesuatu klien tampak perlahan-lahan dan terkadang dibantu, klien merasakan nyeri pinggang saat membungkukkan badan.

d. Komponen gaya berjalan dan gerakan

Klien tampak berjalan dengan perlahan-lahan tanpa alat bantu seperti tongkat, melangkah secara hati-hati dan perlahan, jalan tampak sempoyongan.

15. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

Klien mengatakan hubungan dengan istrinya baik, klien mengatakan jarang berinteraksi dengan tetangga sekitar rumahnya karena aktifitasnya hanya terbatas di rumah saja, kecuali bila ada tetangga yang berkunjung ke rumahnya. Komunikasi dengan tetangga sekitar masih bagus dan baik, klien kooperatif saat diajak bicara dan memberikan umpan balik dari sesuatu yang sedang dibicarakan.

16. PENGKAJIAN FUNGSIONAL KLIEN

Katz index

No.	Kegiatan	Mandiri (1)	Tergantung (0)
1.	Mandi di kamar mandi (menggosok, membersihkan dan mengeringkan badan)	√	
2.	Menyiapkan pakaian, membuka dan mengenakannya	√	
3.	Memakan makanan yang telah disiapkan	√	
4.	Memelihara kebersihan diri (menyisir, mencuci rambut, menggosok gigi)	√	
5.	Buang air besar di WC	√	
6.	Dapat mengontrol pengeluaran air feses	√	
7	BAK di kamar mandi	√	
8	Berjalan di lingkungan tempat tinggal ke luar ruangan		√
9	Berjalan di lingkungan tempat tinggal ke luar ruangan tanpa alat bantu		√
10	Menjalankan ibadah sesuai agamanya	√	
11	Melakukan pekerjaan rumah		√
12	Berbelanja untuk kebutuhan sendiri dan keluarga		√

13	Mengelola keuangan		√
14	Menggunakan sarana transportasi untuk berpergian		√
15	Menyiapkan obat dan minum obat sesuai aturan		√
16	Merencanakan dan mengambil keputusan untuk kepentingan keluarga	√	
17	Melakukan aktifitas di waktu luang		√

Analisis hasil :

13 – 17 : Mandiri

0 – 12 : Ketergantungan

Keterangan : jumlah skor 9, klien tergantung kepada orang lain terutama dalam pengawasan, pengarahan memerlukan bantuan aktif dari orang lain

17. STATUS KOGNITIF / AFEKTIF

c. Short Portable Mental Status Questionare (SPMSQ)

Pertanyaan :

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan	Jawaban
	√	1	Tanggal berapa hari ini ?	Tidak tahu
	√	2	Hari apa sekarang ?	Tidak tahu
√		3	Apa nama tempat ini ?	Rumah
√		4	Dimana alamat anda ?	Tunjungseto
	√	5	Berapa umur anda ?	Lupa
	√	6	Kapan anda lahir ?	Lupa
	√	7	Siapa presiden Indonesia ?	Tidak tahu
	√	8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?	Tidak tahu
√		9	Siapa nama ibu anda ?	Ny. M
√		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun	17, 14, 11, 8, 5,
JUMLAH		Benar : 4	Salah : 6	

Interpretasi :

Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4 – 5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6 – 8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9 – 10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

Dari hasil Short Portable Mental Status Questionare (SPMSQ) di dapatkan hasil 4 benar dan 6 salah ini menunjukkan bahwa fungsi intelektual Tn. M kerusakan sedang.

d. Masalah Kesehatan Kronis

No	Keluhan yang dirasakan	Selalu (3)	Sering (2)	Jarang (1)	Tidak pernah (0)
A	Fungsi Penglihatan				
1	Penglihatan kabur				√
2	Mata berair				√
3	Nyeri pada mata				√
B	Fungsi Pendengaran				
4	Pendengaran berkurang				√
5	Telinga berdenging				√
C	Fungsi Pernapasan				
6	Batuk lama disertai keringat malam				√
7	Sesak napas				√
8	Berdahak/sputum				√
D	Fungsi Jantung				
9	Jantung berdebar-debar			√	
10	Cepat lelah			√	
11	Nyeri dada			√	
E	Fungsi Pencernaan				
12	Mual/muntah				√
13	Nyeri ulu hati				√
14	Makan dan minum banyak/berlebih				√
15	Perubahan kebiasaan BAB (diare/sembelit)				√
F	Fungsi Pergerakan				
16	Nyeri kaki saat berjalan		√		
17	Nyeri pinggang atau tulang belakang		√		
18	Nyeri persendian/bengkak		√		
G	Fungsi persarafan				

19	Lumpuh/kelemahan pada kaki dan tangan	√			
20	Kehilangan rasa				√
21	Gemetar/tremor			√	
22	Nyeri/pegal pada daerah tengkuk			√	
H	Fungsi Perkemihan				
23	BAK banyak				√
24	Sering BAK pada malam hari				√
25	Ngompol				√

Analisis Hasil

Skor < 25 : tidak ada masalah kesehatan kronis sd masalah kesehatan kronis ringan

Skor 26 – 50 : masalah kesehatan kronis sedang

Skor > 51 : masalah kesehatan kronis berat

Dari hasil diatas didapatkan skor 14 sehingga terdapat masalah kesehatan kronis ringan.

e. Status Psikologis (Skala depresi geriatrik Yesavagw,1983)

No	Apakah Bapak/Ibu dalam satu minggu terakhir :	Ya	Tidak
1	Merasa puas dengan kehidupan yang dijalani?	√	
2	Banyak meninggalkan kesenangan/minat dan aktifitas anda?	√	
3	Marasa bahwa kehidupan Anda hampa?		√
4	Sering merasa bosan?	√	
5	Penuh pengharapan akan masa depan?	√	
6	Mempunyai semangat yang baik di setiap waktu?	√	
7	Diganggu oleh pikir yang tidak dapat diungkapkan?		√
8	Merasa bahagia di sebagian besar waktu?		√
9	Merasa takut sesuatu akan terjadi pada Anda?		√
10	Sering kali merasa tidak berdaya?	√	
11	Sering kali merasa gelisah dan gugup?		√
12	Memilih tinggal di rumah daripada pergi melakukan sesuatu yang bermanfaat?	√	
13	Sering kali merasa khawatir akan masa depan?		√

14	Merasa mempunyai lebih banyak masalah dengan daya ingat dibandingkan orang lain?		√
15	Berpikir bahwa hidup ini sangat menyenangkan sekarang?	√	
16	Sering kali merasa merana?		√
17	Merasa kurang bahagia?		√
18	Sangat khawatir terhadap masa lalu?		√
19	Merasa bahwa hidup ini sangat menggairahkan?	√	
20	Merasa berat untuk memulai sesuatu yang baru?		√
21	Merasa dalam keadaan penuh semangat?		√
22	Berpikir bahwa keadaan Anda tidak ada harapan?		√
23	Berpikir bahwa banyak orang yang lebih baik daripada Anda?		√
24	Seringkali menjadi kesal dengan hal sepele?		√
25	Seingkali merasa ingin menangis?		√
26	Merasa sulit untuk berkomunikasi?		√
27	Menikmati tidur?		√
28	Memilih menghindari dari perkumpulan sosial?	√	
29	Mudah mengambil keputusan?	√	
30	Mempunyai pikiran yang jernih?	√	

