

BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Desa mbatakapidu merupakan salah satu desa yang berada di kecamatan waingapu yang merupakan bagian dari wilayah kerja puskesmas waingapu kabupaten sumba timur provinsi nusa tenggara timur.

Puskesmas waingapu merupakan salah satu pusat layanan kesehatan masyarakat yang terletak di provinbsi nusa tenggara timur, kabupaten sumba timur beralamat di Jl. Ahmad yani kamalaputi, kecxamatan kota waingapu, kabupaten sumba timur, nusa tenggara timur, puskesmas waingapu merupakan faselitas layanan kesehatan yang berkerja sama drengan BPJS kesehatan. Puskesmas waingapu merupakan puskkesmas tipe non rawat nginap, yang berarti mereka memberi pelayanan kesehatan yang tidak memerlukan rawat inap.

4.1.2 Karakteristik Partisipan

Tabel 4. 1 Karakteristik Partisipan

No.	Umur Tahun	Jenis kelamin	Karakteristik Partisipan Tingkat Pendidikan	Jenis Pekerjaan	Diagnosa Medis
1.	61 Tahun	P	SD	Ibu Rumah Tangga	Hipertensi
2.	63 Tahun	P	SD	Ibu Rumah Tangga	Hipertensi

4.2 Data Asuhan Keperawatan

Tabel 4. 2 Pengkajian gerontik Pasien 1 Dan 2

Pasien 1	Pasien 2
Pengumpulan data dilakukan pada hari selasa 13 februari 2026 pukul 09.30 wita di rumah Ny. T Data diperoleh melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi.	Pengumpulan data telah dilaksanakan pada hari , selasa 13 februari 2026 , pukul 10.30 WITA di rumah Ny. T Data di peroleh dengan cara wawancara observasi, pemeriksaan fisik,dan dokumentasi.

A. Identitas Umum

Tabel 4. 3 Pengkajian gerontik Pasien 1 dan 2

Pasien 1		Pasien 2	
Nama	Ny. T	Nama	Ny. T
Kelamin	Perempuan	Kelamin	Perempuan
Umur	61 tahun	Umur	63 tahun
Pendidikan	SD	Pendidikan	SD
Alamat	Kalihi	Alamat	Kalihi
Suku	Sumba	Suku	Sumba
Agama	Kristen Protestan	Agama	Kristen Protestan
Pekerjaan	Ibu rumah tangga	Pekerjaan	Ibu rumah tangga
No Hp	-	No Hp	-

Keduanya dapat disimpulkan berasal dari keluarga di Sumba Timur dengan pendidikan yang setara (SD) dan pekerjaan yang sama (ibu rumah tangga).

B. Status Kesehatan Saat Ini

Tabel 4. 4 Status Kesehatan Saat Ini

Pasien 1		Pasien2	
Keluhan kesehatan utama	Pasien mengatakan sakit kepala belakang,pusing,pucat	Keluhan kesehatan utama	pasien mengatakan susa untuk tidur
Status Kesehatan Umum	pasien tampak lemas dan susa tidur TD: 200/90 mmHg S: 36.7 N: 80X/Menit	Status Kesehatan Umum	pasien tampak lemas dan susa tidur TD: 190/95 mmHg S:36.5 N:88X/Menit
Status kesehatan umum selama setahun yang lalu	Pasien mengatakan bahwa 2 tahun terakhir memiliki riwayat penyakit hipertensi	Status kesehatan umum selama setahun yang lalu	. Pasien mengatakan bahwa mengalami hipertensi sudah 4 tahun terakhir ini
Status kesehatan umum selama 5 tahun yang lalu	Pasien mengalami hipertensi 2 tahun yang lalu	Status kesehatan umum selama 5 tahun yang lalu	Pasien mengalami hipertensi 4 tahun yang lalu
Pengetahuan/pemahaman tentang penatalaksanaan masalah kesehatan	Pasien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakit hipertensi yang di derita	Pengetahuan/pemahaman tentang penatalaksanaan masalah kesehatan	Pasien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakit hipertensi yang di derita
Derajat keseluruhan fungsi relatif terhadap masalah kesehatan dan diagnosa medis	Hipertensi	Derajat keseluruhan fungsi relatif terhadap masalah kesehatan dan diagnosa medis	
Obat-obatan dan	Dosis	Kapan/ bagaimana	

Pasien
mengonsumsi
hipertensi

tidak
obat

Obat-obatan dan Dosis
Kapan/ bagaimana

Pasien tidak
mengonsumsi
obat hipertensi

menggunakannya:

menggunakannya:

Keduanya dapat disimpulkan bahwa pasien satu dan pasien dua punya riwayat hipertensi pasien 1 sudah 2 tahun yang lalu mengalami hipertensi dan pasien 2 sudah 4 tahun mengalami hipertensi.

C. Riwayat kesehatan dahulu

Tabel 4. 5 Riwayat kesehatan dahulu

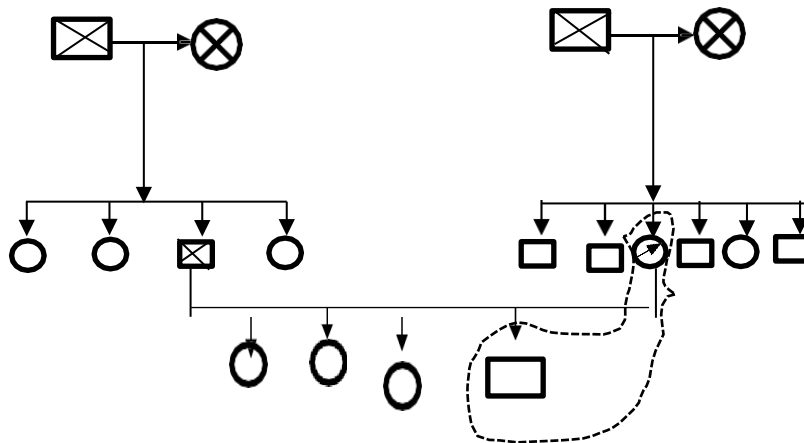
pasien 1		Pasien 2	
Penyakit masa anak-anak	Tidak ingat	Penyakit masa anak-anak	Tidak ingat
Penyakit serius/kronis	Tidak ada	Penyakit serius/kronis	Tidak ada
Trauma	Tidak ada	Trauma	Tidak ada
Perawatan di rumah sakit(alasan,tanggal,tempat ,durasi,dokter	Tidak pernah	Perawatan di rumah sakit(alasan,tanggal,tempat,d urasi,dokter	Tidak pernah
Operasi(perhatian jenis,tanggal,alasan,dokter)	Tidak pernah	Operasi(perhatian jenis,tanggal,alasan,dokter)	Tidak pernah

Di simpulkan bahwa pasien 1 dan pasien 1 tidak ingat riwayat kesehatan dahulu pada masa anak-anak.

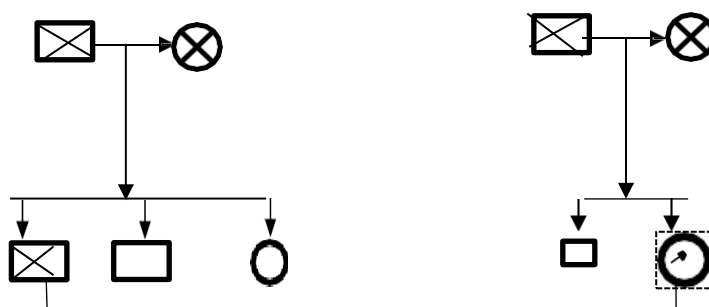
D. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien 1

Genogram :



Pasien 2



Gambar 4. 1 Genogram

Keterangan:**E. Riwayat Lingkungan Hidup****Tabel 4. 6 Riwayat Lingkungan Hidup**

Pasien 1		Pasien2	
Tipe tempat tinggal	Rumah Tembok	Tipe tempat tinggal	Rumah Gedek
Jumlah kamar dan Jumlah tingkat	Jumlah 5 kamar dan yang tinggal 2 orang	Jumlah kamar dan Jumlah tingkat	Jumlah kamar 1 dan yang tinggal 1 orang
Jumlah orang yang tinggal di rumah	2 orang	Jumlah orang yang tinggal di rumah	1.orang
Derajat privasi dan Tetangga terdekat	Ada tetanga	Derajat privasi dan Tetangga terdekat	Ada tetanga

F. Riwayat rekreasi**Tabel 4. 7 Riwayat rekreasi**

Pasien 1		Pasien2	
Hobby/Minat	Tidak mempunyai hobi khusus	Hobby/Minat	Tidak mempunyai hobi khusus
Keanggotaan organisasi	Pasien mengatakan Tidak mengikuti atau terdaftar dalam organisasi tertentu	Keanggotaan organisasi	Pasien mengatakan Tidak mengikuti atau terdaftar dalam organisasi tertentu
liburan	Tidak ada agenda liburan	liburan	tidak ada agenda liburan

G. Sumber/Sistem Pendukung

Pasien 1		Pasien2	
Dokter	Pasien mengatakan Tidak perna	Dokter	pasien mengatakan Tidak perna
Rumah sakit	Tidak perna.	Rumah sakit	Tidak perna

