

**LAPORAN KASUS GERONTIK DENGAN KECEMASAN
PADA LANSIA HIPERTENSI DI BALAI PELAYANAN
SOSIAL TRESNA WERDHA YOGYAKARTA
UNIT BUDI LUHUR**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



**Disusun oleh:
TRISNA SETYA DEWI
1810206061**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS 'AISYIAH
YOGYAKARTA
2019**

**LAPORAN KASUS GERONTIK DENGAN KECEMASAN
PADA LANSIA HIPERTENSI DI BALAI PELAYANAN
SOSIAL TRESNA WERDHA YOGYAKARTA
UNIT BUDI LUHUR**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



**Disusun oleh:
TRISNA SETYA DEWI
1810206061**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS 'AISYIYAH
YOGYAKARTA
2019**

**LAPORAN KASUS GERONTIK DENGAN KECEMASAN
PADA LANSIA HIPERTENSI DI BALAI PELAYANAN
SOSIAL TRESNA WERDHA YOGYAKARTA
UNIT BUDI LUHUR**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Guna Melengkapi Sebagian Syarat Mencapai Gelar Ners
Pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta



**Disusun oleh:
TRISNA SETYA DEWI
1810206061**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS 'AISYIAH
YOGYAKARTA
2019**

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN KASUS GERONTIK DENGAN KECEMASAN
PADA LANSIA HIPERTENSI DI BALAI PELAYANAN
SOSIAL TRESNA WERDHA YOGYAKARTA
UNIT BUDI LUHUR

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun oleh:
TRISNA SETYA DEWI
1810206061

Telah Dipertahankan di Depan Dewan Penguji dan Diterima Sebagai Syarat
Untuk Mendapatkan Gelar Ners
Pada Program Studi Profesi Ners
Fakultas Ilmu Kesehatan
Di Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

Pada tanggal:
09 Agustus 2019

Dewan Penguji :

Penguji I : Yuli Isnaeni, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom.

Penguji II : Suri Salmiyati, S.Kep., Ns., M.Kes.



Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta



Moh. Ali Imron, S.Sos., M.Fis.

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Dengan ini peneliti menyatakan bahwa dalam laporan penelitian ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk penelitian lain atau untuk memperoleh gelar kesarjanaan pada perguruan tinggi lain, dan sepanjang pengetahuan peneliti juga tidak terdapat karya orang lain atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, 7 Agustus 2019



Trisna Setya Dewi



unisa
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh

Alhamdulillah segala puji bagi Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini, dengan judul “Laporan Kasus Gerontik Dengan Kecemasan Pada Lansia Hipertensi Di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budi Luhur”. Karya ilmiah akhir ners ini dapat tersusun atas bimbingan dan bantuan dari semua pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Warsiti, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat., selaku Rektor Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta.
2. Moh. Ali Imron, S.Sos., M.Fis., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan.
3. Ns. Suratini, M.Kep., Sp.Kep.Kom., selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta
4. Yuli Isnaeni, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom. selaku penguji I karya ilmiah akhir ners yang telah memberikan masukan yang sangat berguna bagi penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini
5. Suri Salmiyati, S.Kep., Ns., M.Kes. selaku pembimbing sekaligus penguji II karya ilmiah akhir ners yang telah memberikan masukan dan bimbingan yang sangat berguna bagi penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini.
6. Dian Kusuma Dewi, S.Kep., Ns. selaku pembimbing lapangan karya ilmiah akhir ners yang telah memberikan masukan dan bimbingan yang sangat berguna bagi penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini
7. Pasien, perawat dan seluruh staf di BPSTW yang telah bersedia meluangkan waktunya guna membantu terselesaikannya laporan kasus ini.
8. Keluarga tercinta yang telah memberikan dukungan moral serta materi sehingga memperlancar tersusunnya karya ilmiah akhir ners ini.
9. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini yang tidak dapat disebutkan satu-persatu dan teman-teman kelompok yang penulis cintai.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini jauh dari sempurna mengingat keterbatasan ilmu pengetahuan, pengalaman, serta waktu, sehingga penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari semua pihak untuk lebih menyempurnakan karya ilmiah ini.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh

Yogyakarta, 7 Agustus 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
ABSTRAK	x
BAB 1 PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan	4
D. Manfaat	4
E. Ruang Lingkup	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Teori	6
B. Pathway	21
C. Tinjauan Islam	21
D. Metodologi Penelitian	22
BAB III LAPORAN KASUS	
A. Data Kasus Kelolaan	25
B. Data Senjang	51
BAB IV PEMBAHASAN	
A. Gambaran Lokasi Penelitian	55
B. Analisis Data Pengkajian	55
C. Analisis Diagnosis Keperawatan	56
D. Analisis Intervensi Keperawatan	57
E. Analisis Implementasi Keperawatan	58
F. Analisis Evaluasi Keperawatan	59
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	61
B. Saran	62
DAFTAR PUSTAKA	63
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi Tekanan Darah	7
Tabel 2.2	Diagnosis Ansietas	18
Tabel 2.3	Diagnosis Gangguan Pola Tidur	19
Tabel 2.4	Diagnosis Risiko Jatuh	19
Tabel 3.1	Data Pengkajian Pasien	25
Tabel 3.2	Pengkajian Modifikasi dari Bartel Indeks	30
Tabel 3.3	<i>Short Postable Status Mental Questioner</i> (SPSMQ)	31
Tabel 3.4	Pengkajian <i>Mini Mental Status Exam</i> (MMSE)	32
Tabel 3.5	Pengkajian Depresi Gereatrik (YESAVAGE)	34
Tabel 3.6	Pengkajian Risiko Dikubitus	35
Tabel 3.7	Pengkajian <i>Postural Hypotension</i>	36
Tabel 3.8	Pengkajian <i>Fungsional Reach</i> (FR Test)	36
Tabel 3.9	Pengkajian <i>The Time Up and Go</i> (TUG Test)	37
Tabel 3.10	Farmakoterapi.....	37
Tabel 3.11	Analisis Data	38
Tabel 3.12	Prioritas Diagnosis Keperawatan.....	40
Tabel 3.13	Rencana Intervensi Keperawatan.....	40
Tabel 3.14	Implementasi Asuhan Keperawatan.....	43
Tabel 3.15	Evaluasi Asuhan Keperawatan.....	45
Tabel 3.16	Data Senjang	51



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Pathway</i>	21
---------------------------------	----



unisa
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : *Time Schedule*
Lampiran 2 : Hasil Pengkajian HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*)
Lampiran 3 : Lembar Bimbingan Karya Ilmiah Akhir Ners



unisa
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

LAPORAN KASUS GERONTIK DENGAN KECEMASAN PADA LANSIA HIPERTENSI DI BALAI PELAYANAN SOSIAL TRESNA WERDHA YOGYAKARTA UNIT BUDI LUHUR¹

Trisna Setya Dewi², Suri Salmiyati³, Dian Kusuma Dewi⁴

ABSTRAK

Latar Belakang: Prevalensi hipertensi pada tahun 2018 mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan prevalensi pada tahun 2013. Berdasarkan Riskesdas 2018 penyakit hipertensi meningkat dari 25,8 % menjadi 34,1% dari estimasi tahun 2013. Keadaan hipertensi yang dialami oleh seseorang dapat memberikan efek pada kondisi psikologis, seperti cemas, stress, dan depresi. Kecemasan dapat menyebabkan hipertensi seseorang semakin meningkat dan hipertensi itu sendiri dapat menyebabkan kecemasan. Keadaan cemas yang terjadi pada seseorang yang memiliki masalah kesehatan fisik dapat memperburuk keadaan seseorang tersebut, sehingga kecemasan harus segera diatasi.

Tujuan: Mengimplementasikan dan membandingkan asuhan keperawatan dengan kecemasan pada dua lansia hipertensi di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Yogyakarta unit Budi Luhur.

Metode: Penelitian ini merupakan studi kasus dengan metode observasional dan wawancara. Sampel pada penelitian ini berjumlah dua lansia yang mengalami hipertensi dengan kecemasan.

Hasil: Diagnosis keperawatan yang muncul pada kedua klien adalah kecemasan. Intervensi dilakukan selama 3x7 jam, kedua klien mendapatkan perlakuan yang sama. Kedua klien mempunyai kriteria hasil yang sama berdasarkan NOC dengan label *Anxiety Level* dan *Anxiety Sel-Control*, sebelum dilakukan tindakan keperawatan perasaan gelisah skala 3 (sedang), setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam pada kedua klien perasaan gelisah berada di skala 4 (ringan), lalu untuk teknik mengontrol cemas skala 2 (jarang dilakukan) sebelum dilakukan tindakan, setelah dilakukan tindakan berada di skala 4 (sering dilakukan). Teknik mengontrol cemas pada penelitian ini menggunakan teknik relaksasi otot progresif.