Analisa hasil :

0 – 5 : Normal

6 -15 : Depresi ringan sampai sedang

16 – 30 : Depresi berat

Dari hasil diatas didapatkan skor 12 sehingga klien dalam kondisi deprei ringan sampai sedang

18. PENGKAJIAN PERILAKU TERHADAP KESEHATAN

Pola kebiasaan : klien mengatakan tiduran

Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

f. Nutrisi

Klien mengatakan biasa makan 3 kali sehari dengan lauk pauk seadanya, klien juga mengatakan makan makanan yang sama dengan keluarganya tanpa adanya perbedaan makanan, tidak ada alergi makanan, klien minum 3-5 gelas per hari.

g. Pola istirahat tidur

Klien tidur kurang lebih 4-6 jam perhari, klien sering terbangun saat malam hari karenan ingin kencing, klien terbiasa tidur siang sekitar 1 jam

h. Eliminasi

Klien tidak mengalami gangguan saat BAB dan BAK.Klien BAB 1 kali per hari dengan konsistensi lembek dan BAK 4-5 kali per hari lancar tanpa ada gangguan.

i. Pola aktivitas

Aktifitas klien hanya terbatas di rumah saja, menonton TV, hanya sesekali ke teras rumah untuk mencari udara segar maupun berinteraksi dengan tetangganya.

j. Personal hygiene

Klien mengatakan biasanya mandi 2 kali sehari yaitu pagi dan sore harimenggunakan sabun, , biasanya mengganti pakaian 1 hari sekali.

19. PENGKAJIAN LINGKUNGAN

e. Pemukiman

Luas bangunan rumah klien kurang lebih 600 m², klien tinggal bersama dengan istrinya, bentuk rumah petak dengan jenis bangunan atap rumah menggunakan atap genteng berdindingkan tembok, lantai keramik. Kebersihan lantai cukup bersih, ventilasi <15% luas lantai, pencahayaan cukup, cara pengaturan dalam hal perabotan keluarga cukup.Kulkas tidak ada dan tempat gallon untuk air bersih tidak ada dan banyak yang lainnya.

f. Sanitasi

Sumber penyediaan air bersih yaitu sumur mengatakan air yang diminum air biasa tanpa dan direbus, pengelolaan jamban bersama dengan jenis jamban leher angsa dan dengan jarak < 10 meter dari sumber air, sarana pembuangan air limbah lancar, bekas sampah biasanya dibuang ke pekarangan

g. Fasilitas

Klien tidak memelihara ternak, anak-anaknya kebanyakan bekerja sebagai buruh, tidak terdapat sarana olah raga, taman dan ruang pertemuan.Sarana hiburan yang ada hanyalah televisi.

h. Keamanan Dan Transportasi

Klien mengatakan dilingkungannya tidak ada alat penanggulangan kebakaran dan bencana
Sarana komunikasi yang dimiliki yaitu handphone.

ANALISA DATA

NO	SYMPTOM	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>DS:</p> <p>Ny P mengeluh sakit kepala, leher pegel dirasakan bertambah sakit setiap hari saat bangun tidur, sakit kepala di rasakan seperti nyut-nyutan dan hilang timbul. Selain pusing Ny P juga mengatakan pegel pada punggung dan akan menghilang apabila Ny P. beristirahat.,.</p> <p>DO:</p> <p>Klien memegangi Kepalanya saat sakit Skala nyeri 3 (0-10) sedang. TTV : 170/100 mmHg N : 84 x/menit S : 36,5 °C RR: 20 x/menit</p>	<p>Peningkatan tekanan vaskuler serebral</p>	<p>Nyeri akut</p>
2.	<p>DS:</p> <p>Klien mengatakan kurang tahu tentang penyakit</p>	<p>Kurang informasi mengenai penyakit</p>	<p>Kurang pengetahuan</p>

	<p>hipertensi.</p> <p>Klien tidak tahu penyebab hipertensi</p> <p>Klien mengatakan makan makanan yang sama dengan keluarganya, tanpa adanya perbedaan</p> <p>DO:</p> <p>- Klien bertanya tentang penyakitnya.</p>		
--	---	--	--

E. Diagnosa keperawatan.

3. Nyeri Akut berhubungan dengan Peningkatan tekanan vaskuler serebral
4. Kurang pengetahuan berhubungan dengan Kurang informasi mengenai Penyakit

Penyakit

F. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	No .Dx	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	1	Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 2x60 menit diharapkan pasien dapat mengontrol nyeri atau sakit kepala hilang atau berkurang	1. Kaji keadan umum klien.	<p>1. Keadan umum menunjukkan keadaan klien secara utuh dan dengan mengetahui tanda-tanda vital terutama tekanan darah. Untuk menentukan tindakan selanjutnya.</p> <p>2. Untuk mengetahui tingkat nyeri klien</p>

		<p>dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tidak mengungkapkan adanya nyeri atau sakit kepala. - Klien tampak nyaman. - Tanda-tanda vital dalam batas normal terutama tekanan darah (TD : normal 110-130 mmHg, diastole 70-80 mmHg) 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Kaji tingkat nyeri klien. 3. Kaji lokasi intensitas dan skala nyeri. 	<p>dengan menggunakan pengkajian PQRST.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk mengetahui nyeri yang dirasakan klien sehingga bisa ditentukan intervensi yang tepat selanjutnya.
2	2	<p>Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 2x60 menit diharapkan pasien mengetahui informasi tentang hipertensi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tentang batas tekanan darah normal, tekanan darah tinggi dan efeknya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan dasar untuk pemahaman tentang peningkatan tekanan darah mengklarifikasikan istilah medis yang sering digunakan. Pemahaman bahwa tekanan darah tinggi dapat terjadi tanpa gejala sehingga memungkinkan pasien

		<p>dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengungkapkan pengetahuan akan hipertensi. - Melaporkan pemakaian obat-obatan sesuai program. <p>Dan juga disarankan untuk minum obat herbal jus sledri</p> <ul style="list-style-type: none"> - 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan sifat penyakit dan tujuan dari pengobatan dan prosedur. 3. Berikan pendidikan kesehatan tentang cara mencegah dan mengatasi hipertensi. 6. Anjurkan klien untuk tidak mengonsumsi makanan dan minuman yang dapat meningkatkan tekanan darah. 5. Evaluasi tingkat pengetahuan klien. 	<p>untuk melanjutkan pengobatan meskipun sudah merasa sehat.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Supaya klien tahu dan memungkinkan pasien untuk melanjutkan pengobatan. 3. Menambah pengetahuan klien sehingga klien bisa mencegah dan mengatasi hipertensi. 6. Untuk menghindari peningkatan tekanan darah. 7. Mengetahui sejauh mana klien mengetahui dan memahami tentang penyakitnya
--	--	---	--	---

