



Lampiran 1 Asuhan Keperawatan

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI PPSLU DEWANATA

1. PENGKAJIAN

a. Identifikasi Dan Demografi

1) Identitas Klien

Nama klien : Ny. A
 Umur : 73 tahun
 Alamat : Singamerta, RT 03/03 Sigaluh, Banjarnegara
 Pendidikan : SD
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Suku : Jawa
 Agama : Islam
 Status Perkawinan : Janda
 Tanggal Pengkajian : 2 Januari 2024

2) Status Kesehatan Saat Ini :

Klien mengatakan sering merasa pusing di kepala sampai ke bagian tengkuk, nyeri seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri 5, klien merasa gelisah dan lemas, dan sulit tidur pada malam hari/ terbangun pada malam hari karena pusing.

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengatakan sudah memiliki Riwayat hipertensi dan klien mengkonsumsi obat amlodipine 10mg diminum 1x pada malam hari sebelum tidur, untuk penurun tensi.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan dari keluarga ada yang memiliki riwayat hipertensi

5) Alasan Masuk Panti

Klien mengatakan dibawa ke panti atas kemauan sendiri, dan mulai tinggal di Panti Dewanata Cilacap dari tahun 2014, sebelumnya klien

sudah tinggal di Panti Dewanata Banjarnegara, klien memiliki 2 orang anak laki-laki dan Perempuan, tetapi anak-anaknya semua di luar kota/jauh.

b. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda Vital

TANDA VITAL	BARING	DUDUK	BERDIRI
Tekanan darah	-	160/90 mmHg	-
Nadi	-	85x/menit	-
SpO ₂	-	96%	-
Suhu	-	36,4 ⁰ C	-
Respirasi	-	21x/menit	-

2) Kulit :

Kulit tampak keriput karena faktor usia, tanpa ada bercak hitam pada beberapa permukaan kulit, didapatkan hasil bahwa kulit teraba halus, turgor kulit Kembali dalam waktu 2 detik.

3) Pendengaran :

Klien dapat mendengar dengan baik dan tidak memiliki masalah pada sistem pendengaran.

4) Pendengaran :

Konjungtiva tidak anemis, bentuk simetris, sklera tidak ikterik, sedikit berair, lensa mata bagian kanan dan kiri terdapat lingkaran berwarna putih, fungsi penglihatan masih bagus.

5) Mulut :

Hygiene mulut cukup baik, tidak memakai gigi palsu, tidak ada gangguan menelan, mukosa bibir lembap.

6) Leher :

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid pada leher, tidak teraba masa pada leher.

7) Dada :

a) Kelainan : Tidak ada kelainan

b) Kardiovaskuler

Inspeksi : Simetris antara kanan dan kiri, tidak ada lesi dan tidak ada pembengkakan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Suara redup pada batas jantung

Auskultasi : Suara jantung S1/S2 lup dup secara reguler

8) Pernafasan

Inspeksi : Respirasi 21x/menit, irama nafas teratur

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Bunyi sonor

Auskultasi : Vesikuler

9) Abdomen

Hati : Tidak ada pembesaran hati

Limpa : Tidak ada pembesaran limpa

Massa : Tidak ada massa

Bising usus : 15x/menit

Nyeri tekan : Tidak ada

10) Muskuloskeletal

Deformitas : Tidak ada

Gerak terbatas : Tidak ada

Nyeri : Tidak ada nyeri di ekstremitas

Radang : Tidak ada radang di ekstremitas

Jelaskan : Tidak ada

11) Neurologi

Normal (v) Abnormal () Pasien dapat merasakan ransangan

Syaraf : Tidak ada masalah.

Motorik :

- i. Kekuatan : skor kekuatan otot yaitu 5 karena gerakan penuh, melawan gravitasi dan melawan tahanan yang setimpal

$$\begin{array}{c|c}
 5 & 5 \\
 \hline
 5 & 5
 \end{array}$$

- ii. Tonus otot : tonus otot dengan skor 5 yaitu dapat bergerak dengan dapat melawan hambatan yang setimpal

Sensorik : Tajam (v) Raba () Getaran ()

Reflek Sklebar :