Pelayanan kesehatan di rumah

Perawat desa yang berkunjung

kerumah

Pelayanan kesehatan
di

Perawat
desa yang
berkunjun
g kerumah
pasien
rumah

pasien

rumah

H. Pola Nutrisi-Metabolik

Tabel 4. 8 Pola Nutrisi-Metabolik

Pasien 1		Pasien2	
Diet khusus,pembatasan makanan	Pasien mengatakan sudah mulai mengurangi konsumsi makan tinggi	Diet khusus,pembatasan makanan	Pasien mengatakan sudah mulai mengurangi konsumsi makan tinggi
	garam		garam
Riwayat peningkatan/penurun	pasien mengatakan tidak ada perubahan	Riwayat peningkatan/penurun	pasien mengatakan tidak ada perubahan
an BB		an BB	
Pola konsumsi makanan(frekuensi,porsi)	Makan 3x dalam sehari porsi makan cukup	Pola konsumsi makanan(frekuensi,porsi)	Makan 3x dalam sehari porsi makan cukup
Masalah yang mempengaruhi proses masukan makanan	Tidak ada	Masalah yang mempengaruhi proses masukan makanan	Tidak ada
Minum(frekuensi,porsi)	8x dalam sehari	Minum(frekuensi,porsi)	8x dalam sehari
Status Nutrisi(BB,TB,IMT)	51 Kilo 159 TB	Status Nutrisi(BB,TB,IMT)	47 Kilo 169
	=20,17		=16,45

I. Pola eliminasi

Tabel 4. 9 Pola eliminasi

Pasien 1		Pasien2	
BAB: (Frekuensi, waktu (pagi/ siang/ malam/ tidak tentu), warna, keluhan, konsistentsi, penggunaan laxative, penggunaan alat bantu)	Warna kuning kecoklatan konsistensi padat tidak menggunakan laxative tidak menggunakan alat bantu	BAB: (Frekuensi, waktu (pagi/ siang/ malam/ tidak tentu), warna, keluhan, konsistentsi, penggunaan laxative, penggunaan alat bantu)	Warna kuning kecoklatan konsistensi padat tidak menggunakan laxative tidak menggunakan alat bantu
BAK (frekuensi, warna, keluhan, penggunaan alat bantu)	2x dalam sehari, kuning,tidak ada keluhan	BAK (frekuensi, warna, keluhan, penggunaan alat bantu)	2x dalam sehari, kuning,tidak ada keluhan

J. Pola istirahat-tidur (waktu, frekuensi, kebiasaan, keluhan)

Tabel 4. 10 Pola istirahat-tidur

Pasien 1		Pasien2	
Pola istirahat-tidur (waktu, frekuensi, kebiasaan,	Malam hari hanya dapat tidur 2 jam	pola istirahat-tidur (waktu, frekuensi,	Kurang tidur dan sakit kepala setiap mau tidur

keluhan)

kebiasaan, keluhan)

K. Kebutuhan aktivitas latihan

Tabel 4. 11 Kebutuhan aktivitas latihan

Pasien 1	Pasien2
Kebutuhan aktivitas latihan	Kebutuhan aktivitas latihan

L. TINJAUAN SISTEM

Tabel 4. 12 Tinjauan Sistem

NO	Tinjauan aktivitas latihan			
	Pasien 1		Pasien 2	
1.	Keadaan umum	Ny. T tampak baik masih bisa melakukan kegiatan dengan mandiri	Keadaan umum	Ny. T tampak baik masih bisa melakukan kegiatan dengan mandiri
2.	Integumen	Kulit terlihat keriput, warna sawo matang	Integumen	Kulit terlihat keriput, warna sawo matang
3.	Sistem hemopoitik		Sistem hemopoitik	
4.	Kepala	Ny. T mengatakan sakit kepala, tidak ada nyeri tekan, rambut berwarna hitam(di semir), dan bersih	Kepala	Ny. T mengatakan sakit kepala, tidak ada nyeri tekan, rambut berwarna hitam(di semir), dan bersih
5.	Mata	Pupil abub-abu, rabun dan gatal	Mata	Pupil abub-abu, rabun dan gatal
6.	Telinga	Ny. T mengatakan pendengarannya masih jelas, pasien berespon terhadap suara, tampak simetris kiri	Telinga	Ny. T mengatakan pendengarannya masih jelas, pasien berespon terhadap suara, tampak simetris kiri
7.	Mulut dan tenggorokan	Pasien tampak tidak memiliki gigi, bibir tampak lembab	Mulut dan tenggorokan	Pasien tampak tidak memiliki gigi, bibir tampak lembab
8.	Leher	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid	Leher	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
9.	Payudara	Tampak simetris kiri dan kanan, Tidak ada benjolan pada payudara	Payudara	Tampak simetris kiri dan kanan, Tidak ada benjolan pada payudara
10.	Sistem pernapasan	Ny. T mengatakan tidak mengalami gangguan pernapasan atau sesak, suara napas vesikuler.	Sistem pernapasan	Ny. T mengatakan tidak mengalami gangguan pernapasan atau sesak, suara napas vesikuler.
11.	Sistem kardiovaskuler	Bunyi jantung S1 S2 tunggal reguler	Sistem kardiovaskuler	
12.	Sistem gastrointestinal	Tidak terdapat masalah pada bagian pencernaan	Sistem gastrointestinal	Tidak terdapat masalah pada bagian pencernaan
13.	Muskuloskeleter		Muskuloskeleter	
14.	Sistem saraf pusat	Ny.T mengatakan sakit kepala, Penglihatan mulai menurun, pendengaran masih normal dan Wajah simetris.	Sistem saraf pusat	Ny.T mengatakan sakit kepala, Penglihatan mulai menurun, pendengaran masih normal dan Wajah simetris.
15.	Sistem endokrin		Sistem endokrin	

M. PENGKAJIAN FUNGSIONAL KLIEN (KATZ INDEKS)

Termasuk kategori yang manakah klien (lingkari skor berapa)

Tabel 4. 13 Pengkajian Fungsional Klien (KATZ Indeks)

Pasien 1		pasien 2	
Skor	Interpretasi	Skor	Interpretasi
A	Kemandiri dalam hal makan, kontenen (BAK/BAB),berpindah,kekamar kecil, berpakaian dan mandi	A	Kemandiri dalam hal makan, kontenen (BAK/BAB),berpindah,kekamar kecil, berpakaian dan mandi
B	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari,terkecuali satu dari fungsi tersebut	B	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari,terkecuali satu dari fungsi tersebut
C	Kemandirian dalam semua aktifitas kecuali mandi dan satu fungsi tambahan	C	Kemandirian dalam semua aktifitas kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
D	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari,kecuali mandi, berpakaian,dan satu fungsi tambahan	D	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari,kecuali mandi, berpakaian,dan satu fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam semua aktifitas kecuali mandi,berpakian,kekamar kecil, dan fungsi tambahan	E	Kemandirian dalam semua aktifitas kecuali mandi,berpakian,kekamar kecil, dan fungsi tambahan
F	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari,kecuali mandi,berpakian,kekamar kecilberpindah dan satu fungsi tambahan.	F	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari,kecuali mandi,berpakian,kekamar kecilberpindah dan satu fungsi tambahan.
G	Berkererjantungan pada enam fungsi tersebut	G	

1. Keterangan: Mandiri berarti tanpa pengawasan, pengarahan, atau bantuan aktif dari orang lain. Seseorang yang menolak untuk melakukan suatu fungsi dianggap tidak melakukan fungsi, meskipun ia anggap mampu.

N. Modifikasi dari barther indeks

Pasien 1

Tabel 4. 14 Modifikasi dari barther indeks Pasien 1

NO	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10	3x1 hari Nasi dan sayur Mandiri
2	Minum	5	10	5x1 hari Air putih Mandiri
3	Berpindah dari kursi roda, ketempat tidur,sebaliknya.	5-10	15	Mandiri
4	personal toilet (cuci muka,menyisir rambut,gosok gigi	0	5	2x1 hari Mandiri
5	Keluar masuk toilet(mencuci pakaian,menyikat tubuh,menyiram).	5	10	5 kali Mandiri

6	Mandi	5	15	Mandiri
7	Jalan di permukaan datar	0	5	Mandiri
8	Naik turun tangga	5	10	Mandiri
9	Menggunakan pakaian	5	10	Mandiri
10	Control boel (BAB)	5	10	3x1/hari Mandiri
11	Control blader(BAK)	5	10	4x1/hari
12	Olahraga atau latihan	5	10	Mandiri
13	Rekreasi atau pemantapan waktu luang	5	10	Mandiri

Keterangan : Pasien dapat melakukan semua kegiatan secara mandiri tanpa bantuan keluarga

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

Pasien 2

Tabel 4. 15 Modifikasi dari barther indeks pasien 2

NO	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10	3x1 hari Nasi dan sayur Mandiri
2	Minum	5	10	5x1 hari Air putih Mandiri
3	Berpindah dari kursi roda, tempat tidur, sebaliknya.	5-10	15	Mandiri
4	personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	2x1 hari Mandiri
5	Keluar masuk toilet(mencuci pakaian, menyikat tubuh, menyiram).	5	10	5 kali Mandiri
6	Mandi	5	15	Mandiri
7	Jalan di permukaan datar	0	5	Mandiri
8	Naik turun tangga	5	10	Mandiri
9	Menggunakan pakaian	5	10	Mandiri
10	Control boel (BAB)	5	10	3x1/hari Mandiri
11	Control blader(BAK)	5	10	4x1/hari
12	Olahraga atau latihan	5	10	Mandiri
13	Rekreasi atau pemantapan waktu luang	5	10	Mandiri

Keterangan : Pasien dapat melakukan semua kegiatan secara mandiri tanpa bantuan keluarga

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

Pengkajian Status Mental Gerontik

Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan menggunakan Short Portable Mental status Quesioner (SPMSQ) Digunakan untuk mendeteksi tingkat kerusakan intelektual terdiri dari 10 hal yang menilai orientasi, riwayat pribadi, memori dalam hubungan dengan kemampuan perawatan diri, memori jauh dan kemampuan matematis atau perhitungan. Metode penentuan skors sederhana meliputi tingkat fungsi intelektual, yang membantu dalam membuat keputusan yang khusus mengenai kapasitas perawatan diri.