Kesimpulan: Dapat disimpulkan bahwa terdapat penurunan perasaan gelisah, terdapat peningkatan kemampuan mengidentifikasi teknik untuk mengontrol cemas serta terdapat peningkatan dalam menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas, hal ini merujuk pada kriteria hasil NOC dengan label *Anxiety Level* dan *Anxiety Sel-Control*.

Saran: Diharapkan bagi lansia bisa menangani rasa cemas dengan teknik relaksasi otot progresif.

Kata kunci : Hipertensi, Kecemasan, Lansia

Daftar pustaka : 26 buah

Daftar isi : 20 tabel, 1 gambar, 3 lampiran

¹ Judul Karya Ilmiah Akhir Ners

² Mahasiswa Program Profesi Ners Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

³ Dosen Program Studi Profesi Ners Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

⁴ Pembimbing Lapangan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Setiap individu akan melewati proses perkembangan yang dimulai dari bayi, anak-anak, dewasa dan pada akhirnya menua atau biasa disebut dengan lansia. Perubahan tersebut merupakan hal yang normal yang dialami setiap individu, baik dalam perubahan fisik maupun tingkah laku seseorang saat mencapai usia tua. Lanjut usia sudah menjadi ketetapan Tuhan Yang Maha Esa, masa lansia merupakan masa dimana seseorang akan mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial secara bertahap (Azizah, 2011).

Lansia akan mengalami beberapa perubahan seperti perubahan fisik/biologis, kondisi psikologis, dan perubahan sosial, dari perubahan inilah yang kemudian dalam beberapa kasus menganggap bahwa lansia hanyalah beban di masyarakat maupun di keluarganya sendiri sehingga lansia tidak memperoleh perhatian dan bahkan sampai ada yang menelantarkan, dari permasalahan inilah lansia seharusnya mendapatkan perhatian dan mengatasi persoalan yang dihadapi lansia. (Samsudi 2012, dalam Subkhi, 2016).

Permasalahan yang dihadapi oleh lansia kebanyakan dari masalah kesehatannya terutama untuk penyakit yang tidak menular yaitu hipertensi atau biasa disebut penyakit darah tinggi. Lansia memiliki hubungan yang terbilang erat dengan penyakit darah tinggi atau hipertensi, hal ini disebabkan karena perubahan fisiologis seperti penurunan respon imunitas pada tubuh lansia, katup jantung yang semakin menebal dan menjadi kaku, kemampuan kontraktilitas jantung yang semakin menurun, elastisitas pembuluh darah semakin berkurang, serta efektifitas pembuluh darah perifer berkurang untuk oksigenasi. Perubahan inilah yang kemudian menyebabkan resistensi vaskuler meningkat akibatnya lansia cenderung rentan mengalami penyakit hipertensi (Nugroho, 2000).

Hasil riset kesehatan tahun 2018 Daerah Istimewa Yogyakarta merupakan salah satu daerah yang memiliki penyakit hipertensi terbanyak dan menjadi urutan pertama dari 10 penyakit yang diderita masyarakat Sleman, sehingga kepala Dinas Kesehatan DIY menargetkan untuk tiga tahun yang akan datang akan dibentuk Posbindu PTM diseluruh desa yang berada

di DIY, guna memfasilitasi masyarakat akan informasi tentang deteksi dini, penanganan dan faktor resiko dari hipertensi (Dinkes DIY, 2018).

Prevalensi hipertensi pada tahun 2018 mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan prevalensi pada tahun 2013. Berdasarkan Riskesdas 2018 penyakit hipertensi meningkat dari 25,8 % menjadi 34,1% dari estimasi tahun 2013. Prevalensi data tahun 2013-2018 mengalami kenaikan karena penderita hipertensi tidak mengatur pola hidup, antara lain merokok, konsumsi minuman beralkohol, kurang aktivitas fisik, serta konsumsi buah dan sayur. (Depkes RI, 2018).

Hipertensi dikenal sebagai penyakit “*silent killer*” (Smeltzer & Bare, 2002). Hal ini dikarenakan individu yang menderita hipertensi sering kali tidak menunjukkan tanda-tanda hipertensi. Saat dilakukan pemeriksaan fisik pada individu yang mengalami hipertensi, tidak akan ditemukan data yang maladaptif selain tekanan darah yang melebihi batas normal. Keadaan seperti ini bisa menjadi salah satu stresor pada klien yang baru saja mengetahui dirinya terdiagnosa hipertensi. Stresor yang timbul pada diri seseorang dapat diselesaikan dengan cara yang adaptif atau maladaptif. Jika seseorang menyelesaikan dengan cara yang adaptif, maka stresor tersebut dapat terselesaikan tanpa menimbulkan masalah baru. Lain halnya dengan seseorang yang menanggapi stresor dengan cara yang maladaptif, maka akan menimbulkan masalah baru, yaitu masalah psikososial. Seseorang yang terdiagnosis hipertensi bisa saja mengalami masalah psikososial, diantaranya ansietas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa masalah psikososial yang mungkin saja terjadi pada klien yang menderita hipertensi adalah depresi, ansietas, masalah seksual, dan kerusakan memori (Sarhan, 2010). Selain itu, hasil penelitian yang dilakukan pada 86 orang yang baru terdeteksi hipertensi dan 98 orang yang sehat didapatkan hasil bahwa sebanyak 42-43 orang yang secara signifikan menunjukkan bahwa kecemasan memiliki nilai tertinggi dibandingkan depresi dalam peningkatan hipertensi (Bajko, 2012).

Ansietas merupakan perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya (NANDA, 2012). Ansietas diklasifikasikan ke dalam beberapa tingkatan, yaitu ansietas ringan, sedang, berat, dan panik (Fontaine & Fletcher, 2003).

Keadaan cemas yang dialami pada klien dengan hipertensi dapat memberikan efek sebab akibat. Hal ini disebabkan oleh cemas yang dapat menyebabkan hipertensi seseorang semakin meningkat dan hipertensi itu sendiri dapat menyebabkan kecemasan. Keadaan seperti ini terjadi disebabkan oleh mekanisme adaptasi fisiologis dimana jika terdapat stresor, terjadi respon adaptasi yang dikontrol oleh medula oblongata, formasi retikular, dan kelenjar hipofisis (Potter & Perry, 2005). Ketiga komponen dalam tubuh tersebut saling berkesinambungan dalam menjalankan fungsinya untuk mengontrol fungsi vital dalam tubuh ketika terdapat stresor, meningkatkan atau menurunkan fungsi vital. Fungsi vital yang dimaksud adalah frekuensi jantung, pernapasan, dan tekanan darah. Hal ini sesuai dengan beberapa hasil penelitian yang menunjukkan bahwa ansietas memiliki efek yang signifikan dalam meningkatkan Hipertensi (Bajko *et all*, 2012; Cheung *et all*, 2003).

Kecemasan yang terjadi pada seseorang harus segera diatasi. Keadaan ansietas yang terjadi pada seseorang yang memiliki masalah kesehatan fisik dapat memperburuk keadaan seseorang tersebut. Adapun yang dapat dilakukan untuk mengurangi respon fisiologis terhadap stres yang menimbulkan ansietas tersebut adalah dengan olahraga teratur, humor, nutrisi dan diet, istirahat, teknik relaksasi, dan spiritualitas (Potter & Peryy, 2005). Teknik yang diuraikan tersebut memiliki tujuan untuk memberikan efek relaks pada tubuh dimana pada saat relaks, tubuh melepaskan endorfin ke dalam sirkulasi yang dapat menghilangkan perasaan stres. Salah satu teknik yang sering digunakan untuk menurunkan tingkat ansietas salah satunya teknik relaksasi. Teknik relaksasi ini sangat efektif dalam menurunkan tingkat ansietas. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian dimana tingkat ansietas seseorang menurun setelah melakukan teknik relaksasi (Ali & Hasan, 2010; D'Silva *et all*, 2014).