Jari ke hidung : Dapat dilakukan

Tumit ke ujung kaki : Tidak dapat dilakukan

Reflek Romberg : Tidak seimbang

Keseimbangan : Mudah goyah dan tidak seimbang

12) Pengkajian Fungsional Klien

Modifikasi dari Barthel Indeks

NO	KRITERIA	DENGAN BANTUAN	MANDIRI	KETERANGAN
1	Makan		10	Frekuensi : 3x sehari Jumlah : 1 ^{-1/2} piring Jenis : nasi, sayur lauk
2	Minum		10	Frekuensi : 5-7x sehari Jumlah : ±2000ml Jenis : air putih dan teh hangat
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya		15	Tidak menggunakan kursi roda
4	Personal toilet (mencuci muka, menyisir ram but, gosok gigi)		5	Frekuensi : 2x sehari Mandiri

5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)		10	Mandiri
6	Mandi		15	Frekuensi : 2x sehari
7	Jalan dipermukaan datar		5	Mandiri
8	Naik turun tangga		10	Mandiri
9	Mengenakan pakaian		10	Mandiri
10	Kontrol bowel (BAB)		10	Frekuensi : 1-2x sehari Konsistensi : Lembek
11	Kontrol bladder (BAK)		10	Frekuensi : 4-5x sehari Warna : sedikit kekuningan
12	Olahraga/Latihan		10	Frekuensi : 1x sehari Jenis : senam
13	Rekreasi/Pemanfaatan waktu luang		10	Frekuensi : - Jenis : -
Jumlah			130	

Keterangan :

- a. 130 : Mandiri
- b. 65-125 : Ketergantungan sebagian
- c. 60 : Ketergantungan total

Hasil : klien dapat melakukan aktivitas sehari-hari (ADL) secara mandiri

13) Pengkajian Status Mental Gerontik

Identifikasi aspek kognitif dari fungsi mental menggunakan MMSE

(Mini Mental Status Exam) :

NO	ASPEK KOGNITIF	NILAI MAKS	NILAI KLIEN	KRITERIA
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : Tahun (2024) Tanggal (2) Hari (selasa)

				Bulan (januari)
		5	5	Dimana sekarang kita berada? Negara (Indonesia) Provinsi (Jawa tengah) Kabupaten (Cilacap)
2	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 objek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing objek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga objek tadi (untuk disebutkan) : Meja Pulpen Televisi
3	Perhatian dan kalkulasi	5	4	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali Tingkat 93, 86, 79, 72
4	Mengingat	3	3	Minta klien mengulangi ketiga objek pada No. 2 (registrasi) tadi. Bila benar, satu point untuk masing-masing objek Meja Pulpen Televisi

5	Bahasa	9	6	<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan Namanya pada klien.</p> <p>(missal jam tangan) (missal pulpen) Minta klien untuk mengulang kata berikut : taka da, jika, dan tetapi". Bila benar nilai satu point</p> <p>Pertanyaan bentar 1 buah : tetapi</p>
Jumlah		26		

Interpretasi hasil :

24-30 : tak ada gangguan kognitif

18-23 : gangguan kognitif sedang

0-17 : gangguan kognitif berat

Skor MMSE pada klien didapatkan 26, termasuk ke dalam tak ada gangguan kognitif.

14) Pola Komunikasi

1	Pendengaran	Mengalami sedikit gangguan
2	Kemampuan memahami informasi	Mampu memahami informasi yang didapat dari pihak lain
3	Kejelasan berbicara	Bicara jelas
4	Perubahan pola komunikasi	Tidak ada perubahan

15) Pola Perilaku dan Alam Perasaan

1	Indikator depresi/kecemasan/perasaan sedih	Tidak ada depresi, kecemasan, dan alam perasaan sedih
2	Tipe alam perasaan	Berubah-ubah Ketika sakit
3	Perubahan pola alam perasaan	Tidak ada perubahan pola alam kesadaran
4	Perilaku	Perilaku pasien kepada orang lain baik dan ramah Pasien bila melakukan aktivitas sendiri
5	Perubahan perilaku	Tidak ada perubahan perilaku pasien

16) Psikososial - Spiritual

1	Inisiatif/keterlibatan social	Klien bersosialisasi dengan orang lain Klien dapat melakukan aktivitas untuk dirinya sendiri dan orang lain
2	Perubahan relasi	Klien mudah menyesuaikan diri pada lingkungan Klien menjalin hubungan baik dengan teman
3	Peran di masa lalu	Klien sangat kuat mengidentifikasi peran di masa lalu