O. Mini-mental state exam (MMSE)

Pasien 1

Tabel 4. 16 Mini-mental state exam (MMSE) Pasien 1

No	Aspek kognitif	Nilai maksimal	Nilai klien	Kriteria
1.	Orientasi	5	5	Menyebut dengan benar • Tahun • Musim • Tanggal • Hari • Bulan
2.	Orientasi register	5 3	5 3	Dimana kita sekrang berada • Negara • Provinsi • Kabupaten Sebutkan 3 nama objek (kursi, meja, kertas) kemudian di tanyakan kepada klien,menjawab 1. kursi 2. meja 3. kertas
3.	Perhatian kalkuasi dan	5	5	Memintah klien berhitung dari 100,kemudian di kurangi 7 sampai 5 tingkat 100,93
4.	Mengingat	3	3	Meminta klien untuk menyebutkan objek nomer 2 1. Kursi 2. Meja 3. Kertas
5.	Bahasa	9	9	Menyakan kepada klien tentang

benda (sambil menunjuk bend

		tersebut) 1. Jendela 2. Jam dinding Meminta klien untuk mengulangi kata berikut “ tidak ada jika, dan, atau, tetapi “ Klien menjawab dan, atau, tetapi Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah Ambil bolpoin ditangan anda, ambil kertas, menulis saya mau tidur 1. Ambil bolpoin 2. Ambil ketas 3. Perintah klien untuk melakukan hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point) 1. klien menutup mata Perintahkan pada klien untuk menulis Atau kalimat dan menyalin
Total	30	30

Analisa hasil

Nilai 24-30 : normal

Nilai 17-24 : probbable gangguan kognitif

Nilai 0-16 : difinitif gangguan

Pengkajian Status Mental Gerontik

Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan

menggunakan Short Portable Mental Status Quesioner (SPMSQ).

Instruksi : Ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar dan catat semua

jawaban : 30 benar

catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan

Pasien 2

Tabel 4. 17 Mini-mental state exam (MMSE) Pasien 2

No	Aspek kognitif	Nilai maksimal	Nilai klien	Kriteria
1.	Orientasi	5	5	Menyebut dengan benar - Tahun - Musim - Tanggal - Hari - Bulan
2.	Orientasi register	5	5	Dimana kita sekrang berada Negara

- Provinsi
 - Kabupaten
-

					Sebutkan 3 nama objek (kursi, meja, kertas) kemudian di tanyakan kepada klien,menjawab 1. kursi 2. meja 3. kertas
3.	Perhatian dan kalkulasi	5	5		Memintah klien berhitung dari 100,kemudian di kurangi 7 sampai 5 tingkat 100,93
4.	Mengingat	3	3		Meminta klien untuk menyebutkan objek nomer 2 1. Kursi 2. Meja 3. Kertas
5.	Bahasa	9			Menyakan kepada klien tentang benda (sambil menunjuk bend tersebut) 1. Jendela 2. Jam dinding Meminta klien untuk mengulangi kata berikut “ tidak ada jika, dan, atau, tetapi “ Klien menjawab dan, atau, tetapi Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah Ambil bolpoin ditangan anda, ambil kertas, menulis saya mau tidur 1. Ambil bolpoin 2. Ambil ketas 3. Perintah klien untuk melakukan hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point) 1. klien menutup mata Perintahkan pada klien untuk menulis Atau kalimat dan menyalin
Total		30	30		

Analisa hasil

Nilai 24-30 : normal

Nilai 17-24 : probbable gangguan kognitif

Nilai 0-16 : difinitif gangguan

Pengkajian Status Mental Gerontik

Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan

menggunakan Short Portable Mental Status Quesioner (SPMSQ).

Instruksi : Ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar dan catat semua

jawaban : 30 Benar

P. pengkajian status mental gerontik

pasien 1

Tabel 4. 18 Pengkajian status mental gerontik Pasien 1

Benar	Salah	No	Pertanyaan
•		1.	Tanggal berapa hari ini?
•		2.	Hari apa sekarang?
•		3.	Apa nama tempat ini?
•		4.	Dimana alamat anda?
•		5.	Berapa umur anda?
•		6.	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
•		7.	Siapa presiden Indonesia sekarang?
•		8.	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?
•			Siapa nama ibu anda?
	•	10.	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun
Jumlah :	Jumlah :	9	

Interpretasi hasil :

- Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh
- Salah 4-5 : Kerusakan intelektual ringan
- Salah 6-8 : Kerusakan intelektual sedang
- Salah 9-10 : Kerusakan intelektual berat

Keterangan :Ny.T benar 9 dan salah 1

Salah 1 benar 9 :fungsi intelektual utuh

pasien 2

Tabel 4. 19 Pengkajian status mental gerontik Pasien 2

Benar	Salah	No	Pertanyaan
•		1.	Tanggal berapa hari ini?
•		2.	Hari apa sekarang?
•		3.	Apa nama tempat ini?
•		4.	Dimana alamat anda?
•		5.	Berapa umur anda?
•		6.	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
•		7.	Siapa presiden Indonesia sekarang?
•		8.	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?
•		9.	Siapa nama ibu anda?
	•	10.	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun
Jumlah :	Jumlah :	9	

Interpretasi hasil :

- a. Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh
- b. Salah 4-5 : Kerusakan intelektual ringan
- c. Salah 6-8 : Kerusakan intelektual sedang
- d. Salah 9-10 : Kerusakan intelektual berat

Keterangan :Ny.T benar 9 dan salah 1

Salah 1 benar 9 :fungsi intelektual utuh

Q. Inventaris Depresi Beck (IDB) :.....

Pasien 1

Tabel 4. 20 Inventaris Depresi Beck (IDB) Pasien 1

Skor	Uraian
A. Kesedihan	
3	Saya sangat sedih/tidak bahagia dimana saya tak dapat menghadapinya
2	Saya galau/sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya
1	Saya merasa sedih atau galau
0	Saya tidak merasa sedih
B. Pesimisme	
3	Saya merasa bahwa masa depan adalah sia – sia dan sesuatu tidak dapat membaik
2	Saya merasa tidak mempunyai apa – apa untuk memandang ke depan
1	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan
0	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan
C. Rasa kegagalan	
3	Saya benar – benar gagal sebagai orang tua (suami/istri)
2	Bila melihat kehidupan ke belakang semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan
1	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya
0	Saya tidak merasa gagal
D. Ketidakpuasan	
3	Saya tidak puas dengan segalanya
2	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan
0	Saya tidak merasa tidak puas
E. Rasa bersalah	
3	Saya merasa seolah – olah sangat buruk atau tidak berharga
2	Saya merasa sangat bersalah
1	Saya merasa buruk/tak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik
0	Saya tidak merasa benar – benar bersalah
F. Tidak menyukai diri sendiri	
3	Saya benci diri saya sendiri
	Saya muak dengan diri saya sendiri
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri
G. Membahayakan diri sendiri	
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri

1	Saya merasa lebih baik mati
0	Saya tidak mempunyai pikiran – pikiran mengenai membahayakan diri sendiri
H. Menarik diri dari social	
3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka
2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka
1	Saya kurang berminat pada orang lain dari pada sebelumnya
0	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain
I. Keragu – raguan	
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan
1	Saya berusaha mengambli keputusan
0	Saya membuat keputusan yang baik
J. Perubahan gambaran diri	
3	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikan
2	Saya merasa bahwa ada perubahan permanent dalam penampilan saya dan in membuat saya tidak tertarik
1	Saya kuatir bahwa saya tampak tua atau tidak menarik
0	Saya merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari pada sebelumnya
K. Kesulitan kerja	
3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu
1	Saya memerlukan upaya tambahan untuk memulai melakukan sesuatu
0	Saya dapat bekerja kira – kira sebaik sebelumnya
L. Keletihan	
3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu
2	Saya merasa lelah untuk melakukan sesuatu
1	Saya merasa lelah dari yang biasanya
0	Saya tidak merasa lebih lelah dari biasanya.
M. Anoreksia	
3	Saya tidak mempunyai napsu makan sama sekali
2	Napsu makan saya sangat memburuk sekarang
1	Napsu makan saya tidak sebaik sebellumnya
0	Napsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya.