H. Implementasi Keperawatan.

No/ Tgl	Kode Dx	Implementasi	Respon
19/7/1 7	1	<p>g. Memonitor tanda tanda vital klien.</p> <p>h. Memonitor tingkat nyeri Klien, lokasi intensitas dan skala nyeri.</p> <p>i. Ajarkan tehnik relaksasi nafas dalam</p> <p>j. Anjurkan klien untuk memeriksakan dirinya ke puskesmas / dokter</p> <p>k. Menjelaskan tentang batas tekanan darah normal, tekanan darah tinggi dan resikonya</p> <p>l. Anjurkan juga pada klien untuk minum obat herbal yaitu jus sledri setiap hari</p>	<p>TTV : 170 /100 mmHg</p> <p>N : 84 x/menit</p> <p>S : 36,5 °C</p> <p>RR: 20 x/menit</p> <p>Klien mengatakan nyeri kepala</p> <p>Scala nyeri 3</p> <p>Klien mau melakukan think relaksasi nafas dalam dan mengatakan lebih nyaman</p> <p>Klien menyetujui untuk berobat ke pukesmas</p> <p>Klien mengetahui tentang batasan tekanan darah yang normal</p> <p>Klien menyetujui untuk mengkonsumsi obat – obatan herbal jus sledri.</p>

I. Evaluasi

No Tgl	No. Dx	Evaluasi	Ttd
21/7/17	1	<p>S: Klien mengatakan sudah tidak pusing kepala lagi</p> <p>O: TTV : 150/90 mmHg</p> <p>N : 84 x/menit</p> <p>S : 36,5 °C</p> <p>RR: 20 x/menit</p> <p>A: Masalah masalah teratasi</p> <p>P : a. Monitor Tanda vital</p> <ul style="list-style-type: none">b. Monitor tingkat nyeri klien. lokasi intensitas dan skala nyeri.c. Anjurkan tehnik relaksasi nafas dalamd. Monitor pemberian obate. Klien untuk minum jus sledri setiap hari	

Hari/ tgl pengkajian : Kamis 20 Juli 2017
Nama Pengkaji : Basuki
Tempat : Desa Tunjungeto

E. PENGKAJIAN

20. IDENTITAS

Nama : Tn. M
Umur : 60 Tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Alamat : Desa Tunjungeto RT 3 Rw 3 Sempor
Status : Menikah
Agama : Islam
Suku : Jawa
Pendidikan : SD

21. RIWAYAT KESEHATAN

g. Keluhan Utama : Lemes

h. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada saat melakukan pengkajian klien mengatakan badan terasa lemas. Untuk melakukan aktifitas jalan lemas dan harus berjalan dengan pelan

i. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien pernah di rawat di rumah sakit karena serangan stroke kurang lebih 1 tahun yll. Klien jarang memeriksakan diri ke petugas kesehatan sehingga ketika tidak diketahui secara jelas sejak kapan hipertensinya. Sekitar 1 tahun yang lalu merasa tidak enak badan dan diperiksakan ternyata tensinya naik dan terjadi serangan stoke.

22. STATUS FISIOLOGIS

g. Postur tulang belakang : postur tulang belakang klien saat berjalan tegak namun dengan merambat/ pegangan

h. Tanda-tanda vital klien

TD : 150/90 mmHg

N : 88 x/menit

S : 36,7 °C

RR : 20 x/menit

i. Pengkajian Head to Toe

23) Kepala

Normocephalus, rambut tampak ubanan, dan kelihatan kotor, tidak ada luka, tidak ada nyeri tekan pada kepala dan tidak ada benjolan.

24) Mata

Bentuk tampak simetris, konjungtiva tampak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, penglihatan jelas, tidak ada peradangan, tidak menggunakan kaca mata, tidak ada nyeri dan tidak ada benjolan.

25) Hidung

Bentuk tampak simetris, tidak ada luka, tidak ada peradangan, tidak ada secret pada hidung, tidak ada nyeri tekan, penciuman masih cukup baik.

26) Mulut dan Tenggorokan

Mulut tampak sedikit kotor, mukosa mulut tampak kering, tidak ada peradangan, gigi tampak kuning dan tidak ada kesulitan saat menelan.

27) Telinga

Bentuk simetris, tidak ada luka, tidak tampak serumen, tidak ada peradangan, tidak nyeri tekan pada bagian belakang telinga (mastoideus), tidak ada benjolan, pendengaran masih bagus

28) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada luka, tidak ada bendungan vena jugularis, kelenjor mengeluh leher bagian belakang, terasa berat (kaku kuduk).

29) Dada

Tampak simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada nyeri tekan.

30) Abdomen

Bentuk simetris, tidak ada oedema, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa.

31) Genetalia

Tidak terkaji

32) Ekstremitas

Kekuatan otot tangan kanan dan kiri 4, kaki kanan dan kiri 4

33) Integument

Kebersihan cukup baik, warna kulit hitam, lembab, tidak ada gangguan pada kulit.

23. PENGKAJIAN PERKEMBANGAN UNTUK LANSIA

e. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

Klien mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan saat bangun dari tempat duduk dan tampak klien tidak stabil pada saat berdiri pertama kali. Setelah berdiri klien berhenti sejenak lalu berjalan, saat duduk klien tampak duduk secara perlahan, saat mengambil sesuatu klien tampak perlahan-lahan dan terkadang dibantu, klien merasakan nyeri pinggang saat membungkukkan badan.

f. Komponen gaya berjalan dan gerakan

Klien tampak berjalan dengan perlahan-lahan tanpa alat bantu seperti tongkat, melangkah secara hati-hati dan perlahan, jalan tampak sempoyongan.

24. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

Klien mengatakan hubungan dengan istrinya baik, klien mengatakan jarang berinteraksi dengan tetangga sekitar rumahnya karena aktifitasnya hanya terbatas di rumah saja, kecuali bila ada tetangga yang berkunjung ke rumahnya. Komunikasi dengan tetangga sekitar masih bagus dan baik, klien kooperatif saat diajak bicara dan memberikan umpan balik dari sesuatu yang sedang dibicarakan.