Berdasarkan latar belakang maka penulis tertarik untuk mengambil masalah keperawatan mengenai kecemasan pada lansia dengan hipertensi dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Laporan Kasus Gerontik dengan Ansietas pada Lansia Hipertensi di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budi Luhur”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas penulis merumuskan masalah keperawatan ansietas pada lansia hipertensi di Pelayanan Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budi Luhur

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners adalah mampu menerapkan Asuhan Keperawatan Gerontik Dengan Ansietas pada Lansia Hipertensi di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budi Luhur.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada lansia dengan hipertensi.
- b. Menganalisi masalah pada lansia dengan hipertensi.
- c. Merumuskan diagnosa keperawatan pada lansia dengan hipertensi.
- d. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada lansia dengan hipertensi.
- e. Mengimplementasikan rencana tindakan keperawatan pada lansia dengan hipertensi.
- f. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada lansia dengan hipertensi

D. Manfaat

1. Teoritis

- a. Hasil penulisan diharapkan bermanfaat untuk meningkatkan wawasan pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik yang menderita kecemasan pada hipertensi di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budi Luhur.
- b. Memberi kontribusi terhadap pengembangan profesionalisme perawat dalam asuhan keperawatan lansia sebagai bentuk aplikasi program kesehatan masyarakat

2. Praktis

a. Bagi Lansia

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan dapat digunakan pada lansia dalam menerapkan tindakan yang tepat untuk mengatasi masalah ansietas pada hipertensi.

b. Bagi BPSTW

Diharapkan perawat lebih memahami dalam pemberian asuhan keperawatan khususnya kecemasan pada lansia hipertensi di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budi Luhur.

c. Bagi Universitas 'Aisyiyah

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan dapat menambah wacana bagi pembaca diperpustakaan terkait asuhan keperawatan gerontik dengan ansietas pada lansia hipertensi di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budi Luhur.

E. Ruang Lingkup

a. Ruang Lingkup Materi

Karya Ilmiah Akhir Ners ini termasuk dalam lingkup materi keperawatan gerontik. Masalah keperawatan yang dibahas dalam Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah ansietas pada lansia hipertensi di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budi Luhur.

b. Ruang Lingkup Pasien

Pasien dalam Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah lansia yang memiliki masalah ansietas dengan hipertensi pada Ny. P dan Ny. S di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budi Luhur.

c. Ruang Lingkup Waktu

Karya Ilmiah Akhir Ners ini dilakukan pada bulan Mei 2019 sampai dengan Agustus 2019 dimulai dari studi pendahuluan sampai dengan pengumpulan laporan.

d. Ruang Lingkup Tempat

Tempat pelaksanaan Karya Ilmiah Akhir Ners di Wisma C Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budi Luhur.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Lansia

a. Definisi

Menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada bab I pasal 1 ayat 2, yang dimaksud lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas. Manusia berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa dan akhirnya menjadi tua. Menurut Azizah (2011) menyatakan bahwa lansia dikatakan telah tua apabila seseorang telah menunjukkan ciri-ciri fisik seperti rambut putih (beruban) memiliki kerutan pada kulit, serta hilangnya gigi. Dimasa inilah seseorang akan mengalami kemunduran pada bagian fisik, mental dan sosial secara bertahap.

b. Proses Penuaan

Proses menjadi tua merupakan suatu proses yang akan terus berlanjut secara alamiah, yang dimulai sejak lahir dan pada umumnya dialami oleh makhluk hidup. Menjadi tua bukanlah suatu penyakit tetapi merupakan proses berkurangnya daya tahan tubuh untuk melawan rangsangan baik dari dalam maupun luar tubuh. Proses menua akan terlihat pada saat seseorang telah menginjak usia dewasa, seperti kehilangan jaringan otot, susunan syaraf, dan jaringan lain sehingga tubuh akan mengalami kemunduran secara perlahan dan akan meningkatkan kemungkinan terserang penyakit bahkan kematian. (Azizah, 2011).

2. Hipertensi

a. Definisi

Tekanan darah tinggi (*Hypertension*) secara umum diartikan tekanan sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg. Tekanan darah tinggi akan menjadi masalah serius jika tekanan darah tersebut persisten, tekanan yang terjadi akan membuat sistem sirkulasi dan organ yang mendapat suplai darah termasuk jantung dan otak menjadi terganggu, tekanan darah tinggi akan

menjadi masalah serius jika tekanan darah tersebut persisten, tekanan yang terjadi akan membuat sistem sirkulasi dan organ yang mendapat suplai darah termasuk jantung dan otak menjadi terganggu, tekanan darah tinggi akan mengakibatkan komplikasi serius dan penyakit kardiovaskular seperti serangan jantung, stroke, gagal jantung, kerusakan ginjal dan bahkan dapat merusak mata (Palmer & Williams, 2007).

b. Klasifikasi

World Health Organization (WHO) menetapkan klasifikasi hipertensi menjadi tiga tingkatan menurut Ode (2012) yaitu:

1) Tingkat I

Tekanan darah meningkat akan tetapi tanpa gejala-gejala dari gangguan atau kerusakan sistem kardiovaskuler.

2) Tingkat II

Tekanan darah dengan gejala hipertrofi kardiovaskuler, tetapi tanpa adanya gejala-gejala kerusakan atau gangguan dari alat atau organ lain.

3) Tingkat III

Tekanan darah meningkat dengan gejala-gejala yang jelas dari kerusakan dan gangguan faal dari target organ.

Menurut Wiria (2015) klasifikasi tekanan darah untuk usia dewasa 18 tahun keatas adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah

Kategori	Sistol (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Hipotensi	<100	<80
Normal	≤ 120	<85
Pre Hipertensi	120 – 139	80 – 89
Hipertensi		
Derajat I	140	90 – 99
Derajat II	≥160	≥100

c. Etiologi

Menurut Sutanto (2010) Hipertensi tidak hanya disebabkan oleh satu faktor penyebab yang spesifik saja, meskipun hal tersebut mungkin

saja terjadi. Berikut penyebab hipertensi lainnya akan dibahas lebih lanjut pada uraian di bawah ini :

1) Pola Makan

Makanan yang banyak mengandung garam dapat meningkatkan tekanan darah dalam tubuh. Hal ini dikarenakan sifat garam yang dapat menarik cairan, sehingga jika jumlah garam berlebihan dalam tubuh dapat menyebabkan viskositas darah meningkat yang akan menyebabkan jantung mengkompensasi keadaan ini dengan meningkatkan tekanan darah. (Sutanto, 2010)

2) Faktor Genetik

Apabila riwayat hipertensi didapat pada kedua orangtua maka dugaan hipertensi primer pada seseorang akan cukup besar. Hal ini terjadi karena pewarisan sifat melalui gen. Pengaruh genetika ini terjadi pula pada anak kembar yang lahir dari satu sel telur. Jika salah satu dari anak kembar adalah penderita hipertensi maka akan dialami juga oleh anak kembar yang lain (Sutanto, 2010).

3) Gender

Hipertensi berdasarkan gender ini dapat pula dipengaruhi oleh faktor fisiologis. Wanita seringkali mengadopsi perilaku tidak sehat seperti merokok dan pola makan (Sutanto, 2010).

4) Kurang Gerak

Kurang gerak tentu memiliki efek buruk yang dapat memicu terjadinya hipertensi, sebab kurang gerak cenderung dapat meningkatkan risiko penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah (Sutanto, 2010).

5) Usia

Menurut Palmer (2007, dalam Yekti, 2014) dikatakan bahwa Fungsi fisiologis tubuh mencapai puncaknya pada usia 20 dan 30 tahun. Kekuatan otot jantung berkurang dan fungsi lain dari jantung juga berangsur-angsur menurun sehingga pada lanjut usia tekanan darah akan meningkat secara bertahap, pada wanita hipertensi terjadi di atas 50 tahun, hal ini juga disebabkan karena terjadinya perubahan hormon sesudah menopause. Usia tua



tekanan darah cenderung akan meningkat seiring bertambahnya usia.

6) Rokok

Merujuk pada buku Prasetyaningrum dan Amir, (2014) Merokok merupakan penyebab kematian dan kesakitan yang paling bisa dicegah, karena zat kimia seperti karbon monoksida yang dihasilkan dari pembakaran tembakau dapat merusak lapisan pembuluh darah dan meningkatkan kadar lemak pada dinding pembuluh darah yang dapat menyebabkan penyumbatan. Karbon monoksida juga berbahaya bagi sel darah dan organ tubuh lainnya, seperti jantung, pembuluh darah, paru-paru bahkan organ reproduksi.

7) Stress

Stress dapat mempercepat produksi senyawa berbahaya, meningkatkan kecepatan denyut jantung dan kebutuhan akan suplai darah, dan tidak lama kemudian, meningkatkan tekanan darah serta menimbulkan serangan jantung dan stroke (Kowalski, 2010).

8) Obesitas

Daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah penderita obesitas dengan hipertensi lebih tinggi daripada dengan berat badan normal. Obesitas memiliki peluang lebih besar terkena hipertensi (Soenanto, 2009).

d. Manifestasi Klinis

Bila timbul gejala, penyakit ini sudah lanjut. Gejala yang biasa timbul yaitu sakit kepala, epistaksi, pusing, dan tinitus yang diduga berhubungan dengan naiknya tekanan darah, sama seringnya dengan yang tidak mengalami hipertensi. Namun gejala sakit kepala sewaktu bangun tidur, mata kabur, depresi, dan nokturia, ternyata meningkat pada hipertensi yang tidak diobati. Empat sekuele utama akibat hipertensi adalah Stroke, infark miokard, gagal ginjal, dan ensefalopati (Yekti, 2014).

e. Komplikasi

Menurut Sustrani, Alam, dan Hadibroto, (2006) Komplikasi yang diakibatkan oleh penyakit hipertensi yang sudah menahun atau konsisten akan mengakibatkan kematian, komplikasi yang biasa muncul akibat hipertensi yaitu:

1) Penyakit Jantung Koroner

Semakin lanjut usia seseorang akan mengakibatkan pembuluh darah semakin tidak elastis, terutama pada pembuluh darah di jantung, otak, dan ginjal. Hipertensi sering kali dikaitkan dengan kondisi jantung yang mengeras.