Analisa hasil pasien 1 Ny. T

0-6 : depresi tidak ada atau minimal

7-13 : depresi ringan

14-21 : depresi sedang

22-39 depresi berat

Pasien 2

Tabel 4. 21 Inventaris Depresi Beck (IDB) Pasien 2

Skor	Uraian
A. Kesedihan	
3	Saya sangat sedih/tidak bahagia dimana saya tak dapat menghadapinya
2	Saya galau/sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya
1	Saya merasa sedih atau galau
0	Saya tidak merasa sedih
B. Pesimisme	
3	Saya merasa bahwa masa depan adalah sia – sia dan sesuatu tidak dapat membaik
2	Saya merasa tidak mempunyai apa – apa untuk memandang ke depan
1	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan
0	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan
C. Rasa kegagalan	
3	Saya benar – benar gagal sebagai orang tua (suami/istri)
2	Bila melihat kehidupan ke belakang semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan
1	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya
0	Saya tidak merasa gagal
D. Ketidakpuasan	
3	Saya tidak puas dengan segalanya
2	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan
0	Saya tidak merasa tidak puas
E. Rasa bersalah	
3	Saya merasa seolah – olah sangat buruk atau tidak berharga
2	Saya merasa sangat bersalah
1	Saya merasa buruk/tak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik
0	Saya tidak merasa benar – benar bersalah
F. Tidak menyukai diri sendiri	
3	Saya benci diri saya sendiri
2	Saya muak dengan diri saya sendiri
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri
G. Membahayakan diri sendiri	
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri
1	Saya merasa lebih baik mati
0	Saya tidak mempunyai pikiran – pikiran mengenai membahayakan diri sendiri
H. Menarik diri dari social	
3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka
2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka
1	Saya kurang berminat pada orang lain dari pada sebelumnya
0	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain
I. Keragu – ragan	
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan
1	Saya berusaha mengambli keputusan
0	Saya membuat keputusan yang baik

J. Perubahan gambaran diri	
3	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikan
2	Saya merasa bahwa ada perubahan permanent dalam penampilan saya dan ini membuat saya tidak tertarik
1	Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tidak menarik
0	Saya merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari pada sebelumnya
K. Kesulitan kerja	
3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu
1	Saya memerlukan upaya tambahan untuk memulai melakukan sesuatu
0	Saya dapat bekerja kira – kira sebaik sebelumnya
L. Kelelahan	
3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu
2	Saya merasa lelah untuk melakukan sesuatu
1	Saya merasa lelah dari yang biasanya
0	Saya tidak merasa lebih lelah dari biasanya.
M. Anoreksia	
3	Saya tidak mempunyai nafsu makan sama sekali
2	Nafsu makan saya sangat memburuk sekarang
1	Nafsu makan saya tidak sebaik sebelumnya
0	Nafsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya.

Analisa hasil pasien 2 Ny. T

0-6 : depresi tidak ada atau minimal

7-13 : depresi ringan

14-21 : depresi sedang

22-39 depresi berat

R. Skala Norton (untuk menilai potensi dekubitus)

Tabel 4. 22 Skala Norton (untuk menilai potensi dekubitus)

Pasien 1			
Aspek yang dikaji		score	
Kondisi fisik umum			
•	Baik	✓	4
•	Lumayan	3	
•	Buruk	2	
•	Sangat buruk	1	
Kesadaran			
•	Komposmentis	✓	4
•	Apatis	3	
•	Sopor	2	
•	Koma	1	
Mobilitas			
•	Bergerak bebas	✓	4
•	Sedikit terbatas	3	
•	Sangat terbatas	2	
•	Tidak bisa bergerak	1	
Inkontinensia			
•	Tidak	✓	4
•	Kadang-kadang	3	
•	Sering	2	
•	inkontinensia urin	1	
•	Inkontinensia urin dan alvi		
Score		16	

Kategori skor:

16-20 : Kecil sekali/tidak terjadi

12-15 : Kemungkinan kecil terjadi

<12 : Kemungkinan besar terjadi

Interprestasi/kesimpulan:

Hasil: scor 16 Kecil sekali/tidak terjadi

Pasien 2		
Aspek yang dikaji	score	
Kondisi fisik umum		
• Baik	✓	4
• Lumayan	3	
• Buruk	2	
• Sangat buruk	1	
Kesadaran		
• Komposmentis	✓	4
• Apatis	3	
• Sopor	2	
• Koma	1	
Mobilitas		
• Bergerak bebas	✓	4
• Sedikit terbatas	3	
• Sangat terbatas	2	
• Tidak bisa bergerak	1	
Inkontinensia		
• Tidak	✓	4
• Kadang-kadang	3	
• Sering	2	
• inkontinensia urin	1	
• Inkontinensia urin dan alvi		
Score	16	

Kategori skor:

16-20 : Kecil sekali/tidak terjadi

12-15 : Kemungkinan kecil terjadi

<12 : Kemungkinan besar terjadi

Interprestasi/kesimpulan:

Hasil: scor 16 Kecil sekali/tidak terjadi

S. Status fungsional sosial

APGAR Keluarga :.....

Pasien 1

Tabel 4. 23 Status fungsional sosial Pasien 1

No	Uraian	Fungsi	Skor
1	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	Adaptation/ Adaptasi	2
2	Saya puas dengan cara keluarga (temanteman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	Partneship/ hubungan	2
3	Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru	Growth/ pertumbuhan	2
4	Saya puas dengan cara keluarga (temanteman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih atau mencintai Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	Affection/ afek Resolve/ memutuskan	2 2
Analisi hasil: Selalu = 2, Kadang-kadang = 1, Hampir tidak pernah = 0			

Status fungsional sosial

APGAR Keluarga :.....

Pasien 2

Tabel 4. 24 Status fungsional sosial Pasien 2

No	Uraian	Fungsi	Skor
1	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	Adaptation/ Adaptasi	2
2	Saya puas dengan cara keluarga (temanteman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	Partneship/ hubungan	2
3	Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru Saya puas dengan cara keluarga (temanteman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih atau mencintai	Growth/ pertumbuhan Affection/ afek	2 2
4	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	Resolve/ menyelesaikan/ memutuskan	2
Analisi hasil: Selalu = 2, Kadang-kadang = 1, Hampir tidak pernah = 0			

4.3 Klasifikasi Data

Klasifikasi data hasil penelitian dari 2 penderita hipertensi di mbatakapi puskesmas waingapu

Tabel 4. 25 Klasifikasi Data

Pasien Ny T		Pasien Ny T	
DS:		DS:	
1.	Pasien mengatakan sering merasa pusing, sehingga saat sakit tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari	1.	Pasien mengatakan sering merasa pusing, sehingga saat sakit tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari
2.	Pasien mengatakan merasa sesak napas ketika melakukan aktivitas berat	2.	Pasien mengatakan sering merasa pusing dan sakit kepala
3.	Pasien mengalami jantung berdebar ketika tekanan darahnya meningkat	3.	Pasien mengatakan leher tegang
4.	Pasien mengatakan sering merasa pusing dan sakit kepala	4.	Pasien mengatakan bahwa ia rutin mengonsumsi obat dan selalu datang tepat waktu untuk kontrol di puskesmas
5.	Pasien mengatakan leher tegang dan penglihatan kabur	5.	Pasien belum memahami secara menyeluruh tentang penyakit yang dialaminya
6.	Pasien mengatakan bahwa ia rutin mengonsumsi obat dan selalu datang tepat waktu untuk kontrol di puskesmas	6.	Pasien mengatakan tidak mengetahui pola hidup yang sehat
7.	Pasien belum memahami secara menyeluruh tentang penyakit yang dialaminya	7.	Pasien mengatakan sering makan makanan yang asin
8.	Pasien mengatakan tidak mengetahui pola hidup yang sehat		
9.	Pasien mengatakan sering makan makanan yang asin		

4.4 Analisis Data

Analisis data hasil penelitian dari 2 penderita hipertensi di mbatakapidfu puskesmas waingapu

Tabel 4. 26 Analisis Data

Masalah	Pasien Ny. T	Pasien Ny. T
Resiko perfusi tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0017)	DS: 1. Pasien mengatakan sakit kepala, pusing, cemas 2. Pasien mengatakan leher tegang, penglihatan kabur DO: 1. Pasien tampak pusing 2. Pasien tampak cemas 3. Pasien tampak gelisah 4. TTV TD : 200/100 mmHg ND : 83x/menit SH:36,5	DS: 1. Pasien mengatakan sakit kepala 2. Pasien mengatakan leher tegang DO: 1. Pasien tampak cemas 2. Pasien tampak gelisah 3. TTV TD : 192/90 mmHg ND : 87x/menit SH: 36,7

1) Perumusan diagnosa keperawatan

Dari hasil Analisa data pengkajian yang dilakukan pada 2 pasien penderita hipertensi di wilayah kerja puskesmas waingapu desa mbatakapidu dirumuskan diagnosa keperawatan.

4.5 Diagnosa keperawatan

Tabel 4. 27 Diagnosa keperawatan pada 2 pasien penderita hipertensi di wilayah kerja puskesmas waingapu desa mbakapidu.

Pasien Ny. T	Pasien Ny.T
1) Resiko perfusi tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0017)	1) Resiko perfusi tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0017)

Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa diagnosa keperawatan yang muncul pada penderita hipertensi di puskesmas waingapu desa mbakapidu adalah Resiko perfusi tidak efektif dan Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif. Skoring perumusan diagnosa keperawatan

Berdasarkan perumusan diagnosa keperawatan yang dilakukan pada 2 pasien penderita hipertensi di desa mbatakapidu puskesmas waingapu dibuatkan system

skoring untuk menemukan diagnosa keperawatan prioritas.

Tabel 4. 28 skoring perumusan diagnosa keperawatan pada pasien penderita hipertensi di wilayah kerja puskesmas waingapu desa mbakapidu

Diagnosa keperawatan	Pasien Ny .T	Pasien Ny.T
Resiko perfusi tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah	4 2/3	4 2/3
(D.0017)		

Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa diagnosa Resiko perfusi tidak efektif merupakan diagnosa prioritas dengan skor 4 2/3 dan diagnosa manajemen kesehatan keluarga tidak efektif dengan skor 3 2/3.