25. PENGKAJIAN FUNGSIONAL KLIEN

Katz index

No.	Kegiatan	Mandiri (1)	Tergantung (0)
1.	Mandi di kamar mandi (menggosok, membersihkan dan mengeringkan badan)	√	
2.	Menyiapkan pakaian, membuka dan mengenakannya	√	
3.	Memakan makanan yang telah disiapkan	√	
4.	Memelihara kebersihan diri (menyisir, mencuci rambut, menggosok gigi)	√	
5.	Buang air besar di WC	√	
6.	Dapat mengontrol pengeluaran air feses	√	
7	BAK di kamar mandi	√	
8	Berjalan di lingkungan tempat tinggal ke luar ruangan		√
9	Berjalan di lingkungan tempat tinggal ke luar ruangan tanpa alat bantu		√
10	Menjalankan ibadah sesuai agamanya	√	
11	Melakukan pekerjaan rumah		√
12	Berbelanja untuk kebutuhan sendiri dan keluarga		√
13	Mengelola keuangan		√
14	Menggunakan sarana transportasi untuk berpergian		√
15	Menyiapkan obat dan minum obat sesuai aturan		√
16	Merencanakan dan mengambil keputusan untuk kepentingan keluarga	√	
17	Melakukan aktifitas di waktu luang		√

Analisis hasil :

13 – 17 : Mandiri

0 – 12 : Ketergantungan

Keterangan : jumlah skor 9, klien tergantung kepada orang lain terutama dalam pengawasan, pengarahan memerlukan bantuan aktif dari orang lain

26. STATUS KOGNITIF / AFEKTIF

f. Short Portable Mental Status Questionare (SPMSQ)

Pertanyaan :

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan	Jawaban
	√	1	Tanggal berapa hari ini ?	Tidak tahu
	√	2	Hari apa sekarang ?	Tidak tahu
√		3	Apa nama tempat ini ?	Rumah
√		4	Dimana alamat anda ?	Tunjungseto
	√	5	Berapa umur anda ?	Lupa
	√	6	Kapan anda lahir ?	Lupa
	√	7	Siapa presiden Indonesia ?	Tidak tahu
	√	8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?	Tidak tahu
√		9	Siapa nama ibu anda ?	Ny. M
√		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun	17, 14, 11, 8, 5,
JUMLAH		Benar : 4		
		Salah : 6		

Interpretasi :

Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4 – 5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6 – 8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9 – 10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

Dari hasil Short Portable Mental Status Questionare (SPMSQ) di dapatkan hasil 4 benar dan 6 salah ini menunjukkan bahwa fungsi intelektual Tn. M kerusakan sedang.

g. Masalah Kesehatan Kronis

No	Keluhan yang dirasakan	Selalu (3)	Sering (2)	Jarang (1)	Tidak pernah (0)
A	Fungsi Penglihatan				
1	Penglihatan kabur				√
2	Mata berair				√
3	Nyeri pada mata				√
B	Fungsi Pendengaran				
4	Pendengaran berkurang				√
5	Telinga berdenging				√

C	Fungsi Pernapasan				
6	Batuk lama disertai keringat malam				√
7	Sesak napas				√
8	Berdahak/sputum				√
D	Fungsi Jantung				
9	Jantung berdebar-debar			√	
10	Cepat lelah			√	
11	Nyeri dada			√	
E	Fungsi Pencernaan				
12	Mual/muntah				√
13	Nyeri ulu hati				√
14	Makan dan minum banyak/berlebih				√
15	Perubahan kebiasaan BAB (diare/sembelit)				√
F	Fungsi Pergerakan				
16	Nyeri kaki saat berjalan		√		
17	Nyeri pinggang atau tulang belakang		√		
18	Nyeri persendian/bengkak		√		
G	Fungsi persarafan				
19	Lumpuh/kelemahan pada kaki dan tangan	√			
20	Kehilangan rasa				√
21	Gemetar/tremor			√	
22	Nyeri/pegal pada daerah tengkuk			√	
H	Fungsi Perkemihan				
23	BAK banyak				√
24	Sering BAK pada malam hari				√
25	Ngompol				√

Analisis Hasil

Skor < 25 : tidak ada masalah kesehatan kronis sd masalah kesehatan kronis ringan

Skor 26 – 50 : masalah kesehatan kronis sedang

Skor > 51 : masalah kesehatan kronis berat

Dari hasil diatas didapatkan skor 14 sehingga terdapat masalah kesehatan kronis ringan.

h. Status Psikologis (Skala depresi geriatrik Yesavagw,1983)

No	Apakah Bapak/Ibu dalam satu minggu terakhir :	Ya	Tidak
1	Merasa puas dengan kehidupan yang dijalani?	√	
2	Banyak meninggalkan kesenangan/minat dan aktifitas anda?	√	
3	Marasa bahwa kehidupan Anda hampa?		√
4	Sering merasa bosan?	√	
5	Penuh pengharapan akan masa depan?	√	
6	Mempunyai semangat yang baik di setiap waktu?	√	
7	Diganggu oleh pikir yang tidak dapat diungkapkan?		√
8	Merasa bahagia di sebagian besar waktu?		√
9	Merasa takut sesuatu akan terjadi pada Anda?		√
10	Sering kali merasa tidak berdaya?	√	
11	Sering kali merasa gelisah dan gugup?		√
12	Memilih tinggal di rumah daripada pergi melakukan sesuatu yang bermanfaat?	√	
13	Sering kali merasa khawatir akan masa depan?		√
14	Merasa mempunyai lebih banyak masalah dengan daya ingat dibandingkan orang lain?		√
15	Berpikir bahwa hidup ini sangat menyenangkan sekarang?	√	
16	Sering kali merasa merana?		√
17	Merasa kurang bahagia?		√
18	Sangat khawatir terhadap masa lalu?		√
19	Merasa bahwa hidup ini sangat menggairahkan?	√	
20	Merasa berat untuk memulai sesuatu yang baru?		√
21	Merasa dalam keadaan penuh semangat?		√

22	Berpikir bahwa keadaan Anda tidak ada harapan?		√
23	Berpikir bahwa banyak orang yang lebih baik daripada Anda?		√
24	Seringkali menjadi kesal dengan hal sepele?		√
25	Seingkali merasa ingin menangis?		√
26	Merasa sulit untuk berkomunikasi?		√
27	Menikmati tidur?		√
28	Memilih menghindari dari perkumpulan sosial?	√	
29	Mudah mengambil keputusan?	√	
30	Mempunyai pikiran yang jernih?	√	

Analisa hasil :

0 – 5 : Normal

6 -15 : Depresi ringan sampai sedang

16 – 30: Depresi berat

Dari hasil diatas didapatkan skor 12 sehingga klien dalam kondisi deprei ringan sampai sedang

27. PENGKAJIAN PERILAKU TERHADAP KESEHATAN

Pola kebiasaan : klien mengatakan tiduran

Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

k. Nutrisi

Klien mengatakan biasa makan 3 kali sehari dengan lauk pauk seadanya, klien juga mengatakan makan makanan yang sama dengan keluarganya tanpa adanya perbedaan makanan, tidak ada alergi makanan, klien minum 3-5 gelas per hari.

l. Pola istirahat tidur

Klien tidur kurang lebih 4-6 jam perhari, klien sering terbangun saat malam hari karenan ingin kencing, klien terbiasa tidur siang sekitar 1 jam

m. Eliminasi

Klien tidak mengalami gangguan saat BAB dan BAK.Klien BAB 1 kali per hari dengan konsistensi lembek dan BAK 4-5 kali per hari lancar tanpa ada gangguan.

n. Pola aktivitas

Aktivitas klien hanya terbatas di rumah saja, menonton TV, hanya sesekali ke teras rumah untuk mencari udara segar maupun berinteraksi dengan tetangganya.

o. Personal hygiene

Klien mengatakan biasanya mandi 2 kali sehari yaitu pagi dan sore hari menggunakan sabun, , biasanya mengganti pakaian 1 hari sekali.