2) Gagal jantung

Payah jantung atau *congestif heart failur* adalah suatu kondisi dimana jantung tidak dapat memompa darah dengan maksimal keseluruh tubuh. Kondisi tersebut terjadi akibat otot jantung mengalami kerusakan.

3) Stroke

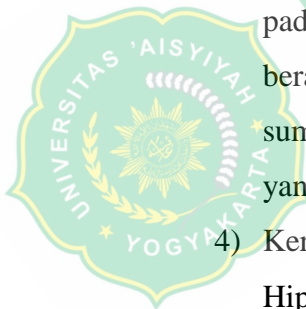
Hipertensi adalah faktor penyebab utama terjadinya stroke, karena tekanan darah yang terlalu tinggi dapat menyebabkan pembuluh darah yang sudah lemah menjadi pecah. Apabila hal ini terjadi pada pembuluh darah di otak, maka terjadi pendarahan otak yang berakibat pada kematian. Stroke juga dapat terjadi akibat sumbatan dari gumpalan darah yang terhambat di pembuluh darah yang sudah menyempit.

4) Kerusakan Ginjal

Hipertensi dapat menyempitkan dan menebalkan aliran darah yang menuju ginjal, yang berfungsi sebagai penyaring darah, dengan adanya gangguan tersebut, ginjal menyaring lebih sedikit cairan dan membuang kembali ke darah. Gagal ginjal dapat terjadi dan diperlukan cangkok ginjal baru.

5) Kerusakan penglihatan

Hipertensi dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah di mata atau retinopati. Sehingga menyebabkan penglihatan menjadi kabur bahkan dapat menyebabkan kebutaan.



f. Penatalaksanaan Hipertensi

Hipertensi dapat ditangani dengan dua cara yaitu :

1) Penanganan secara farmakologi

Penanganan ini dengan memberikan obat deuretik, bertabloker, antagonis kalsium, golongan penghambat konversu rennin angiotensi. (Nurarif dan Kusuma, 2015 dalam Sofiana, 2017).

2) Penanganan secara non-farmakologi

- a) Massage untuk memberikan rasa nyama dan ketika otot tegang, meningkatkan sirkulasi darah dan inisiasi respon rileksasi. Pelepasan otot tegang akan memberikan keseimbangan dan koordinasi sehingga tidur lebih nyeyak dan sebagai pengontrol nyeri secara non-farmakologi
- b) Menurunkan berat badan pada obesitas
- c) Meningkatkan aktifitas fisik atau kegiatan sehari-hari
- d) Mengurangi asupan nutrium
- e) Mengurangi konsimsi kafein dan alkohor (Widyastuti, 2014 dalam Sofiana, 2017).

3. Kecemasan

a. Definisi

cemas didefinisikan sebagai perasaan samar-samar, subjektif, gelisah, ketakutan, perhatian, perasaan tidak aman, dan terkadang merasa takut atau perasaan bersalah yang merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memungkinkan individu untuk bertindak menghadapi ancaman normal (Fortinash & Holoday-Worret, 1999; NANDA 2012). Ansietas didefinisikan juga sebagai perasaan yang tidak nyaman yang terjadi sebagai respon untuk menghadapi rasa takut akan rasa sakit atau kehilangan sesuatu yang berharga (Fontaine & Fletcher, 2003). Ansietas merupakan perasaaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi (Videbeck, 2008).

b. Klasifikasi Kecemasan

Menurut Videbeck 2008 cemas dibagi menjadi 4 klasifikasi, yakni sebagai berikut

- 1) Cemas ringan adalah perasaan bahwa ada sesuatu yang berbeda dan membutuhkan perhatian khusus. Pada tingkatan ini, seseorang masih mampu untuk memfokuskan pikiran untuk belajar, menyelesaikan masalah, berpikir, bertindak, merasakan, dan melindungi dirinya sendiri.
- 2) Cemas sedang merupakan perasaan yang mengganggu bahwa ada sesuatu yang benar-benar berbeda, individu menjadi gugup atau agitasi.
- 3) Cemas berat dialami seseorang ketika merasa yakin bahwa ada sesuatu yang berbeda dan ada ancaman yang akan memperlihatkan respon takut dan distress.
- 4) Panik. Jika seorang individu berada pada rentang ansietas ini, semua pemikiran rasional terhenti dan individu tersebut mengalami respon *fight, flight*, atau *freeze*.

c. Tanda Dan Gejala Kecemasan

1) Respons fisik

a) Kardiovaskular

Palpitasi, jantung bedebat, tekanan darah meningkat, denyut nadi cepat.

b) Pernafasan

Napas cepat, napas pendek, tekanan pada dada, napas dangkal, pembengkakan pada tenggorokan.

c) Neuromuskular

Refleks Meningkat, Insomnia, Tremor, Gelisah, Wajah Tegang, Kelemahan Umum, Kaki Goyah, Gerakan yang Janggal.

d) Gastrointestinal

Anoreksia, diare/konstipasi, mual, rasa tidak nyaman pada abdomen.

e) Traktur Urinarius

Sering Berkemih Dan Tidak Dapat Menahan Kencing.

f) Kulit

Wajah Kemerahan, Berkeringat, Gatal



2) Respons Kognitif

Lapang persepsi menyempit, tidak mampu menerima rangsang luar, berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya.

3) Respons Perilaku

Gerakan tersentak-sentak, bicara berlebihan dan cepat, perasaan tidak aman, perilaku yang tidak wajar.

4) Respons Emosi

Menyesal, iritabel, kesedihan mendalam, takut, gugup, sukacita berlebihan, ketidakberdayaan meningkat secara menetap, ketidakpastian, kekhawatiran meningkat, fokus pada diri sendiri, perasaan tidak adekuat, ketakutan, distressed, khawatir, prihatin.

Perasaan cemas yang dirasakan oleh seorang individu dapat membahayakan jika individu tersebut merasa khawatir yang berlebihan tentang masalah yang sedang terjadi atau berpotensi untuk terjadi. Hal ini dikarenakan pada saat seorang individu berada pada situasi seperti ini, hanya akan menghabiskan tenaga, menimbulkan rasa takut, dan hanya akan menghambat produktivitas individu tersebut dalam berbagai aspek. Selain itu, saat seseorang mengalami ansietas, respon sistem saraf otonom akan menimbulkan aktivitas involunter pada tubuh. Pada saat individu dihadapkan pada tanda-tanda bahaya, serabut saraf simpatik akan mengaktifkan tanda-tanda vital sebagai bentuk pertahanan tubuh. Dalam hal ini, kelenjar adrenal akan melepas adrenalin (epinefrin) yang menyebabkan tubuh mengambil lebih banyak oksigen, mendilatasi pupil, dan meningkatkan tekanan arteri serta frekuensi jantung sambil membuat konstiksi pembuluh darah perifer dan memirau darah dari sistem gastrointestinal dan reproduksi serta meningkatkan glikogenolisis menjadi glukosa bebas untuk membantu jantung, otot, dan sistem saraf pusat (Videbeck, 2008). Ketika tanda bahaya tersebut berakhir, serabut saraf pusat simpatis akan mengembalikan kondisi tubuh kembali ke normal. Oleh karena itu hal inilah yang mendasari mengapa ansietas penting untuk diatasi dengan cara yang tepat. (Ramadhani, 2014).

d. Cara mengukur tingkat kecemasan

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya symptom pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 syptoms yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor(skala likert) antara 0 (Nol Present) sampai dengan 4 (severe).

Skala HARS pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian. Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang valid dan reliable. Dikutip dari penelitian yang dilakukan Thompson (2015) untuk mengukur tingkat kecemasan pada lansia skala HARS terdiri dari 14 item, yaitu sebagai berikut:

- 1) Perasaan Cemas firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tensinggung.
- 2) Ketegangan merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.
- 3) Ketakutan : takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar.
- 4) Gangguan tidur: sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.
- 5) Gangguan kecerdasan : penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit konsentrasi.
- 6) Perasaan depresi : hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hoby, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
7. Gejala somatik: nyeni path otot-otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.