17) Status Nutrisi

1	Menguyah dan menelan	Klien tidak mengalami masalah dalam menguyah ataupun menelan makanan
2	Perubahan berat badan	Tidak ada perubahan BB
3	Keluhan-keluhan	Tidak ada keluhan dalam indra pengecap dan nafsu makan klien sedikit menurun
4	Program dan alat bantu pemenuhan nutrisi	Tidak ada
5	Intake cairan	1500 – 2000 cc/hari
6	Mulut dan gigi	Bersih

18) Kulit

1	Kondisi kulit	Bersih, tidak ada lesi, tidak ada kemerahan
2	Tipe decubitus/luka pada kulit	Tidak ada dekubitus
3	Masalah lain pada kulit	Tidak ada masalah pada kulit
4	Perawatan /program khusus kulit	Tidak ada perawatan

19) Kontinensia

1	Kategori kontinensia urin	Kontinen
2	Pola eliminasi BAB	Teratur 1-2x sehari
3	Program dan alat bantu	Tidak ada program dan alat bantu
4	Perubahan dalam kontinen urin	Tidak ada perubahan

20) Obat-Obatan

1	Jenis, dosis obat per oral	Obat yang diminum saat ini Amlodipine 10mg
2	Injeksi	Tidak ada
3	Masalah yang berhubungan dengan obat	Tidak ada alergi obat

21) Kondisi Kesehatan Khusus

1	Penyakit yang dialami	Hipertensi
2	Jenis nyeri yang dialami	Nyeri (Pusing, dan cengeng dibagian tengkuk)
3	Riwayat jatuh	Tidak ada
4	Risiko jatuh	Tidak ada
5	Nilai abnormal laboratorium	Tidak ada
6	Nilai abnormal pemeriksaan lainnya	Tidak ada

2. Analisa Data

No	Data Fokus	Etiologi	Problem
1	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang (tengkuk) <p>P : Nyeri dirasakan saat melakukan aktivitas berlebih/saat tekanan darah meningkat</p> <p>Q : Klien mengatakan nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk</p>	<p>Agen Pencedera Fisiologis</p>	<p>Nyeri Akut (D. 0077)</p>

	<p>R : Nyeri pada bagian tengkuk S : Skala nyeri 5 T : Hilang timbul</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat lemas • Klien tampak meringis saat menahan nyeri • Tanda-tanda vital : TD : 160/90 mmHg RR : 25x/menit N : 85x/menit 		
2	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sulit tidur jika sakit kepala dan istirahatnya terganggu • Klien mengatakan tidurnya ± 5 jam <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak kurang istirahat atau tidur dan menguap • Klien tampak lemas dan Lelah • Terlihat mata klien berair dan sayu • Sekitar mata klien ada lingkar hitam dan bengkak di bagian kelopak mata. 	Hambatan Lingkungan	Gangguan Pola Tidur (D. 0055)

3	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sakit kepala dan pusing, tengkuk terasa berat dan kaku • Klien mengatakan memiliki Riwayat hipertensi <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lemas dan meringis • Klien tampak memegangi kepala saat nyeri tiba • Tanda-tanda vital : TD : 160/90mmHg N : 85x/menit 	Hipertensi	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D. 0017)
---	---	------------	---

3. Prioritas Diagnosa Keperawatan

- a. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017) b.d Hipertensi
- b. Nyeri Akut (D.0077) b.d Agen pencedera Fisiologis
- c. Gangguan Pola Tidur (D. 0055) b.d Hambatan Lingkungan

4. Intervensi Keperawatan

Hari/Tanggal	No Dx	SLKI	SIKI
Selasa, 2 Januari 2024	I	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ;</p> <p>SLKI : Perfusi Serebral (L. 02014)</p> <p>Ekspetasi : Meningkat</p>	<p>SIKI : Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab

		<p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sakit kepala menurun (5) 2. Gelisah menurun (5) 3. Tekanan darah sistolik membaik (5) 4. Tekanan darah diastolik membaik (5) <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 : Menurun 2 : Cukup menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkat 	<p>peningkatan TIK</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor peningkatan tekanan darah 3. Monitor status pernafasan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semi fowler 3. Berikan senam hipertensi <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsa, jika perlu
Selasa, 2 Januari 2024	II	<p>Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan :</p> <p>SLKI : Tingkat Nyeri (L. 08066)</p>	<p>SIKI : Manajemen Nyeri (D. 0077)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi Lokasi, karakteristik,