1. Diagnosa prioritas

Berdasarkan hasil skoring didapatkan diagnosa prioritas yang muncul pada partisipan penderita hipertensi di wilayah kerja puskesmas waingapu desa mbatakpidu sebagai berikut:

Tabel 4. 29 diagnosa prioritas partisipan penderita hipertensi di wilayah kerja puskesmas waingapu desa mbatakpidu

Pasien Ny. T	Pasien Ny. T
Resiko perfusi tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0015)	Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0017)

Dari hasil diatas dapat disimpulkan bahwa diagnosa Resiko perifer tidak efektif merupakan diagnosa prioritas selanjutnya adalah manajemen kesehatan keluarga tidak efektif.

4.6 Intervensi keperawatan

Subjek yang digunakan penulis dalam penelitian ini merupakan pasien gerontik sehingga diagnosa yang dilakukan implementasi pemberian rebusan daun seledri pada pasien hipertensi. Berdasarkan diagnosa yang ditetapkan diatas dibuatkan intervensi untuk mengatasi permasalahan yang dialami pasien penderita hipertensi di wilayah kerja puskesmas waingapu secara mandiri sebagai berikut.

Tabel 4. 30 intervensi kedua pasien penderita hipertensi di wilayah kerja puskesmas waingapu desa mbatakapidu

Dx.	Tujuan		Kriteria evaluasi		Intervensi
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
Keperawatan Resiko perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah	Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama 5x kunjungan diharapkan klien dan keluarga memahami penyakit yang dideritanya dan juga cara untuk mengobatinya	Setelah pertemuan 5x/ 60 menit di harapkan Resiko perfusi perifer tidak efektif dengan kriteria hasil : 1. tekanan darah sistolik cukup membaik (5) 2. tekanan darah diastolik cukup membaik (5)	Respon verbal	Klien dengan keluarga dapat: 1. Memahami pengertian hipertensi 2. Memahami tanda dan gejala hipertensi 3. Kemampuan pasien memahami penyebab hipertensi 4. Kemampuan pasien memahami cara mencegah hipertensi 5. Kemampuan pasien memahami cara pengobatan hipertensi	Observasi: 1. periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) 2. Monitor tekanan darah Terapeutik: 1. hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi Edukasi: 1. Anjurkan penggunaan obat penurun tekanan darah Kolaborasi: 1. Anjurkan penggunaan obat penurunan tekanan darah.

4.7 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang diterapkan pada 2 pasien penderita hipertensi di wilayah kerja puskesmas waingapu desa mbatakpidu dijelaskan dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 4. 31 implementasi keperawatan pada pasien Ny. T di wilayah kerja puskesmas waingapu desa mbatakpidu

NO	Tanggal/ jam	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi respon
1		Resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	Mengobservasi : 1. Mengidentifikasi sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna,suhu,ankle- brachial index) - Pasien mengatakan merasa lemas,cemas 2. mengidentifikasi tanda/ gejala resiko perfusi perifer tidak efektif. -pasien mengatakan sakit kepala, leher tegang, penglihatan kabur, kadang-kadang pusing 3. memonitor tekanan darah 196/104 mmHg 4. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas. -Tekanan darah : 196/104mmHg -Nadi: 83 x/m -suhu: 36,7 c Terapeutik: 1. Memposisikan semi-fowler dan fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman. 2. Memberitahukan kepada pasien jika merasa sesak agar mengatur posisi yitu posisi setengah duduk atau duduk. 3. Mengedukasikan pasien agar tidak mengonsumsi makanan yang tinggi natrium(garam),lemak jenuh,(daging merah) 4. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat dengan memberikan rebusan daun seledri	S: -Pasien mengatakan leher masih tegang, sakit kepala sedikit berkurang Do:

5. m
e
m
o
n
i
t
o
r
t
e
k
a
n
d
a

rah Sebelum terapi pemberian rebusan

1. setelah di berikan rebusan daun seledri

TD : 186/95 mmHg

N: 80 x/m

S: 36,5c

-Pasien tampak lemas.

-Tekanan darah masih tinggi

-Hasil pengukuran tekanan darah terakhir
pada pasien setelah meminum rebusan
daun seledri yaitu 186/95 mmHg.

A: masalah belum teratasi

daun seledri

		1. TD :196/104 mmHg 2. N: 83x/m 3. S: 36,7 c 2. Memberikan rebusan daun seledri pada pasien dan disaring kepada pasien 3. setelah pasien minum rebusan daun seledri tunggu hingga 30 menit akan di lakukan pengukuran kembali tekanan darah. 4. mengukur kembali tekanan darah pasien dengan hasil TD:186/95 mmHg 5. setelah pasien minum rebusan daun seledri, pasien mengalami penurunan tekanan darah . 6. memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 7. Memberitahukan pasien jika merasa stress untuk mendengarkan musik 8. Memberikan dukungan emosional dan spiritual. Edukasi: 1. Mengajukan pasien beraktifitas fisik sesuai toleransi dan kemampuan 2. Mengajukan kepada pasien agar rutin minum obat hipertensi 3. Mengajukan penggunaan obat penurun tekanan darah	P: intervensi di lanjutkan
2	Resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	Mengobservasi : 1. Mengidentifikasi sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna,suhu,ankle- brachial index) 1. Pasien mengatakan merasa lemas,cemas 2. mengidentifikasi tanda/ gejala resiko perfusi perifer tidak efektif. 1. pasien mengatakan sakit kepala, leher tegang, penglihatan kabur, kadang-kadang pusing memonitor tekanan darah 180/90 mmHg 3. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas.	S: Pasien mengatakan leher tegang,sakit kepala, penglihatan kabur O: 1. setelah di berikan rebusan daun seledri TD: 170/80 mmHg S: 36,7 c

1. Tekanan darah : 180/90 mmHg

	2. Nadi: 85x/m 3. Suhu : 36,5 c	N :82 x/m
	Terapeutik:	-Pasien tampak pusing,pasien tampak cemas.
1.	Memposisikan semi-fowler dan fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman.	-Tekanan darah masih tinggi
2.	Memberitahukan kepada pasien jika merasa sesak agar mengatur posisi yaitu posisi setengah duduk atau duduk.	-Hasil pengukuran tekanan darah terakhir pada pasien setelah meminum rebusan daun seledri yaitu 170/80 mmHg.
3.	Mengedukasikan pasien agar tidak mengonsumsi makanan yang tinggi natrium(garam),lemak jenuh,(daging merah)	
4.	Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat dengan memberikan rebusan daun seledri	A. masalah belum teratasi
5.	memonitor tekanan darah Sebelum terapi pemberian rebusan daun seledri	P: intervensi di lanjutkan
	1. TD :180/90 mmHg	
1	N: 85x/m	
	3. S: 36,5 c	
1.1	Memberikan rebusan daun seledri yang sudah di siapkan dan disaring kepada pasien	
7.	setelah pasien minum rebusan daun seledri tunggu hinga 30 menit akan di lakukan pengukuran kembali tekanan darah.	
8.	mengukur kembali tekanan darah pasien dengan hasil TD:170/80 mmHg	
9.	setelah pasien minum rebusan daun seledri, pasien belum mengalami perubahan tekanan darah .	
10.	memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu	
11.	Memberitahukan pasien jika merasa stress untuk mendengarkan musik	
12.	Memberikan dukungan emosional dan spiritual.	
	Edukasi:	
1.	Menganjurkan pasien beraktifitas fisik sesuai toleransi dan kemampuan	
2.	Menganjurkan kepada pasien agar rutin minum obat hipertensi	

3. Mengajukan penggunaan obat penurun tekanan darah.

3	Resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	Mengobservasi : 1. Mengidentifikasi sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna,suhu,ankle- brachial index) 1. Pasien mengatakan merasa lemas, cemas 2. mengidentifikasi tanda/ gejala resiko perfusi perifer tidak efektif. 1. pasien mengatakan sakit kepala, leher tegang, penglihatan kabur, kadang-kadang pusing 3. memonitor tekanan darah 160/90 mmHg 4. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas. 1. Tekanan darah : 160/90 mmHg 2. Nadi: 89x/m 3. Suhu : 36,5c Terapeutik: 1. Memposisikan semi-fowler dan fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman. 2. Memberitahukan kepada pasien jika merasa sesak agar mengatur posisi yaitu posisi setengah duduk atau duduk. 3. Mengedukasikan pasien agar tidak mengonsumsi makanan yang tinggi natrium(garam), lemak jenuh, (daging merah) 4. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat dengan memberikan rebusan daun seledri 5. memonitor tekanan darah Sebelum terapi pemberian rebusan daun seledri 1. TD :160/90 mmHg 2. N: 89x/m 3. S: 36,5c 6. Memberikan rebusan daun seledri 1 gelas yang sudah di siapkan dan disaring kepada pasien 7. setelah pasien minum rebusan daun seledri tunggu hingga 30 menit akan di lakukan pengukuran kembali tekanan darah. 8. mengukur kembali tekanan darah pasien dengan hasil TD:150/90 mmHg	S: -Pasien mengatakan leher tegang, sakit kepala, penglihatan kabur O: setelah di berikan rebusan daun seledri TD: 150/90 mmHg S: 36,7 c N :84 x/m -pasien tampak cemas. -Tekanan darah menurun sudah mengalami perubahan. -Hasil pengukuran tekanan darah terakhir pada pasien setelah meminum rebusan daun seledri yaitu 150/90 mmHg. A: Masalah belum teratasi P: intervensi di lanjutkan
---	--	---	--