8. Gejala sensorik: perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah.
9. Gejala kardiovaskuler : takikardi, nyeri di dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap.
10. Gejala pemapasan : rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas panjang dan merasa napas pendek.
11. Gejala gastrointestinal: sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas di perut.
12. Gejala urogenital : sering kencing, tidak dapat menahan kencing
13. Gejala vegetatif : mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala.
14. Perilaku sewaktu wawancara: gelisah, jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat, nafas pendek dan cepat

Menurut Thompson (2015) cara penilaian kecemasan menggunakan HARS adalah dengan memberikan nilai dengan kategori:

- 1) 0 = tidak ada gejala sama sekali
- 2) 1 = Satu dari gejala yang ada
- 3) 2 = Sedang/ separuh dari gejala yang ada
- 4) 3 = berat/lebih dari $\frac{1}{2}$ gejala yang ada
- 5) 4 = sangat berat semua gejala ada

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlahkan skor pada 14 item, dengan kategori skor sebagai berikut:

- 1) Skor kurang dari 6 = tidak ada kecemasan.
- 2) Skor 7 – 14 = kecemasan ringan.
- 3) Skur 15 – 27 = kecemasan sedang.
- 4) Skor lebih dari 27 = kecemasan berat.

e. Cara mengontrol kecemasan pada lansia

Berdasarkan bebrapa penelitian terdapat beberapa cara untuk mengontrol cemas pada lansia, antara lain sebagai berikut

1) Teknik Relaksasi Otot Progresif

Teknik relaksasi otot progresif bermanfaat untuk meningkatkan kerja sistem saraf parasimpatis dan memanipulasi hipotalamus melalui

pemutusan pikiran untuk membangun sikap atau pemikiran positif sehingga rangsangan cemas pada hipotalamus berkurang. Aktivitas dan sistem parasimpatis disebut juga *Trophotropic* yang dapat menyebabkan perasaan ingin istirahat, dan perbaikan fisik tubuh (Yuliati, 2018). Berdasarkan penelitian yang dilakukan Anisa (2016) pada 36 lansia, didapatkan hasil bahwa adanya penurunan tingkat kecemasan pada lansia yang telah diberikan teknik relaksasi otot progresif.

2) Terapi Musik

Mendengarkan sebuah musik dapat menurunkan respon psikologis kecemasan karena hal ini merupakan salah satu bentuk relaksasi yang bisa mensinkronisasi ritme tubuh dengan cara menstimulasi seseorang untuk merasakan ketenangan dengan adanya fibrasi (Junaidi, 2010).

3) Hipnoterapi

Menurut Irfan (2010) hipnoterapi merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan untuk menangani masalah psikologis. Hal ini dikarenakan orang yang dilakukan hipnoterapi akan memasuki kondisi relaks, dimana keadaan tersebut memiliki tingkat tinggi untuk masuknya sugesti karena subjek sedang dalam keadaan trance. Ketika dalam kondisi trance tersebut, seorang individu berada di alam bawah sadar, dan mudah diberikan sugesti. (Clinical Hypnotherapy, 2010)

4. Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik

Asuhan keperawatan gerontik diawali dengan pendekatan baik secara fisik, psikis, sosial dan spiritual agar bisa mendapatkan hasil yang optimal. Tujuan dari asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian. Setelah pengkajian dilakukan selanjutnya menegakkan diagnosa keperawatan setelah diagnosa ditegakkan maka menyusun rencana tindakan yang akan diberikan kepada klien, kemudian melakukan implementasi sesuai dengan yang sudah di rencanakan dan yang terakhir mengevaluasi tindakan yang sudah diberikan untuk melihat tingkat keberhasilan asuhan keperawatan yang sudah diberikan (Sunaryo, 2015).

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap pertama yang harus dilakukan oleh perawat dalam proses memberikan asuhan keperawatan,

pengkajian dilakukan untuk mengumpulkan informasi atau data yang sesuai agar mengetahui berbagai masalah yang dialami klien baik masalah fisik, psikis, sosial dan spiritual. Pengkajian juga merupakan suatu proses dimana untuk mengetahui masalah yang dihadapi klien tidak hanya saat ini akan tetapi riwayat sebelumnya, dalam proses keperawatan terdapat 2 proses yaitu proses pengumpulan data dan verifikasi, baik data dari sumber primer maupun sekunder, proses yang kedua yaitu menganalisis semua keluhan atau data yang didapatkan untuk menarik atau menegaskan suatu diagnosa keperawatan. Format pengkajian yang harus ada dan dikembangkan yaitu data dasar yang terdiri dari identitas, alamat, usia, pendidikan, pekerjaan, agama, suku, tanggal pengkajian. Kemudian dikembangkan lagi dengan mencari data bio-psiko-sosial-spiritual dengan cara wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik *Comprehensive Geriatric Assesment* (CGA) (Potter & Perry, 2013).

b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan sebagai suatu kesimpulan hasil dari analisa data pengkajian yang didapatkan dari *Nursing Diagnoses : Definition and Classification* atau biasa disebut NANDA (2018) menyebutkan bahwa suatu buku yang merumuskan diagnosa keperawatan menggunakan diagnosa keperawatan tunggal tanpa etiologi.

Ansietas Domain 9 Kelas 2 kode diagnosis 00146 (NANDA, 2018), Ansietas didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon otonom (sumber sering sekali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu); perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya.

Gangguan pola tidur Domain 4 kelas 1 kode diagnosis 00918 (NANDA, 2018), gangguan pola tidur didefinisikan interupsi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat fakto eksternal.

Risiko jatuh Domain 11 kelas 2 kode diagnosis 00155 (NANDA, 2018), risiko jatuh didefinisikan peningkatan rentan jatuh, yang dapat membahayakan fisik dan gangguan kesehatan.

c. Intervensi

Dalam memberikan asuhan keperawatan ada 2 tahap yaitu pertama mendapatkan tujuan dan hasil yang diharapkan untuk klien, yang kedua perencanaan keperawatan untuk menyusun rencana intervensi yang akan diimplementasikan kepada klien. Merencanakan tujuan dan kriteria hasil seorang perawat harus menggunakan pedoman keperawatan yaitu *Nursing Outcome Classification* (NOC), dan saat perawat mulai merencanakan intervensi keperawatan yang akan diberikan kepada klien perawat harus menggunakan *Nursing Interventions Classification* (NIC) sebagai acuan dalam melakukan asuhan keperawatan (Potter dan Perry, 2013).

1) Diagnosis Ansietas

Tabel 2.2. Diagnosis Ansietas

Diagnosis	NOC	NIC
Ansietas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x12 jam, diharapkan masalah ansietas dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Anxiety level (1211)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Kecemasan (Skala 3 ke 5) 2 Perasaan gelisah (skala 3 ke 5) <p>Knowledge: Disease Process (1803)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengetahuan tentang penyebab penyakit (skala 2 ke 4) 2. Pengetahuan tentang pencegahan penyakit (skala 2 ke 4) <p>Anxiety self-control (1402)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi teknik untuk mengontrol cemas (Skala 2 ke 5) 2. Menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas (Skala 2 ke 5) 	<p>Anxiety Reduction (5510)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya antara perawat-klien 2. Kaji tingkat ansietas dan diskusikan penyebab bila mungkin 3. Ka kaji ulang keadaan umum klien dan TTV 4. Berikan penjelasan pada klien tentang penyakitnya. 5. Ajarkan cara menangani kecemasan <p>Relaxation Therapy (6040)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman 2 Minta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi 3 Tunjukkan dan praktikan teknik relaksasi pada klien

2) Diagnosis Gangguan Pola Tidur

Tabel 2.3. Diagnosis Gangguan Pola Tidur

Diagnosis	NOC	NIC
Gangguan Pola Tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x12 jam, diharapkan masalah gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil:	<i>Sleep Enhancement (1850)</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola dan waktu tidur klien 2. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat 3. Bantu menghilangkan situasi stress sebelum tidur 4. Ajarkan klien bagaimana melakukan relaksasi otot atau bentuk nonfarmakologi lainnya.
	<i>Sleep (0004)</i> <ul style="list-style-type: none"> - Kualitas tidur (Skala 3 ke 5) - Pola tidur (Skala 3 ke 5) - Mudah bangun pada saat yang tepat (Skala 3 ke 5) 	<i>Relaxation Therapy (6040)</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman 2. Minta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi 3. Tunjukkan dan praktikan teknik relaksasi pada klien Dorong klien untuk mengulang praktek teknik relaksasi

3) Diagnosis Risiko Jatuh

Tabel 2.4. Diagnosis Risiko Jatuh

Diagnosis	NOC	NIC
Risiko Jatuh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x12 jam klien tidak mengalami jatuh, dengan kriteria:	<i>Fall Prevention (6490)</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengetahuan klien tentang lingkungan sekitar wisma dapat meminimalisir risiko jatuh 2. Alat bantu dapat meminimalisir risiko 3. Dapat membentuk kemampuan otot-otot klien
	<i>Knowledge: Fall Prevention (1828)</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mengidentifikasi bahaya lingkungan yang dapat meningkatkan cedera (Skala 3 ke 5) 2. Kemampuan menggunakan alat bantu untuk menghindari cedera (Skala 3 ke 5) 3. Kemampuan mempraktekan gerakan latihan keseimbangan (Skala 2 ke 5) 	



a. Implementasi

Tahap selanjutnya dalam asuhan keperawatan yaitu implementasi atau tindakan yang diberikan kepada klien dengan melakukan tindakan sesuai dengan yang sudah direncanakan pada tahap intervensi. Tahap implementasi merupakan suatu proses pelaksanaan tindakan yang dilakukan secara spesifik dalam proses perencanaan yang dilakukan dengan cara bekerja sama dengan klien baik itu individu, keluarga, komunitas, masyarakat maupun dengan tim kesehatan yang lain (Nurarifah, 2015).