	<p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Kesulitan tidur menurun (5) <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 : Meningkat 2 : Cukup meningkat 3 : Sedang 4 : Cukup menurun 5 : Menurun 	<p>durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
--	--	---

			<p>2. Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat</p> <p>3. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Selasa, 2 Januari 2024	III	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan :</p> <p>SLKI : Pola tidur (L. 05045)</p> <p>Ekspektasi : Membuat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur membaik (5) 2. Keluhan istirahat tidak cukup membaik (5) 	<p>SIKI : Dukungan Tidur (I. 09265)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan

		<p>3. Kemampuan beraktivitas membaik (5)</p> <p>Keterangan :</p> <p>1 : memburuk 2 : cukup memburuk 3 : sedang 4 : cukup membaik 5 : membaik</p>	<p>2. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p>
--	--	--	---

5. Implementasi Keperawatan

Tanggal/Waktu	No Dx	Tindakan Keperawatan	Respon	Paraf
Kamis, 4 Januari 2024 09.00	I	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (tekanan darah meningkat)	S : Klien mengatakan pusing dan klien tampak lemas O : TD : 160/90mmHg	Tifany
09.30	I	Memonitor status pernafasan	S : Klien mengatakan tidak sesak O : RR klien 21x/minit	Tifany
10.00	I	Memberikan posisi semi fowler	S : Klien mengatakan bersedia untuk dilakukan posisi semi fowler atau setengah duduk O : Klien tampak nyaman	Tifany
10.30	I	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.	S : Klien mengatakan sering duduk di taman panti, karena	Tifany

			lingkungan di taman panti tenang O : Klien tampak terlihat tenang dan rilkes	
11.00	II	Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri	S : Klien mengatakan pusing dan nyeri pada bagian belakang (tengkuk) yaitu saat melakukan aktivitas berlebih nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 5 dan nyeri hilang timbul O : Klien tampak meringis menyeringai seperti menahan nyeri	Tifany
11.30	II	Mengidentifikasi faktor yang memperberat rasa nyeri	S : Klien mengatakan nyeri kepala terasa saat melakukan aktivitas dan nyeri berkurang saat istirahat cukup O : Klien tampak lemas dan menahan sakit	Tifany
12.00	II	Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi	S : Klien mengatakan lebih nyaman	Tifany

		rasa nyeri dengan relaksasi nafas dalam	saat diberikan relaksasi nafas dalam O : Klien tampak lebih rileks	
12.30	II	Mengajarkan teknik napas dalam	S : Klien mengatakan bersedia diajarkan teknik napas dalam O : Klien tampak kooperatif saat dilakukan relaksasi nafas dalam	Tifany
13.00	III	Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	S : Klien mengatakan sebelum tidur tidak melakukan apa apa O : Klien tampak menguap	Tifany
13.30	III	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur	S : Klien mengatakan sulit tidur karena pusing O : Klien tampak lemas dan lelah tidur hanya ±5 jam.	Tifany
13.40	III	Memodifikasi lingkungan	S : Klien mengatakan sejauh ini lampu lupa dimatikan saat akan tidur O : klien tampak mengerti akan	Tifany

			mematikan lampu saat akan tidur	
13.50	III	Megajarkan relaksasi autogenik	S : Klien mengatakan sedikit nyaman saat diajarkan relaksasi autogenik O : Klien tampak kooperatif	Tifany
Jum'at, 5 Januari 2024 09.00	I	Memonitor tekanan darah	S : Klien mengatakan masih sedikit pusing O : Klien tampak lemas, TD : 155/90mmHg	Tifany
09.30	I	Mengajarkan senam hipertensi	S : Klien mengatakan bersedia untuk diajarkan senam hipertensi O : Klien tampak kooperatif	Tifany
10.00	I	Memonitor tekanan darah	S : Klien mengatakan setelah melakukan senam hipertensi tampak lebih rileks 155/80mmHg. O : TD :155/80mmHg	Tifany
10.30	I	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan	S : Klien mengatakan jika ingin tenang klien	Tifany

		lingkungan yang tenang.	duduk di taman pantai O : Klien tampak nyaman	
11.00	II	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri	S : Klien mengatakan pusing dan nyeri pada bagian tengkuk sedikit berkurang dan skala nyeri 3 O : Klien tampaknya klien lebih tenang dan rileks	Tifany
11.30	II	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri.	S : Klien mengatakan nyeri pada tengkuk sedikit berkurang, istirahat cukup O : Klien tampak masih sedikit lemas	Tifany
12.00	II	Mengevaluasi relaksasi nafas dalam	S : Klien mengatakan sudah paham cara melakukan relaksasi nafas dalam O : Klien tampak mengerti	Tifany
12.30	III	Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	S : Klien mengatakan masih sulit untuk tidur dikarenakan kadang tiba-tiba pusing dan jam tidurnya masih ±5 jam	Tifany