28. PENGKAJIAN LINGKUNGAN

i. Pemukiman

Luas bangunan rumah klien kurang lebih 600 m², klien tinggal bersama dengan istrinya, bentuk rumah petak dengan jenis bangunan atap rumah menggunakan atap genteng ber dinding tembok, lantai keramik. Kebersihan lantai cukup bersih, ventilasi <15% luas lantai, pencahayaan cukup, cara pengaturan dalam hal perabotan keluarga cukup. Kulkas tidak ada dan tempat gallon untuk air bersih tidak ada dan banyak yang lainnya.

j. Sanitasi

Sumber penyediaan air bersih yaitu sumur mengatakan air yang diminum air biasa tanpa dan direbus, pengelolaan jamban bersama dengan jenis jamban leher angsa dan dengan jarak < 10 meter dari sumber air, sarana pembuangan air limbah lancar, bekas sampah biasanya dibuang ke pekarangan

k. Fasilitas

Klien tidak memelihara ternak, anak-anaknya kebanyakan bekerja sebagai buruh, tidak terdapat sarana olah raga, taman dan ruang pertemuan. Sarana hiburan yang ada hanyalah televisi.

l. Keamanan Dan Transportasi

Klien mengatakan dilingkungannya tidak ada alat penanggulangan kebakaran dan bencana Sarana komunikasi yang dimiliki yaitu handphone.

ANALISA DATA

NO	SYMPTOM	ETIOLOGI	PROBLEM
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien post stroke kurang lebih 1 th yll - Klien mengeluh badan terasa lemas <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak berjalan dengan perlahan-lahan tanpa alat bantu dan sangat berhati-hati - Klien tampak sempoyongan bila berjalan - TD: 140/90 mmHg - N: 88 x/menit - S : 36,7 °C - RR: 20 x/menit 	Kelemahan otot/proses penyakit	Resiko tinggi cedera : jatuh
	<p>DS:</p> <p>Klien mengatakan kurang paham tentang masalah diit pada pasien hipertensi</p> <p>DO:</p> <p>Klien bertanya tentang masalah diit pada hipertensi</p>	Kurang informasi mengenai diit pada hipertensi	Kurangnya informasi

F. DIAGNOSA KEPERAWATAN

3. Resiko tinggi cedera : jatuh berhubungan dengan kelemahan otot/proses penyakit
4. Kurang pengetahuan tentang diit pada hipertensi berhubungan dengan k

G. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	No. Dx	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	1	Setelah dilakukan pendidikan kesehatan selama 1x20 menit tentang pencegahan resiko cedera : jatuh diharapkan pasien dan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan keamanan pasien sesuai dengan kondisi fisik dan fungsi kognitif pasien dan riwayat penyakit terdahulu pasien 2. Anjurkan kepada keluarga untuk

		<p>keluarganya dapat mengurangi resiko jatuh (risk control) dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien terbebas dari cedera - klien dan keluarga mampu menjelaskan cara/metode untuk mencegah cedera - Klien dan keluarganya mampu menjelaskan faktor resiko dari lingkungan/perilaku personal - Mampu memodifikasi gaya hidup untuk mencegah cedera 	<p>memindahkan barang-barang yang berbahaya</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan kepada keluarga untuk memberikan penerangan yang cukup 4. Anjurkan kepada pasien untuk tidak tergesa-gesa saat pindah posisi badan misalnya dari tidur ke berdiri atau saat mengambil barang 5. Anjurkan kepada keluarga untuk mendekatkan barang-barang yang sering digunakan/dibutuhkan di dekat pasien terutama apabila ditinggal sendirian di rumah
2	2	<p>Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 1x20 menit diharapkan pasien mengetahui informasi tentang resiko jatuh dengan kriteria hasil : klien mengungkapkan pengetahuan akan pencegahan resiko jatuh</p>	<p>Berikan pendidikan kesehatan tentang :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pengertian diit pada hipertensi - tujuan diit pada hipertensi - macam dan indikasi pemberian diit pada hipertensi

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/Tgl/ Jam	NoDx	Implementasi	Paraf
20/7/2017	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebutuhan keamanan pasien sesuai dengan kondisi fisik dan fungsi kognitif pasien dan riwayat penyakit terdahulu pasien 2. Menganjurkan kepada keluarga untuk memindahkan barang-barang yang berbahaya 3. Menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan penerangan yang cukup 4. Menganjurkan kepada pasien untuk tidak tergesa-gesa saat pindah posisi badan 	

		<p>misalnya dari tidur ke berdiri atau saat mengambil barang</p> <p>5. Menganjurkan kepada keluarga untuk mendekatkan barang-barang yang sering digunakan/dibutuhkan di dekat pasien terutama apabila ditinggal sendirian di rumah</p>	
20/7/2017	2	<p>Memberikan pendidikan kesehatan tentang :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pengertian diit pada hipertensi - tujuan diit pada hipertensi - macan dan indikasi pemberian diit pada hipertensi 	

F. EVALUASI

Hari/Tgl/ jam	No Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
23/7/2017	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan akan pelan-pelan bila akan bangun dari tempat tidur agar tidak jatuh <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada lantai yang licin atau basah - Barang-barang kebutuhan pasien ada di dekat pasien - Tidak ada kabel atau stop kontak listrik di dekat pasien <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi 	

BAB II
TINJAUAN KASUS

Hari/ tgl pengkajian : Jum'at 21 Juli 2017

Nama Pengkaji : Basuki

Tempat : Desa Tunjungeto Sempor , Kebumen

B. Pengkajian

8. Identitas Klien

Nama : Tn. S

Umur : 67th

Alamat : Tunjungseto Kec Sempor Kab. Kebumen

Pendidikan : SD

Jenis Kelamin : Laki laki

Agama : Islam

9. Data Keluarga

Nama : Sdr. T

Hubungan : Anak

Pekerjaan : Pelajar

Alamat : Tunjung seto, Kec Sempor, Kab. Kebumen

10. STATUS KESEHATAN SEKARANG

Keluhan Utama:Tn. S sering mengeluh sakit kepala, leher pegel dirasakan bertambah sakit setiap hari saat bangun tidur, sakit kepala di rasakan seperti nyut-nyutan dan hilang timbul. Klien memegangi kepala saat sedang sakit Selain pusing Tn. S juga mengatakan pegel pada punggung dan akan menghilang apabila Tn. S beristirahat., Skala nyeri 3 (0-10) sedang.