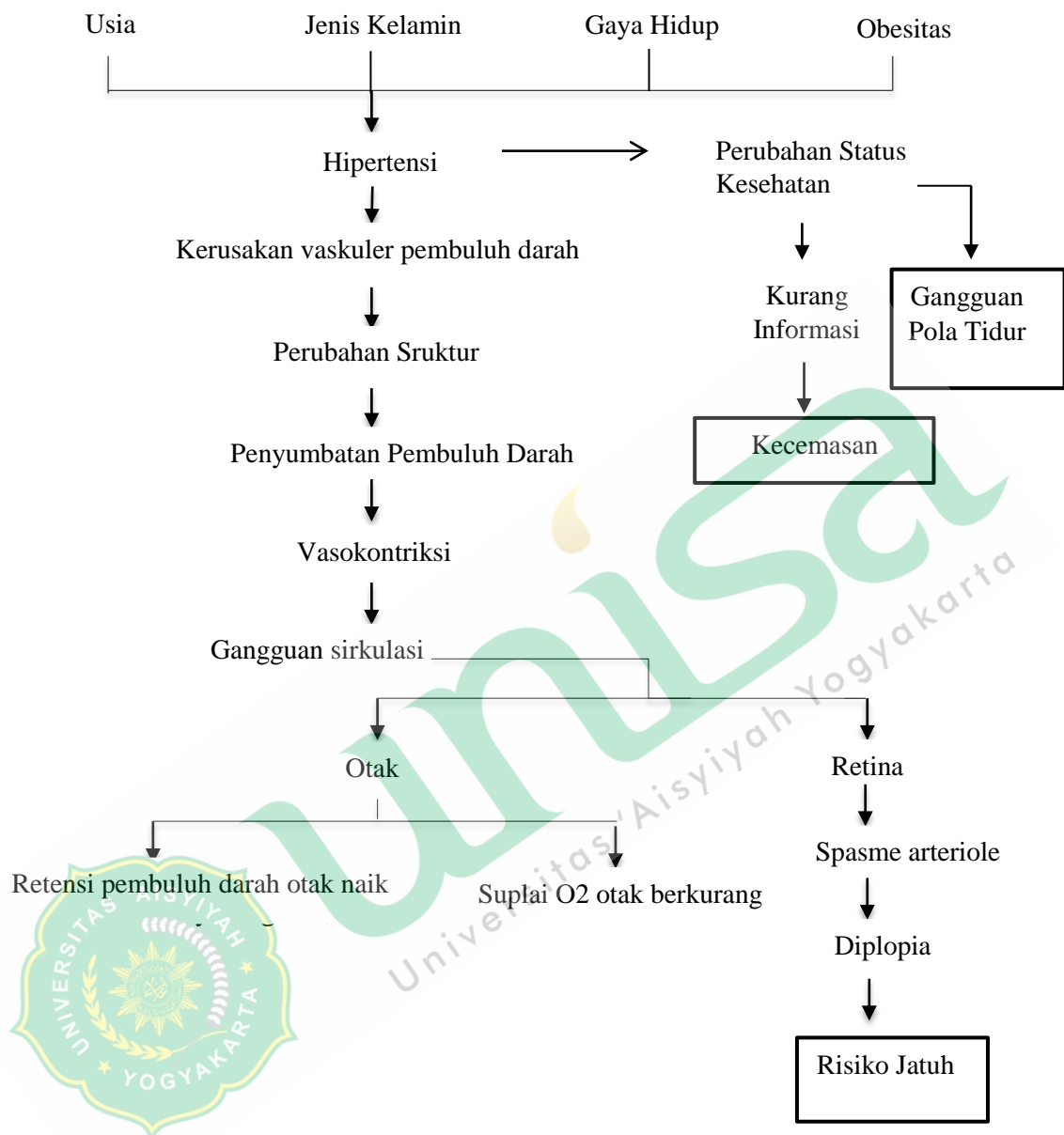
Menerapkan implementasi keperawatan yang telah dilakukan harus berdasarkan intervensi yang sudah terbukti seperti penelitian yang terkait intervensi yang akan diberikan. Sehingga menjamin keamanan dan keefektifan tindakan yang diberikan pada lansia, dalam melakukan implementasi perawat harus kritis dalam menilai dan mengevaluasi respon lansia terhadap implementasi dan intervensi yang diberikan. (Sartika, 2014).

b. Evaluasi

Tahap akhir dari asuhan keperawatan adalah evaluasi dimana pada tahap ini perawat atau pemberi asuhan dapat menilai hasil dari asuhan yang sudah diberikan apakah sudah terpenuhi atau belum. Evaluasi bukan untuk melaporkan hasil intervensi Tahap evaluasi dapat dilakukan dengan melakukan dokumentasi menggunakan format SOAP (Subjek, Objek, Assesmen, Planning) untuk mengevaluasi hasil intervensi yang telah diberikan kepada klien (Potter & Perry, 2013).



B. Pathway



Gambar 2.1 Pathway

C. Tinjauan Islam

1. Al-Qur'an

Allah telah menjelaskan dalam surat Yasin ayat 68, bahwa siapa yang dipanjangkan umurnya sampai usia lanjut akan dikebalikan menjadi lemah seperti keadaan semula. Keadaan itu ditandai dengan rambut yang mulai memutih, penglihatan mulai kabur, pendengaran mulai berkurang, gigi mulai

berkurang, kulit mulai keriput, langkahpun mulai pelan. Keadaan ini adalah sunnatullah yang tidak bisa ditolak oleh siapapun.

Keadaan pada usia lanjut yang semakin melemah merupakan suatu pertanda dari Allah SWT, bahwa kehidupan dunia akan segera berahir. Kebanyakan pada orang Indonesia masa lemah mulai muncul ketika seseorang sudah mencapai usia 60 tahun. Memasuki usia seperti itu tidak sedikit orang yang masih energik sibuk dengan urusan duniawi, ada juga yang memulai memikirkan bekal untuk kehidupan akhirat. Beberapa ayat Al-Qur'an tentang usia lanjut, agar lansia dapat melalui hari tuanya serta sakratul mautnya dengan baik.

وَمَنْ نُّعَمِّرْهُ نُنَكِّسْهُ فِي الْخَلْقِ أَفَلَا يَعْقِلُونَ ﴿٦٨﴾

Artinya: *“Dan barangsiapa yang Kami panjangkan umurnya niscaya Kami kembalikan dia kepada kejadian(nya) . Maka apakah mereka tidak memikirkan?” (Qs.Yasin, 68).*

Ayat diatas menjelaskan bahwa siapa yang dipanjangkan usianya akan dikembalikan menjadi lemah seperti keadaan semula. Bahkan ada yang dikembalikan seperti keadaan masih bayi, lemah tidak berdaya dan tidak mengetahui apa-apa yang pernah diketahuinya.

D. Metodologi Penelitian

1. Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian studi kasus observasional

2. Objek Penelitian

Objek penelitian ini adalah lansia dengan hipertensi di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha (BPSTW) Yogyakarta Unit Budi Luhur.

3. Teknik Pengumpulan Data

a. Data Primer

Menurut Sugiyono (2015) data primer adalah data yang diperoleh langsung dari sumber pertama, atau data yang diperoleh secara langsung oleh peneliti.

Data primer pada penelitian ini diperoleh dari:

1) Observasi

Observasi adalah proses pengambilan data dalam penelitian, dimana peneliti atau pengamat akan melihat situasi klien (Dharma, 2012).