			O : Mata klien tampak sayu dan klien kadang menguap	
13.00	III	Memodifikasi lingkungan	S : Klien mengatakan sudah menerapkan lampu dimatikan saat tidur tetapi keadaan tempat tidur belum nyaman dikarenakan masih malas untuk berberes sebelum tidur O : Klien tampak masih belum nyaman	Tifany
13.30	III	Mengevaluasi relaksasi otot autogenik	S : Klien mengatakan bersedia diajarkan relaksasi untuk sebelum tidur O : Klien tampak mengikuti Langkah-langkah	Tifany
Sabtu, 6 Januari 2024 09.00	I	Memonitor tekanan darah	S : Klien mengatakan pusing sudah berkurang dan O : Tekanan darah klien 155/80mmHg.	Tifany
09.30	I	Mengajarkan senam hipertensi	S : Klien mengatakan bersedia untuk	Tifany

			diajarkan senam hipertensi dan klien tampak kooperatif saat melakukan senam hipertensi O : Klien tampak semangat melakukan senam hipertensi	
10.00	I	Memonitor tekanan darah	S : Klien mengatakan sudah tidak mengatakan pusing O : TD :150/80mmHg	Tifany
10.30	II	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri.	S : Klien mengatakan pusing dan nyeri pada bagian tenguk sudah berkurang dan skala nyeri 2 O : Tampaknya klien lebih tenang dan rileks	Tifany
11.00	II	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri.	S : Mengatakan nyeri pada tenguk sudah berkurang, istirahat cukup O : Klien sudah tidak lemas	Tifany
12.00	III	Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	S : Klien mengatakan sudah mulai bisa tidur	Tifany

			nyenyak dan jam tidurnya mulai bertambah menjadi ±6 jam O : Tampak lebih bugar dan lebih bersemangat.	
13.00	III	Mengevaluasi relaksasi otot autogenik	S : Klien mengatakan dilakukan sebelum tidur O : tampak klien mempraktekkan kembali dengan benar	Tifany

6. Evaluasi Keperawatan

Hari/Tanggal dan Jam	No. Dx	Respon Perkembangan (SOAP)	Paraf
Kamis, 4 Januari 2024 14.00	I	<p>Subjektif : Klien mengatakan pusing dan lemas dan klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak umur 50 tahun.</p> <p>Objektif : klien tampak lemas dan gelisah, TD : 160/90mmHg, N : 85x/menit.</p> <p>Assessment : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi, sakit kepala sedang (3), gelisah sedang (3) tekanan darah sistolik dan diastolik cukup membaik (4)</p> <p>Planning : Lanjutkan intervensi, melakukan senam hipertensi dan memonitor tekanan darah.</p>	Tifany