TTV : 180/100 mmHg N : 84 x/menit

S : 36,5 °C

RR: 20 x/menit

Pengetahuan, usaha yang dilakukan untuk mengatasi keluhan: Tn. S kalau sedang tidak enak badan berobat ke dr. Praktek. Klien mengatakan kurang paham tentang penyakit hipertensi. Klien tidak tahu penyebab hipertensi, Klien mengatakan makan makanan yang sama dengan keluarganya, tanpa adanya perbedaan, Klien juga menanyakan tetanga kondisi kesehatannya/ penyakitnya

Obat-obatan: Obat yang dikonsumsi Tn. S biasanya adalah obat dari dokter itupun tidak rutin dan untuk mengatasi nyeri yang dialaminya, Tn. S hanya memberikan pijatan saja pada persendian dan sekitar persendiannya.

11. AGE RELATED CHANGES (PERUBAHAN TERKAIT PROSES MENUA)

FUNGSI FISIOLOGIS

a. Kondisi Umum

Tn. S cukup baik dan kurang bergairah, . Pada malam hari, Tn. S kadang susah tidur saat mengeluh sakit kepala . Tekanan darah dari hasil pemeriksaan adalah 180/100 mmHg.

b. Integumen

Warna kulit sawo matang, kulit tampak keriput, dan kulit Tn. S tampak kering. Sedangkan untuk kuku Tn. S berwarna transparan, ada beberapa kotoran pada kuku kaki, dan tidak ada lesi disekitar kuku.

c. Hematopoetic

Tn. S tidak pernah mengalami perdarahan, pembengkakan, dan anemi. Tidak ada keluhan yang dirasakan oleh Tn. S

d. Kepala

Tn. S sering mengalami sakit kepala dan pusing, yang bisa terjadi karena hipertensi yang dialaminya. Tidak mengalami gatal pada kulit kepala atau permasalahan lainnya di kepalanya.

e. Mata

Fungsi penglihatan masih baik. Tetapi Tn. S tidak memeriksakan matanya maupun tidak memakai kaca mata.

f. Telinga

Pendengaran kurang jika berkomunikasi dengan klien harus dengan suara yang cukup keras , telinga cukup bersih.

- g. **Hidung sinus**
Tn. S tidak merasa ada keluhan yang dialami. Saat flu, hidungnya mulai berair. Selama Tn. S kondisinya baik, tidak ada permasalahan yang dialami pada hidungnya. Untuk kebersihan hidung, Tn. S cukup baik menjaga kebersihannya.
- h. **Mulut, tenggorokan**
Tidak memiliki gigi palsu, dan tidak mengalami sakit gigi. Saat makan merasa baik-baik saja, akan tetapi untuk makanan yang teksturnya keras tidak kuat karena ada beberapa gigi yang sudah lepas. Nafas tidak berbau.
- i. **Leher**
Tn. S mengatakan sering mengeluh pegel pada leher, tidak ada massa
- j. **Pernafasan**
Tn. S mengatakan kadang mengalami batuk dan beberapa penyakit pernafasan ringan yang dipengaruhi faktor suhu dan lingkungan (musiman). Tidak ada riwayat asma yang penyakit pernafasan lainnya.
- k. **Kardiovaskuler**
Tn. S baru mengetahui memiliki hipertensi, dan Tn. S jarang mengontrol tekanan darahnya sendiri. Selain hipertensi, Tn. S tidak memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan kardiovaskuler lainnya.
- l. **Gastrointestinal**
Tn. S mengatakan nafsu makan baik, pola makan kurang teratur. Frekuensi BAB juga teratur setiap hari. Berat badan 50kg.
- m. **Perkemihan**
Tidak ada keluhan nyeri saat berkemih, pola BAK teratur dengan frekuensi 4-5 x dalam 24 jam. Masih mampu mengontrol/menahan dalam berkemih.
- n. **Reproduksi**
Tidak ada gangguan
- o. **Muskuloskeletal**
Terkadang Tn. S mengalami nyeri pada punggung. Tidak ada riwayat fraktur. Dan masih mampu menjalankan aktifitas sehari-hari.
- p. **Persyarafan**
Tidak ada gangguan dalam system persyarafan.
12. **POTENSI PERTUMBUHAN PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL**
Psikososial

Hubungan klien dengan lansia yang lain baik, terbukti Tn. S suka ngobrol dengan lansia yang lain dan dengan para tetangga. Tn. S tidak terlihat cemas ataupun depresi, meskipun tinggal serumah hanya dengan anaknya, sementara anak-anaknya sudah berpisah rumah. Dalam pengambilan keputusan sebuah masalah, Tn. S juga minta saran pada anaknya melalui telepon.

Spiritual

Menurut penuturan, Tn. S selalu melakukan sholat 5 waktu dan sering mengikuti sholat berjamaah di mushollah terdekat. Tn. S setiap hari mengaji Al-Qur'an sendiri, Tn. S juga suka melakukan pengajian dan tahlil yang diadakan oleh masyarakat kampung. Tn. S yakin akan kematian, bahwa kematian itu rahasia Allah dan pasti akan terjadi. Dan Tn. S sudah merasa siap saat sewaktu-waktu dipanggil oleh Allah SWT.

13. LINGKUNGAN

- **Kamar:** Berdasarkan penjelasan Tn. S, rumahnya terdapat 1 kamar tidur. Pencahayaan bisa masuk melalui jendela yang ada, dan cukup untuk menerangi ruang kamar.
- **Kamar mandi:** Berdasarkan penjelasan Tn S, lokasi kamar mandi berada di luar rumah, dan melakukan pengurasan saat bak kamar mandi terlihat kotor bersama anaknya.
- **Luar rumah:** Berdasarkan penjelasan Tn S, ada halaman depan rumah yang tidak terlalu lebar dan ada beberapa tanaman juga bunga.