2) Wawancara

Wawancara adalah suatu proses yang memperoleh data atau keterangan untuk tujuan penelitian, wawancara dilakukan dengan cara tanya jawab dimana peneliti dan klien saling bertatap muka. Wawancara dilakukan untuk mendapatkan data atau keterangan yang valid sesuai fakta, memperkuat kepercayaan, memperkuat perasaan, mengenali standar kegiatan dan untuk mengetahui alasan klien (Hanan, 2016). Pada wawancara penelitian ini, peneliti menggunakan format pengkajian yang sudah ada, dan menggunakan kuesioner HARS sebagai alat ukur tingkat kecemasan

3) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh klien secara keseluruhan atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu, untuk memperoleh data yang sistematis dan komprehensif, memastikan/membuktikan hasil anamnesa, menentukan masalah dan merencanakan tindakan keperawatan yang tepat bagi klien. (Sartika, 2010)

b. Data Sekunder

Menurut Sugiyono (2015) data sekunder adalah sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, yakni pengumpulan data yang bukan melalui sumber pertama atau bukan data yang diperoleh secara langsung oleh peneliti. Pada penelitian ini penulis menggunakan data sekunder berupa rekam medis untuk melihat data demografi klien

4. Teknik Analisis Data

Analisis data dalam penelitian kualitatif merupakan proses pelacakan dan pengaturan secara sistematis transkrip wawancara, catatan lapangan, dan bahan-bahan lain yang dikumpulkan untuk meningkatkan penemuannya terhadap bahan-bahan tersebut agar dapat diinterpretasi temuannya terhadap orang lain.

Tahapan penelitian yang dilakukan oleh peneliti meliputi :

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah kegiatan mencari data di lapangan yang akan digunakan untuk menjawab permasalahan penelitian (Andiazamuddin, 2015).

b. Reduksi data

Reduksi data adalah proses analisis data yang dilakukan mereduksi dalam merangkum hasil-hasil penelitian dengan memfokuskan pada hal-hal yang dianggap penting oleh peneliti. Reduksi data bertujuan untuk mempermudah pemahaman dengan data yang telah didapatkan sehingga data yang direduksi memberikan gambaran yang rinci. (Sugiyono, 2015).

c. Penyajian data

Penyajian data adalah salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah dilakukan sesuai dengan tujuan yang diinginkan (Wilis, 2016).

d. Penarikan kesimpulan

Penarikan kesimpulan merupakan tahap akhir dalam proses penelitian untuk memberikan makna terhadap data yang telah dianalisis. (Sugiyono, 2015).



Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

BAB III

LAPORAN KASUS

A. Data Kasus Kelolaan

1. Data Umum Klien

IDENTITAS PASIEN

- a. Nama
- b. Jenis Kelamin
- c. Usia
- d. Agama
- e. Status
- f. Pendidikan
- g. Pekerjaan
- h. Alamat
- i. Diagnosa medis
- j. Tanggal Masuk BPSTW
- k. Tanggal Pengkajian

KASUS 1

Ny. P
Perempuan
70 tahun
Islam
Ceraai Mati
SD
Tidak Bekerja
Piyungan, Yogyakarta
Hipertensi
21-12-2018
15-05-2019

KASUS 2









Ny. S
Perempuan
76 tahun
Islam
Ceraai Mati
Tidak Sekolah
Tidak Bekerja
Balapan, Yogyakarta
Hipertensi
11-04-2014
15-05-2019

2. Hasil Pengkajian

Tabel 3.1 Data Pengkajian Pasien

Pengkajian	Kasus 1 (Ny.P)	Kasus 2 (Ny.S)
a. Riwayat Kesehatan		
1 Keluhan utama saat pengkajian	Ny. P kurang lebih sudah 5 bulan berada di BPSTW, Ny.P mengatakan TD nya mulai tinggi setelah beberapa bulan terakhir berada di BPSTW, sebelumnya Ny.P tidak pernah mengalami darah tinggi. Ny. P mengatakan khawatir dengan kesehatannya, sehingga Ny.P tidak mau alat makan dan minumannya disatukan dengan alat makan dan minum teman satu	Ny. S merasa khawatir dengan TD yang sering tinggi. Ny. S takut terkena stroke akibat tensinya yang sering tinggi, karena Alm. Suami Ny.S meninggal akibat stroke. Ny. S juga merasa takut apabila terkena stroke tidak akan ada yang merawat, karena teman-teman satu wisma terlalu cuek. Ny. S sering tidak bisa tidur jika malam hari karena

Pengkajian	Kasus 1 (Ny.P)	Kasus 2 (Ny.S)
	wisma, Ny. P juga harus mencuci alat makan dan minumannya berkali-kali sebelum dan setelah digunakan hingga dirinya benar-benar yakin alat makan tersebut sudah bersih. Ny.P juga mengatakan kalau malam sulit tidur karena risih dan Ny. P juga takut terkena penyakit lainnya karna kamarnya disatukan dengan orang lain	terbayang-bayang kondisinya. Ny.S juga sering mimpi tentang Alm. Suami lalu terbangun dan sulit untuk tidur kembali
2 Riwayat Penyakit Sekarang	Ny. P mengatakan penyakit yang dia derita sekarang adalah hipertensi dan asam urat	Ny. S mengatakan penyakitnya sekarang adalah hipertensi
3 Riwayat Penyakit Dahulu	Ny. P belum pernah dirawat di RS. Ny. P mengatakan tidak memiliki alergi terhadap makanan, Ny. P mengatakan tidak suka mengkonsumsi kopi dan merokok.	Ny. S mengatakan tidak pernah dirawat di rumah sakit, kalau sakit Ny. S hanya di rawat jalan. Ny. S juga tidak memiliki riwayat alergi, dan mengatakan tidak suka mengkonsumsi kopi dan merokok.
4 Riwayat Keluarga	Ny. P mengatakan dikeluarganya tidak ada yang memiliki riwayat hipertensi.	Ny. S mengatakan selain Alm. suaminya tidak ada keluarga yang menderita Hipertensi.
5 Genogram	<p>Ket:</p>	<p>Ket:</p>

Pengkajian	Kasus 1 (Ny.P)	Kasus 2 (Ny.S)
	<p>  : Perempuan  : Meninggal  : Laki-laki  : Klien </p> <p>Klien merupakan generasi ke tiga, klien menikah dua kali. Kedua anak klien dari suami pertama sudah meninggal dunia, lalu klien menikah lagi, suami kedua klien pun meninggal dunia tanpa dikaruniai anak.</p>	<p>  : Perempuan  : Meninggal  : Laki-laki  : Klien </p> <p>Klien merupakan generasi ke tiga. Klien hanya memiliki satu anak perempuan namun sudah meninggal dunia</p>
b. Tinjauan Sistem		
1 Kepala	Kepala simetris, tidak ada lesi, rambut beruban, lurus, leher simetris, tidak ada luka, tidak ada pembengkakan.	Kepala simetris, tidak ada lesi, rambut hitam, lurus, leher simetris, tidak ada luka, tidak ada pembengkakan
2 Mata	Mata tampak simetris. Tidak ada gangguan penglihatan. Mata tampak merah. Terdapat warna kehitaman pada lingkaran area mata	Mata tampak simetris. Tidak ada gangguan penglihatan. Mata tampak merah. Terdapat warna kehitaman pada lingkaran area mata
3 Hidung dan mulut	Hidung tampak simetris, bibir lembab, mulut bersih gigi sudah banyak yang tanggal.	Hidung tampak simetris, mukosa tidak pucat. Bibir lembab, gigi sudah banyak yang tanggal
4 Telinga	Telinga simetris, tidak ada bekas luka, tidak ada darah atau secret keluar dari telinga, tidak ada nyeri tekan, pendengaran baik.	Telinga simetris, tidak ada bekas luka, tidak ada darah atau secret keluar dari telinga, tidak ada nyeri tekan, pendengaran berkurang
5 Dada	Gerakan dada simetris, gerakan dinding dada simetris, tak nampak jejas, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada krepitasi, suara sonor /resonan	Gerakan dada simetris, gerakan dinding dada simetris, tak nampak jejas, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada krepitasi, suara sonor /resonan
6 Abdomen	bentuk perut flat, tidak ada lesi dan tumor, Tak teraba tumor, tidak ada nyeri tekan, suara Timpani di atas viscera yang terisi oleh udara, bising usus 16x /menit	bentuk perut flat, tidak ada lesi dan tumor, Tak teraba tumor, tidak ada nyeri tekan, suara Timpani di atas viscera yang terisi oleh udara, bising usus 14 /menit
7 Sistem saraf	GCS = E:4 V:5 M:6 (<i>Composmentis</i>) Pemeriksaan meningeal	GCS = E:4 V:5 M:6 (<i>Composmentis</i>) Pemeriksaan meningeal