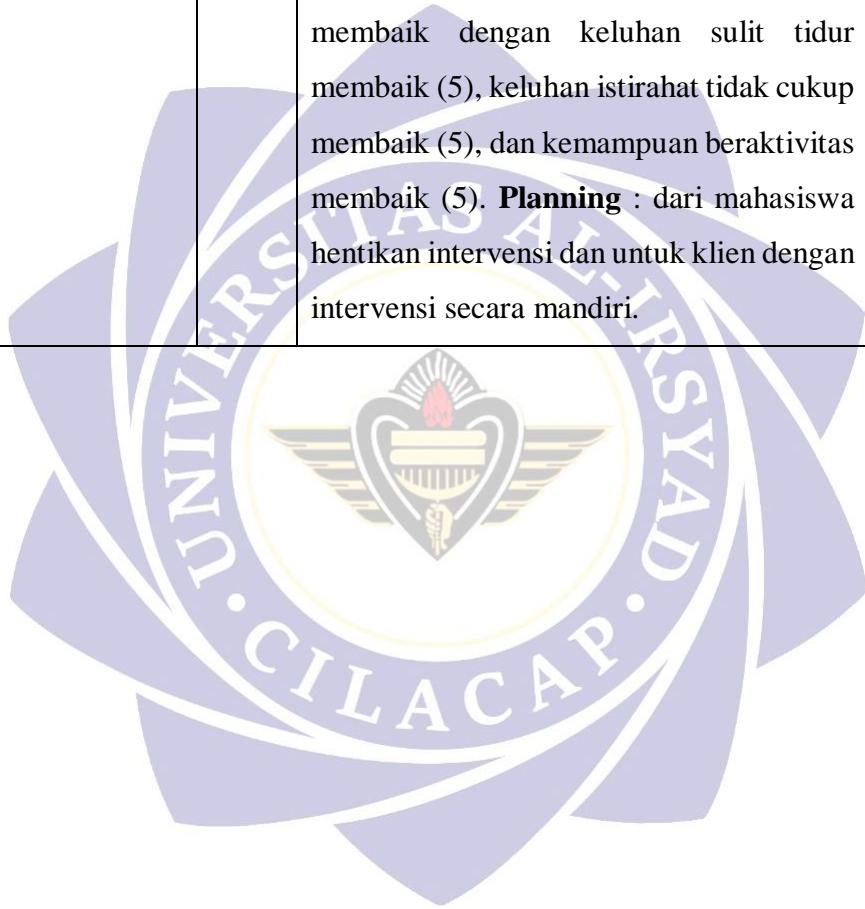
14.00	II	<p>Subjektif : klien mengatakan nyeri dan pusing pada bagian leher (tengkuk), P : nyeri saat melakukan aktivitas berlebih/saat tekanan darah tinggi, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri pada bagian leher (tengkuk), S : skala nyeri 5, T : hilang timbul.</p> <p>Objektif : Klien tampak lemas dan meringis menyeringai menahan nyeri.</p> <p>Assessment : Masalah nyeri akut belum teratasi, tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri sedang (3), meringis sedang (3), gelisah sedang (3).</p> <p>Planning : Lanjutkan intervensi dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan intensitas nyeri dan mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperengan rasa nyeri.</p>	Tifany
14.00	III	<p>Subjektif : Klien mengatakan sulit tidur karena pusing, dan klien mengatakan tidurnya ± 5 jam sehingga tidurnya terganggu dan merasa gelisah dan akan mematikan lampu saat akan tidur.</p> <p>Objektif : Klien tampak kurang istirahat, lemas dan menguap dan mata klien terlihat sayu dan berair. Assessment : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi, pola tidur membaik dengan keluhan sulit tidur</p>	Tifany

		<p>sedang (3), keluhan istirahat tidak cukup sedang (3) dan kemampuan beraktivitas cukup meningkat (4). Planning : Lanjutkan intervensi dengan identifikasi pola aktivitas dan tidur, modifikasi lingkungan dan ajarkan relaksasi otot autogenik.</p>	
Jum'at, 5 Januari 2024 14.00	I	<p>Subjektif : Klien mengatakan masih sedikit pusing dan lemas dan klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan klien mengatakan bersedia untuk diajarkan senam hipertensi. Objektif : klien tampak lemas dan gelisah, TD : 155/90mmHg. Assessment : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi, sakit kepala sedang (3), gelisah sedang (3) tekanan darah sistolik dan diastolic cukup membaik (4) Planning : Lanjutkan intervensi, melakukan senam hipertensi yang kedua dan memonitor tekanan darah.</p>	Tifany
14.00	II	<p>Subjektif : klien mengatakan nyeri dan pusing pada bagian leher (tengkuk) sedikit berkurang, P : nyeri saat melakukan aktivitas berlebih/saat tekanan darah tinggi, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri pada bagian leher (tengkuk), S : skala nyeri 3, T : hilang timbul. Objektif : Klien tampak masih merasakan nyeri sedikit dan</p>	Tifany