14. NEGATIVE FUNCTIONAL CONSEQUENCES

e. Kemampuan ADL

Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (Indeks Barhel)

No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat
1.	Makan-Minum	5	10	10 Klien mampu makan sendiri, bahkan Tn. S yang memasak.
2.	Berpindah dari kursi roda ke	5-10	10	10

	tempat tidur, sebaliknya			Klien tidak menggunakan kursi roda, bisa berpindah sendiri.
3.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	5 Klien mampu melakukan secara mandiri
4.	Keluara masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	10 Klien mampu mencuci pakaian sendiri
5.	Mandi	0	5	5 Klien mampu mandi sendiri, Frekwensi : 3 x sehari
6.	Jalan di permukaan datar	0	10	10 Klien mampu berjalan sendiri
7.	Naik turun tangga	5	10	10 Klien mampu naik turun tangga sendiri
8.	Mengenakan pakaian	5	10	10 Klien mampu mengenakan pakaian sendiri.
9.	Kontrol bowel (BAB)	5	10	10 Klien mampu untuk BAB sendiri
10.	Kontrol bladder(BAK)	5	10	10 Klien mampu untuk BAB

				sendiri
--	--	--	--	---------

f. Aspek Kognitif

MMSE (Mini Mental Status Exam)

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1.	Orientasi	5	3	Klien mampu mengingat hari dan tahun. Namun untuk tanggal dan bulan klien tidak mengingatnya
2.	Orientasi	5	5	Klien mampu menyebutkan tempat dimana dia tinggal sekarang.
3.	Registrasi	3	3	Klien masih mampu mengenal semua benda-benda yang ada (Tas, Bulpoin, Hp).
4.	Perhatian & Kalkulasi	5	3	Klien mampu perhitungan dalam masalah uang, untuk perhitungan yang lain, klien merasa kesulitan.
5.	Mengingat	3	3	Klien masih mampu mengingat nama benda yang telah disebutkan di point ke-3
6.	Bahasa	9	7	Klien masih memahami pembicaraan dalam Bahasa Jawa, Bahasa Indonesia, bahkan Bahasa Madura.
Total Nilai		30	24	

Interpretasi hasil: Klien tidak ada gangguan kognitif

g. Kecemasan, GDS

Pengkajian Depresi

No.	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya	Tdk	Hasil
1.	Anda puas dengan kehidupan saat ini	0	1	0
2.	Andar merasa bosan dengan berbagai aktifitas dan kesenangan	1	0	0
3.	Anda merasa bahwa hidup anda hampa/kosong	1	0	0

4.	Anda sering merasa bosan	1	0	0
5.	Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu	0	1	0
6.	Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda	1	0	0
7.	Anda lebih merasa bahagia disepanjang waktu	0	1	0
8.	Anda sering merasakan butuh bantuan	1	0	0
9.	Anda lebih senang tinggal dirumah dariipada keluar melakukan suatu hal	1	0	1
10.	Anda merasa memiliki banyak masalah dengan ingatan anda	1	0	0
11.	Anda menenukan bahwa hidup ini sangat luar biasa	0	1	0
12.	Anda tidak tertarik dengan jalan hidup anda	1	0	0
13.	Anda merasa diri anda sangat energik/bersemangat	0	1	1
14.	Anda merasa tidak punya harapan	1	0	0
15.	Anda berfikir bahwa orang lain lebih baik dari diri anda	1	0	0
Jumlah				2

Interpretasi hasil: Klien tidak diindikasikan depresi

h. Status Nutrisi

Pengkajian determinan nutrisi pada lansia:

No.	Indikator	Skor	Pemeriksaan
1.	Menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi	2	1 Klien menderita penyakit hipertensi. Dan tidak mempengaruhi jumlah & jenis makanan, akan tetapi klien sering mengalami perubahan nafsu makan.
2.	Makan kurang dari 2 kali dalam sehari	3	1 Klien makan 3x kali sehari, tapi sering juga 2x dalam sehari. Dan tidak pernah makan kurang dari 2x
3.	Makan sedikit buah, sayur atau olahan susu	2	1 Klien makan nasi, lauk-pauk. Untuk buah jarang, sedangkan susu tidak pernah

4.	Mempunyai tiga/lebih kebiasaan mnum-minuman beralkohol setiap harinya	2	0 Klien tidak pernah meminum-minuman beralkohol
5.	Mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan yang keras	2	1 Gigi klien ada beberapa yang sudah tidak ada (lepas) sehingga kesulitan dalam makan makanan yang keras
6.	Tidak selalu mempunyai cukup uang untuk membeli makanan	4	0 Klien selalu mendapat jatah uang oleh anak-anaknya, sehingga selalu cukup untuk membeli kebutuhan makan.
7.	Lebih sering makan sendirian	1	0 Klien selalu makan bersama anaknya, tapi jika anak tidak berada di rumah, klien akhirnya makan sendiri.
8.	Mempunyai keharusan menjalankan terapi minum obat 3 kali atau lebih setiap harinya	1	0 Klien tidak menjalankan terapi minum obat,.
9.	Mengalami pennurunan berat badan 5 kg dalam enam bulan terakhir	2	0 Tidak ada Penurunan / perubahan BB klien.
10.	Tidak selalu mempunyai kemampuan fisik yang cukup untuk belanja, memasak atau makan sendiri	2	0 Klien maish mampu melakukan aktifitas sendiri, dalam belanja, masak, dan makan sendiri.
Total Skor			4

Interpretasi hasil: Klien dalam kondisi (Moderate nutritional risk)

G. ANALISA DATA

NO	SYMPTOM	ETIOLOGI	PROBLEM
	<p>DS:</p> <p>Tn. S mengeluh sakit kepala, leher pegel dirasakan bertambah sakit setiap hari saat bangun tidur, sakit kepala di rasakan seperti nyut-nyutan dan hilang timbul. Selain pusing Tn. S juga mengatakan pegel pada punggung dan akan menghilang apabila Tn. S beristirahat.,.</p> <p>DO:</p> <p>Klien memegang Kepalanya saat sakit Skala nyeri 3 (0-10) sedang. TTV : 200/100 mmHg N : 84 x/menit S : 36,5 °C RR: 20 x/menit</p>	<p>Peningkatan tekanan vaskuler serebral</p>	<p>Nyeri akut</p>
	<p>DS:</p> <p>Klien mengatakan kurang tahu tentang penyakit hipertensi. Klien tidak tahu penyebab hipertensi</p>	<p>Kurang informasi mengenai penyakit</p>	<p>Kurang pengetahuan</p>

	<p>Klien mengatakan makan makanan yang sama dengan keluarganya, tanpa adanya perbedaan</p> <p>DO:</p> <p>Klien bertanya tentang penyakitnya.</p>		
--	--	--	--

H. Diagnosa keperawatan.

5. Nyeri Akut berhubungan dengan Peningkatan tekanan vaskuler serebral
6. Kurang pengetahuan berhubungan dengan Kurang informasi mengenai Penyakit

I. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	No. Dx	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	1	<p>Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 2x60 menit diharapkan pasien dapat mengontrol nyeri atau sakit kepala hilang atau berkurang dengan kriteria hasil :</p> <p>Klien tidak mengungkapkan adanya nyeri atau sakit kepala.</p> <p>Klien tampak</p>	<p>1. Kaji keadaan umum klien.</p>	<p>1. Keadaan umum menunjukkan keadaan klien secara utuh dan dengan mengetahui tanda-tanda vital terutama tekanan darah. Untuk menentukan tindakan selanjutnya.</p> <p>2. Untuk mengetahui tingkat nyeri klien dengan menggunakan pengkajian PQRST.</p>