		9. setelah pasien minum rebusan daun seledri , pasien belum mengalami perubahan tekanan darah . 10. memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 11. Memberitahukan pasien jika merasa stress untuk mendengarkan musik 12. Memberikan dukungan emosional dan spiritual. Edukasi: 1. Menganjurkan pasien beraktifitas fisik sesuai toleransi dan kemampuan 2. Menganjurkan kepada pasien agar rutin minum obat hipertensi 3. Menganjurkan penggunaan obat penurun tekanan darah.	
4	Resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	Mengobservasi : 1. Mengidentifikasi sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna,suhu,ankle- brachial index) 1. Pasien mengatakan lemas, cemas 2. mengidentifikasi tanda/ gejala resiko perfusi perifer tidak efektif. 1. pasien mengatakan sakit kepala, leher tegang, penglihatan kabur, kadang-kadang pusing 3. memonitor tekanan darah 160/80 mmHg 4. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas. 1. Tekanan darah : 160/80 mmHg 2. Nadi: 87x/m 3. Suhu : 37 c Terapeutik: 1. Memposisikan semi-fowler dan fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman. 2. Memberitahukan kepada pasien jika merasa sesak agar mengatur posisi yitu posisi setengah duduk atau duduk.	S: -Pasien mengatakan leher tidak tegang,sakit kepala berkurang -Pasien mengatakan tidak cemas lagi O: Setelah di berikan rebusan daun seledri TD: 150/80 mmHg S:37,5 c N:78 x/m -Pasien tampak membaik -Tekanan darah menurun

	3. Mengedukasikan pasien agar tidak mengonsumsi makanan yang tinggi nutrisi(garam), lemak jenuh, (daging merah) 4. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat dengan memberikan rebusan daun seledri 5. memonitor tekanan darah Sebelum terapi pemberian rebusan daun seledri 1. TD :160/80 mmHg 2. N: 87x/m 3. S: 36,7 c 6. Memberikan rebusan daun seledri 1 gelas yang sudah di siapkan dan disaring kepada pasien 7. setelah pasien minum rebusan daun seledri tunggu hingga 30 menit akan di lakukan pengukuran kembali tekanan darah. 8. mengukur kembali tekanan darah pasien dengan hasil TD:150/80 mmHg 9. setelah pasien minum rebusan daun seledri, pasien sudah mengalami perubahan tekanan darah . 10. memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 11. Memberitahukan pasien jika merasa stress untuk mendengarkan musik 12. Memberikan dukungan emosional dan spiritual. Edukasi: 1. Mengajarkan pasien beraktifitas fisik sesuai toleransi dan kemampuan 2. Mengajarkan kepada pasien agar rutin minum obat hipertensi 3. Mengajarkan penggunaan obat penurun tekanan darah.	-Hasil pengukuran tekanan darah terakhir pada pasien setelah meminum rebusan dau seledri yaitu 150/80 mmHg. A: Masalah teratasi sebagian P: intervensi di lanjutkan
5	Resiko perfusi perifer tidak efektif	Mengobservasi : S:

berhubungan dengan hipertensi	Mengidentifikasi sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle- brachial index)	-Pasien mengatakan tidak pusing lagi, leher tidak tegang, sakit kepala membaik
	- Pasien mengatakan merasa lemas, cemas - mengidentifikasi tanda/ gejala resiko perfusi perifer tidak efektif. - pasien mengatakan sakit kepala, leher tegang, penglihatan kabur, kadang-kadang pusing - memonitor tekanan darah 150/95 mmHg - Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas. - Tekanan darah : 150/95 mmHg - Nadi: 88x/m - Suhu : 36,6 c Terapeutik: - Memposisikan semi-fowler dan fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman. - Memberitahukan kepada pasien jika merasa sesak agar mengatur posisi yaitu posisi setengah duduk atau duduk. - Mengedukasikan pasien agar tidak mengonsumsi makanan yang tinggi nutrisi (garam), lemak jenuh, (daging merah) - Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat dengan memberikan rebusan daun seledri - memonitor tekanan darah Sebelum terapi rebusan daun seledri - TD :150/95 mmHg - N: 88x/m - S: 36,6 c - Memberikan rebusan daun seledri 1 gelas yang sudah diblender dan disaring kepada pasien - setelah pasien minum rebusan daun seledri tunggu hingga 30 menit akan di lakukan pengukuran kembali tekanan darah. - mengukur kembali tekanan darah pasien dengan hasil TD:140/80 mmHg	-Pasien mengatakan penglihatan membaik O: Setelah di berikan rebusan daun seledri TD: 140/80 mmHg S:36,7 N: 90x/m -Pasien tampak membaik -Tekanan darah sudah membaik -Hasil pengukuran tekanan darah terakhir pada pasien setelah minum rebusan daun seledri yaitu 130/80 mmHg. A: masalah teratasi P: Intervensi di hentikan

-
8. setelah pasien minum jus mentimun pasien sudah mengalami perubahan tekanan darah .
 9. memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress,jika perlu
 10. Memberitahukan pasien jika merasa stress untuk mendengarkan musik
 11. Memberikan dukungan emosional dan spiritual.

Edukasi:

1. Mengajarkan pasien beraktifitas fisik sesuai toleransi dan kemampuan
2. Mengajarkan kepada pasien agar rutin minum obat hipertensi
3. Mengajarkan penggunaan obat penurun tekanan darah.

Tabel 4. 32 Implementasi Keperawatan Pada pasien Ny. T Hari ke-1 sampai hari ke-5 di Wilayah

NO	Tanggal/jam	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi respon
1		Resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	Mengobservasi : 1. Mengidentifikasi sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna,suhu,ankle- brachial index) 1. Pasien mengatakan merasa lemas,cemas 2. mengidentifikasi tanda/ gejala resiko perfusi perifer tidak efektif. 1. pasien mengatakan sakit kepala, leher tegang, penglihatan kabur, kadang-kadang pusing 3. memonitor tekanan darah 195/90 mmHg 4. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas. 1. Tekanan darah : 195/90 mmHg 2. Nadi: 80 x/m 3. Suhu: 36,9 c Terapeutik: 1. Memposisikan semi-fowler dan fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman. 2. Memberitahukan kepada pasien jika merasa sesak agar mengatur posisi yaitu posisi setengah duduk atau duduk. 3. Mengedukasikan pasien agar tidak mengonsumsi makanan yang tinggi natrium (garam), lemak jenuh, (daging merah) 4. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat dengan memberikan jus mentimun 5. Memonitor kembali tekanan darah sebelum terapi pemberian jus mentimun 1. TD: 195/90 mmHg 2. N: 80x/m 3. S : 36,9 C 6. Memberikan rebusan daun seledri yang sudah di siapkan dan disaring kepada pasien	S: Pasien mengatakan leher tegang, sakit kepala O: Setelah di berikan rebusan daun seledri TD:180/80 mmHg S:36,6 c N: 79 x/m -pasien tampak cemas. -Tekanan darah masih tinggi -Hasil pengukuran tekanan darah terakhir pada pasien setelah meminum rebusan daun seledri yaitu 180/80 mmHg. A:Masalah belum teratasi P: intervensi di lanjutkan

		- Setelah pasien minum rebusan daun seledri tunggu hingga 30 menit akan dilakukan pengukuran kembali tekanan darah - Mengukur kembali tekanan darah pasien dengan hasil 180/80 mmHg - Setelah pasien minum rebusan daun seledri, pasien belum mengalami perubahan tekanan darah - Memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu - Memberitahukan pasien jika merasa stress untuk mendengarkan music - Memberikan dukungan emosional dan spiritual Edukasi: - Menganjurkan pasien beraktifitas fisik sesuai toleransi dan kemampuan - Menganjurkan kepada pasien agar rutin minum obat hipertensi - Mengajarkan penggunaan obat penurun tekanan darah.	
2	Resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	Mengobservasi : - Mengidentifikasi sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna,suhu,ankle- brachial index) - Pasien mengatakan merasa lemas, cemas - mengidentifikasi tanda/ gejala resiko perfusi perifer tidak efektif. - pasien mengatakan sakit kepala, leher tegang, penglihatan kabur, kadang-kadang pusing - memonitor tekanan darah 185/100 mmHg - Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas. - Tekanan darah : 185/100 mmHg - Nadi: 80x/m - Suhu: 36,5 c Terapeutik: - Memposisikan semi-fowler dan fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman.	S: -Pasien mengatakan leher tegang, sakit kepala O: Setelah di berikan rebusan daun seledri TD: 177/90 mmHg S:36,7 c N:90 x/m -pasien tampak cemas.