		<p>sedikit rileks. Assessment : Masalah nyeri akut belum teratasi, tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri sedang (3), meringis sedang (3), gelisah sedang (3). Planning : Lanjutkan intervensi dengan memonitor skala nyeri.</p>	
14.00	III	<p>Subjektif : Klien mengatakan masih sulit untuk tidur dikarenakan kadang pusing dan jam tidurnya masih ±5 jam, dan klien mengatakan saat tidur sudah mematikan lampu tetapi keadaan tempat tidur belum nyaman dikarenakan klien masih malas untuk beberes sebelum tidur. Objektif : Mata klien tampak masih sayu dan kadang menguap dan klien dapat mempraktekkan kembali relaksasi autogenic. Assessment : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi, pola tidur membaik dengan keluhan sulit tidur cukup membaik (4), keluhan istirahat tidak cukup cukup membaik (4), dan kemampuan beraktivitas cukup membaik (4). Planning : Lanjutkan intervensi dengan identifikasi pola aktivitas dan tidur, evaluasi relaksasi otot autogenik.</p>	Tifany
Sabtu, 6 Januari 2024 14.00	I	<p>Hasil evaluasi diagnosa ketiga yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif didapatkan hasil yaitu Subjektif : Klien mengatakan sudah tidak pusing dan lemas sudah</p>	Tifany

		<p>berkurang, klien mengatakan masih hafal senam hipertensi. Objektif : klien tampak lemas dan gelisah, klien tampak mempraktekkan kembali senam hipertensi TD : 150/90mmHg. Assessment : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratas, sakit kepala menurun (5), gelisah menurun (5) tekanan darah sistolik dan diastolic membaik (5) Planning : dari mahasiswa hentikan intervensi dan untuk klien dengan intervensi secara mandiri.</p>	
14.00	II	<p>Subjektif : klien mengatakan nyeri dan pusing pada bagian leher (tenguk) sudah berkurang, skala nyeri 2.</p> <p>Objektif : Klien tampak sudah rileks dan tenang.</p> <p>Assessment : Masalah nyeri akut teratas, tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun (5), meringis menurun (5), gelisah menurun (5).</p> <p>Planning : dari mahasiswa hentikan Intervensi dan untuk klien dengan intervensi secara mandiri</p>	Tifany
14.00	III	<p>Subjektif : Klien mengatakan sudah mulai bisa tidur nyenyak dan jam tidurnya mulai meningkat menjadi ± 6 jam , klien mengatakan saat tidur sudah mematikan lampu dan sudah merapikan tempat tidur saat akan tidur agar tidurnya nyaman dan</p>	Tifany

		<p>klien mengatakan masih mengingat cara relaksai autogenic dan dilakukan sebelum tidur. Objektif : Mata klien tampak lebih bugar dan lebih bersemangat, dan klien dapat mempraktekkan kembali relaksasi autogenik. Assessment : Masalah gangguan pola tidur teratasi, pola tidur membaik dengan keluhan sulit tidur membaik (5), keluhan istirahat tidak cukup membaik (5), dan kemampuan beraktivitas membaik (5). Planning : dari mahasiswa hentikan intervensi dan untuk klien dengan intervensi secara mandiri.</p>	
--	--	---	--



Lampiran 2 Standar Operasional Prosedur

UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP FAKULTAS ILMU KESEHATAN LABORATORIUM KEPERAWATAN Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223				
PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN				
SENAM ANTIHIPERTENSI				
742	Nama :	Tanggal :		
743	NIM :	Observer :		
NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
744	A FASE ORIENTASI			
745	1 Mengucapkan salam			
746	2 Memperkenalkan diri			
747	3 Menjelaskan tujuan tindakan dan prosedur			
748	4 Kontrak waktu			
749	5 Menanyakan kesiapan keluarga			
750				
751				
752				
753	B FASE KERJA			
754	1 Tepuk tangan 4 x 8			
755	2 tepuk jari 4 x 8			
756	3 jalin tangan 4 x 8			
757	4 silang ibu jari 4 x 8			
758	5 adu sisi kliking 4 x 8			
759	6 adu sisi telunjuk 2 x 8			
760	7 ketok pergelangan tangan 2 x 8			
761	8 ketok nadi 2 x 8			
762	9 tekan jari-jari 2 x 8			
763	10 meregang dan mengepal 2 x 8			
764	11 menepuk pergelangan tangan 4 x 8			
765	12 menepuk lengan dan bahu 4 x 8			
766	13 menepuk pinggang 4 x 8			
767	14 menepuk paha 4 x 8			
768	15 menepuk samping betis 4 x 8			
769	16 jongkok berdiri beserta tarik nafas 2 x 8			
770	17 menepuk perut 2 x 8			
771	18 kaki jinjit 2 x 8			
772	19 merapikan pasien			
773	20 mencuci tangan			
774				
775	C FASE TERMINASI			
776	1 Melakukan evaluasi tindakan			
777	2 Menyampaikan rencana tindak lanjut			
778	3 Berpamitan			
779				
780	TOTAL			
781	erangan :			Observer
782	TIDAK : Tidak dilakukan			
783	YA : Dilakukan dengan sempurna			
784	Standart kelulusan nilai 75		()
785				
786				
787				