		<p>nyaman.</p> <p>Tanda-tanda vital dalam batas normal terutama tekanan darah (TD : normal 110-130 mmHg, diastole 70-80 mmHg)</p>	<p>2. Kaji tingkat nyeri klien.</p> <p>3. Kaji lokasi intensitas dan skala nyeri.</p>	<p>3. Untuk mengetahui nyeri yang dirasakan klien sehingga bisa ditentukan intervensi yang tepat selanjutnya.</p>
2	2	<p>Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 2x60 menit diharapkan pasien mengetahui informasi tentang hipertensi dengan kriteria hasil :</p> <p>klien mengungkapkan pengetahuan akan hipertensi.</p> <p>Melaporkan pemakaian obat-obatan sesuai program.</p> <p>Dan juga di sarankan untuk minum obat</p>	<p>1. Jelaskan tentang batas tekanan darah normal, tekanan darah tinggi dan efeknya.</p> <p>2. Jelaskan sifat penyakit dan tujuan dari pengobatan dan prosedur.</p>	<p>1. Memberikan dasar untuk pemahaman tentang peningkatan tekanan darah mengklarifikasikan istilah medis yang sering digunakan. Pemahaman bahwa tekanan darah tinggi dapat terjadi tanpa gejala sehingga memungkinkan pasien untuk melanjutkan pengobatan meskipun sudah merasa sehat.</p> <p>2. Supaya klien tahu dan memungkinkan pasien untuk</p>

		herbal jus sledri	<p>3. Berikan pendidikan kesehatan tentang cara mencegah dan mengatasi hipertensi.</p> <p>7. Anjurkan klien untuk tidak mengonsumsi makanan dan minuman yang dapat meningkatkan tekanan darah.</p> <p>5. Evaluasi tingkat pengetahuan klien.</p>	<p>melanjutkan pengobatan.</p> <p>3. Menambah pengetahuan klien sehingga klien bisa mencegah dan mengatasi hipertensi.</p> <p>7. Untuk menghindari peningkatan tekanan darah.</p> <p>8. Mengetahui sejauh mana klien mengetahui dan memahami tentang penyakitnya</p>
--	--	-------------------	--	--

J. Implementasi Keperawatan.

No/ tgl	Kode Dx	Implementasi	Respon
21/7/17	1	<p>m. Memonitor tanda tanda vital klien.</p> <p>n. Memonitor tingkat nyeri Klien, lokasi intensitas dan skala nyeri.</p> <p>o. Ajarkan tehnik relaksasi</p>	<p>TTV : 180 /100 mmHg</p> <p>N : 84 x/menit</p> <p>S : 36,5 °C</p> <p>RR: 20 x/menit</p> <p>Klien mengatakan nyeri kepala</p> <p>Scala nyeri 3</p>

		<p>napas dalam</p> <p>p. Anjurkan klien untuk memeriksakan dirinya ke puskesmas / dokter</p> <p>q. Menjelaskan tentang batas tekanan darah normal, tekanan darah tinggi dan resikonya</p> <p>r. Anjurkan juga pada klien untuk minum obat herbal yaitu jus sledri setiap hari</p>	<p>Klien mau melakukan think relaksasi napas dalam dan mengatakan lebih nyaman</p> <p>Klien menyetujui untuk berobat ke pukesmas</p> <p>Klien mengetahui tentang batasan tekanan darah yang normal</p> <p>Klien menyetujui untuk mengkonsumsi obat – obatan herbal jus sledri.</p>
--	--	---	--

No tgl	Kode Dx	Implementasi	Respon
22/7/17	00132	<p>a. Memonitor tanda tanda vital klien.</p> <p>b. Memonitor tingkat nyeri Klien, lokasi intensitas dan skala nyeri.</p> <p>c. Mengajarjarkan tehnik relaksasi napas dalam</p> <p>d. Memberikan analgetik. Dan obat antihipertensi</p> <p>e. Menjelaskan tentang</p>	<p>TTV : 170/90 mmHg</p> <p>N : 80 x/menit</p> <p>S : 36 °C</p> <p>RR: 22 x/menit</p> <p>Klien mengatakan nyeri kepala berkurang</p> <p>Scala nyeri 2</p> <p>Klien mau melakukan think relaksasi napas dalam dan mengatakan lebih nyaman</p> <p>Obat Parasetamol 3 x 500 mg dan amlodipin 2 x 5 mg sudah</p>

		proses penyakit	<p>diminum</p> <p>Klien mengetahui tentang batasan tekanan darah yang normal, klien mengetahui resiko hipertensi akan mematuhi tentang diit yang dianjurkan , dan akan selalu memeriksakan secara rutin kesehatannya.</p> <p>Klien bias menjawab pertanyaan</p>
--	--	-----------------	---

Implementasi

No tgl	Kode Dx	Implementasi	Respon
23/7/17	00132	<p>a. Memonitor tanda tanda vital klien.</p> <p>b. Memonitor tingkat nyeri Klien, lokasi intensitas dan skala nyeri.</p> <p>c. Mengajarjarkan tehnik relaksasi nafas dalam</p> <p>d. Memberikan analgetik. Dan obat antihiperetensi</p> <p>e. Menjelaskan tentang proses penyakit</p>	<p>TTV : 160/90 mmHg</p> <p>N : 80 x/menit</p> <p>S : 36 °C</p> <p>RR: 22 x/menit</p> <p>Klien mengatakan nyeri kepala berkurang</p> <p>Scala nyeri 2</p> <p>Klien mau melakukan think relaksasi nafas dalam dan mengatakan lebih nyaman</p> <p>Obat Parasetamol 3 x 500 mg dan amlodipin 2 x 5 mg sudah diminum</p> <p>Klien mengetahui tentang batasan</p>

			<p>tekanan darah yang normal, klien mengetahui resiko hipertensi akan mematuhi tentang diit yang dianjurkan , dan akan selalu memeriksakan secara rutin kesehatannya.</p> <p>Klien bias menjawab pertanyaan</p>
--	--	--	---

K. Evaluasi

No tgl	No. Dx	Evaluasi	Ttd
23/7/17	1	<p>S: Klien mengatakan sudah tidak pusing kepala lagi</p> <p>O: TTV : 160/90 mmHg</p> <p> N : 84 x/menit</p> <p> S : 36,5 °C</p> <p> RR: 20 x/menit</p> <p>A: Masalah masalah teratasi</p> <p>P : a. Monitor Tanda vital</p> <p> f. Monitor tingkat nyeri klien. lokasi intensitas dan skala nyeri.</p> <p> g. Anjurkan tehnik relaksasi nafas dalam</p> <p> h. Monitor pemberian obat</p> <p> i. Klien untuk minum jus sledri setiap hari</p>	