3	Resiko perfusi	2. Memberitahukan kepada pasien jika merasa sesak agar mengatur posisi yaitu posisi setengah duduk atau duduk. 3. Mengedukasikan pasien agar tidak mengonsumsi makanan yang tinggi natrium (garam), lemak jenuh, (daging merah) 4. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat dengan memberikan rebusan daun seledri 5. memonitor tekanan darah Sebelum pemberian rebusan daun seledri 1. TD :185/100 mmHg 2. N: 80x/m 3. S: 36,5 c 6. Memberikan rebusan daun seledri 1 gelas yang sudah disiapkan dan disaring kepada pasien 7. setelah pasien minum rebusan daun seledri tunggu hingga 30 menit akan di lakukan pengukuran kembali tekanan darah. 8. mengukur kembali tekanan darah pasien dengan hasil TD:177/90 mmHg 9. setelah pasien minum rebusan daun seledri , pasien belum mengalami perubahan tekanan darah . 10. memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu. 11. Memberitahukan pasien jika merasa stress untuk mendengarkan musik 12. Memberikan dukungan emosional dan spiritual. Edukasi: 1. Mengajarkan pasien beraktifitas fisik sesuai toleransi dan kemampuan 2. Mengajarkan kepada pasien agar rutin minum obat hipertensi 3. Mengajarkan penggunaan obat penurun tekanan darah. Mengobservasi :	-Tekanan darah masih tinggi. -Hasil pengukuran tekanan darah terakhir pada pasien setelah meminum rebusan daun seledri yaitu 177/90 mmHg. A: Masalah belum teratasi P: Intervensi di lanjutkan S:
---	----------------	---	--

perifer tidak efektif

berhubungan dengan hipertensi

1. Mengidentifikasi sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle- brachial index)
 - Pasien mengatakan merasa lemas, cemas
2. mengidentifikasi tanda/ gejala resiko perfusi serebral tidak efektif.
 - pasien mengatakan sakit kepala, leher tegang, penglihatan kabur, kadang-kadang pusing
3. memonitor tekanan darah 175/80 mmHg
4. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas.
 1. Tekanan darah : 175/80 mmHg
 2. Nadi: 85x/m
 3. Suhu : 36,6 c

Terapeutik:

1. Memposisikan semi-fowler dan fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman.
2. Memberitahukan kepada pasien jika merasa sesak agar mengatur posisi yaitu posisi setengah duduk atau duduk.
3. Mengedukasikan pasien agar tidak mengonsumsi makanan yang tinggi nutrisi(garam), lemak jenuh, (daging merah)
4. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat dengan memberikan rebusan daun seledri
5. memonitor tekanan darah Sebelum terapi pemberian jus mentimun
 1. TD :175/80 mmHg
 2. N: 85x/m
 3. S: 36,6 c
6. Memberikan rebusan daun seledri 1 gelas yang sudah di siapkn dan disaring kepada pasien
7. setelah pasien minum rebusan daun seledri tunggu hingga 30 menit akan di lakukan pengukuran kembali tekanan darah.
8. mengukur kembali tekanan darah pasien dengan hasil

-Pasien mengatakan leher tegang, sakit kepala

O:

Setelah di berikan rebusan daun seledri

TD: 167/90 mmHg

S:36,5 c

N: 82x/m

-Pasien tampak pusing, pasien tampak cemas.

-Tekanan darah menurun sudah mengalami perubahan.

-Hasil pengukuran tekanan darah terakhir pada pasien setelah minum rebusan daun seledri yaitu 167/90 mmHg.

A: masalah belum teratasi

P: intervensi di lanjutkan

TD:167/90 mmHg

9. setelah pasien minum rebusan daun seledri, pasien belum mengalami perubahan tekanan darah .
10. memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu
11. Memberitahukan pasien jika merasa stress untuk mendengarkan musik
12. Memberikan dukungan emosional dan spiritual.

Edukasi:

1. Mengajukan pasien beraktifitas fisik sesuai toleransi dan kemampuan
2. Mengajukan kepada pasien agar rutin minum obat hipertensi
3. Mengajukan penggunaan obat penurun tekanan darah.

4	Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	Mengobservasi : 1. Mengidentifikasi sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna,suhu,ankle- brachial index) 1. Pasien mengatakan merasa lemas, cemas 2. mengidentifikasi tanda/ gejala resiko perfusi perifer tidak efektif. 1. pasien mengatakan sakit kepala, leher tegang, penglihatan kabur, kadang-kadang pusing 3. memonitor tekanan darah 163/70 mmHg 4. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas. 1. Tekanan darah : 163/90 mmHg 2. Nadi: 77x/m 3. Suhu: 36,6 c Terapeutik: 1. Memposisikan semi-fowler dan fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman. 2. Memberitahukan kepada pasien jika merasa sesak agar mengatur posisi yitu posisi setengah duduk atau duduk.	S: -Pasien mengatakan leher tidak tegang, sakit kepala berkurang -Pasien mengatakan penglihatan membaik O: Setelah di berikan rebusan daun seledri TD:156/80mmHg S:36,5 N:80 x/m -Pasien tampak membaik -Tekanan darah menurun -Hasil pengukuran tekanan darah terakhir pada pasien setelah meminum rebusan daun seledri yaitu 156/80 mmHg A: masalah teratasi sebagian
---	---	--	--

		3. Mengedukasikan pasien agar tidak mengonsumsi makanan yang tinggi nutrisi(garam),lemak jenuh,(daging merah) 4. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat dengan memberikan rebusan daun seledri 5. memonitor tekanan darah Sebelum terapi pemberian rebusan daun seledri 1. TD :163/70 mmHg 2. N: 77x/m 3. S: 36,6 c 6. Memberikan rebusan daun seledri 1 gelas yang sudah di siapkan dan disaring kepada pasien 7. setelah pasien minum rebusan daun seledri tunggu hinga 30 menit akan di lakukan pengukuran kembali tekanan darah. 8. mengukur kembali tekanan darah pasien dengan hasil TD:156/80 mmHg 9. setelah pasien minum rebusan daun seledri, pasien sudah mengalami perubahan tekanan darah . 10. memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 11. Memberitahukan pasien jika merasa stress untuk mendengarkan musik 12. Memberikan dukungan emosional dan spiritual.	P: intervensi di lanjutkan
		Edukasi: 1. Menganjurkan pasien beraktifitas fisik sesuai toleransi dan kemampuan 2. Menganjurkan kepada pasien agar rutin minum obat hipertensi 3. Mengajarkan penggunaan obat penurun tekanan darah.	1. Pasien mengatakan merasa lemas,cemas
5	Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	Mengobservasi : 1. Mengidentifikasi sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna,suhu,ankle- brachial index)	

S:

-Pasien mengatakan leher tidak
tegang lagi, sakit kepala membaik
-Pasien mengatakan penglihatan
membaik

2. mengidentifikasi tanda/ gejala resiko perfusi perifer tidak efektif. 1. pasien mengatakan sakit kepala, leher tegang, penglihatan kabur, kadang-kadang pusing 3. memonitor tekanan darah 150/90 mmHg 4. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas. 1. Tekanan darah : 150/90 mmHg 2. Nadi: 88x/m 3. Suhu: 36,6 c Terapeutik: 1. Memposisikan semi-fowler dan fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman. 2. Memberitahukan kepada pasien jika merasa sesak agar mengatur posisi yaitu posisi setengah duduk atau duduk. 3. Mengedukasikan pasien agar tidak mengonsumsi makanan yang tinggi natrium (garam), lemak jenuh, (daging merah) 4. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat dengan memberikan rebusan daun seledri 5. memonitor tekanan darah Sebelum terapi rebusan daun seledri 1. TD :150/90 mmHg 2. N: 82x/m 3. S: 36,6 c 6. Memberikan rebusan daun seledri 1 gelas yang sudah di siapkan dan disaring kepada pasien 7. setelah pasien minum rebusan daun seledri tunggu hingga 30 menit akan di lakukan pengukuran kembali tekanan darah. 8. mengukur kembali tekanan darah pasien dengan hasil TD:140/80 mmHg 9. setelah pasien minum rebusan daun seledri, pasien sudah mengalami perubahan tekanan darah 10. memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress,	O: Setelah diberikan rebusan daun seledri TD :140/80 mmHg S:36,5 c N: 82x/m -Pasien tampak membaik -Tekanan darah sudah membaik Hasil pengukuran tekanan darah terakhir pada pasien setelah meminum rebusan daun seledri yaitu 140/80 mmHg. A: Masalah teratasi P: intervensi di hentikan
---	---

jika perlu

-
11. Memberitahukan pasien jika merasa stress untuk mendengarkan musik
 12. Memberikan dukungan emosional dan spiritual.

Edukasi:

1. Menganjurkan pasien beraktifitas fisik sesuai toleransi dan kemampuan
 2. Menganjurkan kepada pasien agar rutin minum obat hipertensi
 3. Menganjurkan penggunaan obat penurun tekanan darah.
-

4.8 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan yang diterapkan pada 2 Pasien Penderita hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas waingapu di jelaskan dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 4. 33 Evaluasi Keperawatan pada Partisipan Pesien hipertensi di

Pasien Ny. T	Pasien Ny. T
1.) Resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	1. Resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hipertensi
S:	S:
Pasien mengatakan perasaan membaik atau tidak merasa cemas lagi	Pasien mengatakan perasaan membaik atau tidak merasa cemas lagi
O:	O:
Pasien tenang dan dan gembira	Pasien tenang dan dan gembira
Pasien tampak membaik	Pasien tampak membaik
Tekanan darah 140/80mmHg	Tekanan darah 140/80mmHg
Nadi: 90 /menit	Nadi: 82 /menit
Suhu: 36,7.c	Suhu: 36,5.c
A: Resiko perfusi perifer tidak efektif Teratasi	A: Resiko perfusi perifer tidak efektif Teratasi
P: Intervensi di hentikan.	P: Intervensi di hentikan.

A. Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Hipertensi

Pada pembahasan ini penulis akan membahas kesenjangan data berdasarkan pengalaman nyata studi kasus pada pasien 1 (Ny. T dan keluarga) dan pasien 2 (Ny. T dan keluarga) di Wilayah Kerja Puskesmas Pambotanjara. Penulis akan membandingkan antara dasar teori dengan hasil yang ada dilapangan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi yang akan diuraikan sebagai berikut:

B. Pengkajian

Klien 1, pengkajian dilakukan tanggal 13 februari. Keluarga klien 1 yaitu Ny. T mau berkomunikasi dan setuju untuk dilakukan asuhan keperawatan, serta terbuka dalam menyampaikan informasi mengenai keadaan ataupun masalah yang sedang dialami kepada mahasiswa, sehingga dapat membantu mahasiswa dalam melakukan pengkajian. pasien 1 adalah keluarga dari Ny. T yang berusia 61. tahun, dengan jenis kelamin Perempuan, pendidikan terakhir SD, alamat kahali . RT.001 RW 001. Keluarga Ny. T tidak memiliki riwayat penyakit Hipertensi sebelumnya. Klien 1 Ny. T, didiagnosa Hipertensi sekitar 3 tahun lalu, namun baru melakukan pengobatan rutin selama 2 tahun. Tekanan darah pasien 1 NY. T yaitu 195/104 mmHg, nadi : 83x/menit, suhu : 36,7 °C dan berat badan 59 kg, tinggi badan 156 cm.

Dari pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan bahwa masalah kesehatan di keluarga pasien 1 Ny T yaitu Ny. T yang menderita Hipertensi pasien sering makan makanan asin, klien rutin meminum obat rutin untuk menurunkan tekanan darah yang diberikan oleh pustu yaitu Amlodipin 10 mg. dan jika obatnya habis langsung meminta ke pustu di mbatakapidu

pasien 2, pengkajian dilakukan tanggal 13 februari Keluarga pasien 2 yaitu Ny T mau berkomunikasi dan setuju untuk dilakukan asuhan keperawatan, serta terbuka dalam menyampaikan informasi mengenai keadaan ataupun masalah yang sedang dialami. pasien 2 adalah keluarga dari Ny T. yang berusia 63 tahun, jenis kelamin perempuan, pendidikan terakhir SD, mbatakapidu . RT.001 RW 001 . Keluarga Ny T. tidak memiliki riwayat penyakit Hipertensi sebelumnya. pasien 2 Ny T. didiagnosa Hipertensi sejak 1 tahun lalu. Dari pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan bahwa masalah kesehatan di keluarga Ny T. yaitu Ny. T yang menderita Hipertensi sejak 1 tahun lalu, klien pada saat itu bekerja di kebun sehingga klien mengaku kurang istirahat dan sering makan makanan yang asin, klien rutin meminum obat untuk menurunkan tekanan darah yang diberikan oleh pustu yaitu amlodipin 10 mg. Pada pemeriksaan

tekanan darah didapatkan hasil 195/90 nadi 80x/menit dan suhu 36,6°C, berat badan 60 kg, tinggi badan 168 cm. Klien terlihat ingin mengetahui lebih banyak tentang penyakit Hipertensi.

Sejalan dengan penelitian sebelumnya, bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kepatuhan Pasien dalam mengonsumsi obat antihipertensi menjadi salah satu faktor penentu dalam mengendalikan tekanan darah sistolik maupun tekanan darah diastolik lansia penderita hipertensi agar tetap dalam batas normal atau terkontrol, terbukti dari hasil pemeriksaan tekanan darah yang dilakukan kepada 2 responden lansia dan keluarga, dimana dari hasil pemeriksaan tekanan darah pada responden dengan kepatuhan tinggi dan kepatuhan sedang didapatkan hasil tekanan darah sistolik dan diastolik cenderung lebih banyak berada dalam batas normal sedangkan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada responden dengan kepatuhan rendah menunjukkan hasil tekanan darah sistolik dan diastolik cenderung lebih banyak mengalami peningkatan, yang menjadi penyebab ketidak patuhan dalam menjalani pengobatan. (Afina, 2018).

Klien 1 Ny. T mengalami pusing dan kurang tidur. Bila penyakitnya kambuh atau melakukan aktivitas merasa cemas dan pusing tiba-tiba. Pasien hanya menerka-nerka mengapa dahulu bisa terkena Hipertensi dikarenakan tidak ada riwayat dari keluarganya. Begitupun klien 2 Ny T juga pusing dan kelelahan ketika melakukan aktivitas yang melelahkan ataupun kurang tidur. Dan pada klien 1 Ny. T, didapatkan data bahwa dirinya masih melakukan pekerjaan rumah sehari-hari sehingga terkadang membuatnya cemas dan tiba-tiba pusing, sementara pada klien 2 Ny T sehari-hari juga melakukan aktivitas seperti kerja kebun dan membersihkan rumah namun hanya untuk sekedar melakukan aktivitas fisik ringan. Pada klien 1 dan klien 2 juga didapatkan data bahwa kedua keluarga belum memahami secara tepat mengenai riwayat penyakit yang diderita klien 1 Ny. T dan klien 2 Ny T yaitu penyakit Hipertensi dan bagaimana perawatan kesehatan yang tepat. Aktivitas sehari-hari akan mempengaruhi kondisi kesehatan penderita Hipertensi.

C. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan actual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga dan menurunkan masalah pasien.

Masalah keperawatan atau diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung secara actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kedua pasien di atas adalah Resiko perfusi perifer tidak efektif, pada keluarga pasien Ny. T. dan Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif b.d Ketidakmampuan Keluarga Mengenal masalah kesehatan dalam keluarga Pasien. Begitu pun dengan keluarga Ny. T

Dari hasil pengkajian yang didapatkan pada keluarga pasien Ny. T diperoleh analisa data bahwa keluarga mengetahui bahwa pasien Ny. T menderita Hipertensi dan rutin minum obat tetapi tetapi kurang menjaga pola istirahat dan pola makan, sedangkan keluarga pasien Ny. T diperoleh data bahwa keluarga mengetahui pasien menderita Hipertensi dan sering mengontrol ke petugas kesehatan bila merasa pusing cukup istirahat lalu melanjutkan bekerja di kebun dan makan makanan apa adanya dan pasien sering merokok.

D. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala jenis pengobatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan, dan ada 25 penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi yang dilakukan pada klien 1 dan 2 dalam mengatasi masalah resiko perfusi perifer tidak efektif adalah Identifikasi tanda dan gejala primer resiko serebral meliputi:dispnea, kelelahan, edema dan kulit pucat,Monitor tekanan darah, Monitor adanya keluhan merasa pusing ,cemas Berikan Implementasi pemberian jus mentimun, Berikan diet sesuai (mis.batasi asupan kafein, natrium, kolestrol dan makanan tinggi lemak).

Selain itu penulis juga menambahkan intervensi edukasi proses penyakit dengan tindakan mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, menjelaskan penyebab dan faktor risiko penyakit, menjelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit, menjelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi, serta memberikan kesempatan untuk bertanya.

Intervensi yang dibuat untuk diagnosa manajemen kesehatan tidak efektif untuk klien 1 dan 2 meliputi edukasi kesehatan dengan tindakan mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, mengajarkan strategi yang dapat meningkatkan perilaku hidup sehat,dan memerikan kesempatan untuk bertanya.

E. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status Kesehatan yang di hadapi menuju status Kesehatan sesuai kriteria hasil yang di tetapkan (suwignjo et al.,2022).

Implemenasi yang dilakukan pada klien 1 dan 2 dalam mengatasi masalah resiko perfusi perifer tidak efektif adalah Identifikasi tanda dan gejala primer resiko perfusi perifer meliputi:dispnea, kelelahan, edema dan kulit pucat,Monitor tekanan darah, Monitor adanya keluhan merasa pusing ,cemas Berikan implementasi pemberian jus mentimun, Berikan diet sesuai (mis.batasi asupan kafein, natrium, kolestrol dan makanan tinggi lemak).

Selain itu penulis juga menambahkan intervensi edukasi proses penyakit dengan tindakan mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, menjelaskan penyebab dan faktor risiko penyakit, menjelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit, menjelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi, serta memberikan kesempatan untuk bertanya.

Implementasi yang dibuat untuk diagnosa manajemen kesehatan tidak efektif untuk klien 1 dan 2 meliputi edukasi kesehatan dengan tindakan mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, mengajarkan strategi yang dapat meningkatkan perilaku hidup sehat,dan memerikan kesempatan untuk bertanya.

F. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang menjelaskan bahwa tujuan dari Tindakan keperawatan telah tercapai atau memperlakukan pendekatan lain.

Evaluasi pada diagnosa resiko perfusi perifer tidak efektif tentang penyakit Hipertensi setelah kunjungan hari ke 5 pada klien 1 didapatkan hasil bahwa keluarga dan klien Ny. T mengatakan sudah tidak pusing dan cemas lagi serta sudah tidak di rasakan lagi, dan sudah membaik.

Serupa dengan keluarga klien 2 Ny T yang juga dapat menunjukkan peningkatan kesehatannya sudah membaik dan tidak merasa pusing lagi dengan dapat memahami pentingnya memperhatikan kesehatan, serta perlunya menjaga kesehatan keluarga. Maka dari itu, peneliti berpendapat dari hasil evaluasi tersebut masalah resiko perfusi perifer pada keluarga pasien 1 Ny. T dan pasien 2 Ny T telah teratasi.