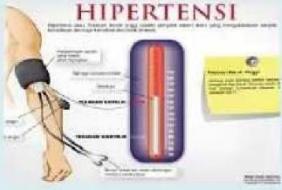
Lampiran 3 Leaflet

SENAM HIPERTENSI



OLEH :

TIFANY DWI ROMADHONNA



PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS AL IRSYAD
CILACAP
2024

DEFINISI HIPERTENSI DAN SENAM HIPERTENSI

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknya di atas 140 mmHg dan diastolik di atas 90 mmHg.



Senam hipertensi adalah salah satu cara pemeliharaan kesegaran jasmani dengan melakukan senam, karena tidak dapat merangsang aktifitas kerja jantung untuk melalukan perubahan yang menguntungkan dalam tubuh seseorang yang melaksanakannya. Halini merupakan usaha preventif / pencegahan tujuan untuk meningkatkan jumlah interaksi oksigen yang diproses dalam tubuh dalam waktu tertentu.

MANFAAT SENAM HIPERTENSI



1. Untuk meningkatkan daya tahan jantung dan paru-paru serta membakar lemak yang berlebihan ditubuh karena aktifitas gerak yang menguatkan dan membentuk otot dan beberapa bagian tubuh lainnya, seperti : punggang, paha, paha, pinggul, perut dan lain-lain.
2. Meningkatkan kelentukan, keseimbangan koodinasi, kelincahan, daya tahan dan sanggup melakukn kegiatan-kegiatan atau olah raga lainnya. Bila seseorang mempunyai motivasi untuk berlatih rutin dapat merupakan suatu program penurunan berat badan.
3. Merilekskan / melemaskan pembuluh pembuluh darah, sehingga tekanan darah menurun

CILACAP

LANGKAH-LANGKAH SENAM
HIPERTENSI

1. Tahap Pemanasan
Jalan ditempat terlebih dahulu 2x8



2. Tahap inti
 - Arahkan tangan ke depan dan tepuk tangan 1x8
 - Tepuk jari-jari tangan 1x8
 - Silangkan jari-jari tangan 1x8
 - Tepuk jari kelingking 1x8

Tepuk jari jempol 1x8



Ketuk lengan kiri atas, kemudian lengan kanan 1x8



Ketuk nadi kiri dan kanan 1x8



Gerakan salam kedepan 1x8



Tangan lurus kedepan sambil di remas-remas 1x8



Tepuk lengan dan bahu kiri atas, kemudian lengan kanan 1x8



Tepuk perut 1x8



Tepuk punggung 1x8



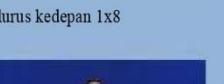
Tepuk paha depan 1x8



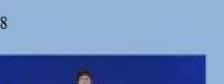
Tepuk betis samping kiri dan kemudian kanan 1x8



Lakukan gerakan jongkok dan berdiri tangan lurus kedepan 1x8



Jinjit 1x8



Lampiran 4 Lembar Konsultasi/Bimbingan

LEMBAR KONSULTASI			
NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
1.	6 Februari 2024	Konsul Jurnal dan Pengambilan kerus	/
2.	25 Juni 2024	Konsul BAB I, II, III	/
3.	2 Juli 2024	Konsul revisi daftar namabihkan prevalensi lanria dan konsul BAB IV, V	/
4.	3 Juli 2024	Konsul revisi implementasi O.T.E	/
5.	4 Juli 2024	Acc + konsul lengkap	/

Pembimbing,


LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Tifany Dwi R
NIM : 41121231049
Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Lansia Hipertensi Dengan
Masalah Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Dan
Penerapan Senam Hipertensi Di Panti Pelayanan Sosial Lanjut
Usia Dewanata Cilacap

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
6	11/7 2024	ACC Cetak	/

Pembimbing,