Pengkajian	Kasus 1 (Ny.P)	Kasus 2 (Ny.S)
	<ul style="list-style-type: none">- Tidak ada kaku kuduk Pemeriksaan nervus cranialis <ul style="list-style-type: none">- Fungsi sensorik normal, tidak ada gangguan Pemeriksaan sensibilitas: <ul style="list-style-type: none">- Rasa raba (+)- Rasa nyeri (+) ketika dirangsang nyeri	<ul style="list-style-type: none">- Tidak ada kaku kuduk Pemeriksaan nervus cranialis <ul style="list-style-type: none">- Fungsi sensorik normal, tidak ada gangguan Pemeriksaan sensibilitas: <ul style="list-style-type: none">- Rasa raba (+)- Rasa nyeri (+) ketika dirangsang nyeri
8 Sistem kardiovaskuler	Nadi teraba, tidak ada suara tambahan, suara I: LUP dan Suara II: DUP. Nadi: 75 x/menit TD : 155/80 mmhg	Nadi teraba, tidak ada suara tambahan, suara I: LUP dan Suara II: DUP. Nadi: 65x/menit TD: 160/70mmHg
9 Sistem pernafasan	Nafas vasikuler, tidak ada suara nafas tambahan. RR: 27x/menit	Nafas vasikuler, tidak ada suara nafas tambahan. RR: 20x/menit
10 Sistem muskuloskeletal	Pasien tampak merespon, pasien berbaring dengan posisi terlentang. tidak ada kelumpuhan tetapi kaki sudah mulai lemah dan tidak ada sianosis. <div><div>5</div><div>5</div><div>4</div><div>4</div></div>	Pasien tampak merespon dengan baik, pasien berbaring dengan posisi terlentang, tidak ada kelumpuhan tetapi kaki mulai lemah dan tidak ada sianosis. <div><div>5</div><div>5</div><div>3</div><div>3</div></div>
11 Sistem integument	Warna kulit sawo matang berambut halus	Warna kulit sawo matang berambut halus
12 Sistem endokrin	Tak tampak pembesaran kelejar tiroid	Tidak ada pembesaran kelejar tiroid
13 Sistem perkemihan	Tidak ada nyeri BAK.	Tidak ada nyeri BAK.
14 Sistem imun	Tidak ada alergi obat, makanan, debu, suhu ataupun bulu binatang.	Tidak ada alergi obat, makanan, debu, suhu ataupun bulu binatang.
15 Ekstremitas	Tangan dan kaki baik kiri maupun kanan masih berfungsi dengan baik, namun kadang-kadang nyeri.	Tangan dan kaki baik kiri maupun kanan masih berfungsi dengan baik, namun kadang-kadang nyeri pada bagian kaki.
c. Aktivitas Sehari-hari		
1. Nutrisi	Ny. P makan 3 kali sehari, makanan sudah di sediakan di BPSTW sehingga makannya teratur, dan mengkonsumsi buah,	Ny. S makan 3 kali sehari, makanan sudah di sediakan di BPSTW sehingga makannya teratur, dan mengkonsumsi

Pengkajian	Kasus 1 (Ny.P)	Kasus 2 (Ny.S)
	susu dan sayur setiap hari	buah, susu dan sayur setiap hari
2. Cairan	Ny. P minum 4-5 gelas perharinya karena Ny. P mengatakan bahwa Ny. P memang suka banyak minum terutama air putih, di PSTW sendiri sudah disediakan tempat minum untuk lansia sehingga mempermudah lansia untuk mengambil minum.	Ny. S minum 3-5 gelas perharinya karena Ny. S mengatakan kadang minum teh tetapi kebanyakan minum air putih, di PSTW sendiri sudah disediakan tempat minum untuk lansia sehingga mempermudah lansia untuk mengambil minum.
3. Eliminasi	BAK lancar 5-7 x dalam sehari, tidak ada inkontinensia urin	BAK lancar 6-7 x dalam sehari, tidak ada inkontinensia urin
4. Istirahat tidur	Ny. P mengatakan sulit tidur dan bangun jam 3 pagi	Ny. S mengatakan sulit tidur suka terbangun tanpa sebab, Ny. S bangun jam 3 pagi.
5. Olahraga	Ny. P rutin mengikuti senam lansia setiap hari yang sudah diprogram oleh petugas PSTW.	Ny. S tidak melakukan olah raga seperti lansia lainnya dikarenakan kakinya sakit dan sudah sedikit sulit untuk beraktivitas di luar ruangan wisma
6. Aktivitas/mobilisasi	Setiap hari mengikuti kegiatan yang sudah dijadwalkan PSTW seperti, kegiatan senam, keislaman, keterampilan, dan kesenian seperti menyanyi	Tidak mengikuti kegiatan yang ada di PSTW dikarenakan Ny. S kakinya sakit dan sudah sedikit sulit untuk beraktivitas di luar ruangan wisma
7. Psiko-Sosial- Spiritual	Ny. P beraga islam dan melakukan sholat lima waktu di wisma dan kadang kemushola PSTW, dan sering mengikuti kajian islami rutin setiap hari Jum'at.	Ny. S beragama islam dan melakukan sholat lima waktu di wisma.
d. Pengkajian Fungsional Klien		
1. KATZ INDEKS	Ny. P termasuk dalam kategori A karena semuanya masih bisa dilakukan secara mandiri tanpa pengawasan, pengarahan, atau bantuan dari orang lain diantaranya makan, kontenensia (BAB, BAK), menggunakan pakaian, pergi ketoilet, berpindah dan mandi	Ny. S termasuk dalam kategori A karena semuanya masih bisa dilakukan secara mandiri tanpa pengawasan, pengarahan, atau bantuan dari orang lain diantaranya makan, kontenensia (BAB, BAK), menggunakan pakaian, pergi ketoilet, berpindah dan mandi

3. Modifikasi dari bartel indeks

Tabel 3.2 Pengkajian Modifikasi dari bartel indeks

No	Kriteria	KASUS 1 (Ny. P)			KASUS 2 (Ny. S)		
		Dengan bantuan	Mandiri	Keterangan	Dengan bantuan	Mandiri	Keterangan
1.	Makan		10	Ferekuensi : 3x Jumlah : ½ porsi Jenis : nasi, lauk, sayur		10	Ferekuensi : 3 x Jumlah : ½ porsi Jenis : nasi, lauk, sayur
2.	Minum		10	Ferekuensi : 1-4 x Jumlah : 4-5 gelas Jenis : air putih dan teh		10	Ferekuensi : 1-4 x Jumlah : 3-5 gelas Jenis : air putih, teh
3.	Berpindah dari kursi roda ketempat tidur		15	Klien mampu berpindah sendiri ke tempat tidur		15	Klien mampu berpindah sendiri ke tempat tidur
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)		5	Ferekuensi : 2x dalam sehari		5	Ferekuensi : 2x dalam sehari
5.	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)		10	Mampu mencuci pakaian, menyeka tubuh dan menyiram sendiri		10	Mampu mencuci pakaian, menyeka tubuh dan menyiram sendiri
6.	Mandi		15	Klien mampu mandi sendiri		15	Klien mampu mandi sendiri
7.	Jalan dipermukaan datar		5	Ferekuensi : 3-4 x		5	Ferekuensi : 2-3 x
8.	Naik turun tangga		10	Klien mampu naik turun tangga secara mandiri	5		Klien harus di bantu naik turun tangga
9.	Mengenakan pakaian		10	Klien mampu mengenakan pakaian secara mandiri		10	Klien mampu mengenakan pakaian secara mandiri
10.	Kontrol Bowel (BAB)		10	Ferekuensi : 1-2x dalam sehari Konsistensi : lembek, BABnya sush		10	Ferekuensi : 1-2x dalam sehari Konsistensi : lembek, BABnya sush
11.	Kontrol Bladder (BAK)		10	Ferekuensi : 5-7x/hari Warna : kuning		10	Ferekuensi : 6-7x perhari Warna : kuning

		KASUS 1 (Ny. P)			KASUS 2 (Ny. S)		
No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Keterangan	Dengan bantuan	Mandiri	Keterangan
12.	Olah raga/ latihan		10	Ferekuensi : 6x dlm seminggu Jenis : senam lansia	5		Ferekuensi : 1x dlm seminggu Jenis : senam lansia
13.	Rekreasi pemanfaatan waktu luang		10	Jenis : mengikuti dendang ria Frekuensi : sering		10	Jenis : mengikuti dendang ria Frekuensi : kadang-kadang
		Keterangan : a. 130 : Mandiri b. 65-125 : Ketegantungan sebagian c. 60 : Ketergantungan total Setelah dikaji didapatkan skor : 130 yang termasuk dalam kategori mandiri.			Keterangan : a. 130 : Mandiri b. 65-125 : Ketegantungan sebagian c. 60 : Ketergantungan total Setelah dikaji didapatkan skor : 120 yang termasuk dalam kategori ketergantungan sebagian		

4. Pengkajian Status Mental Gerontik

a. Short Postable Status Mental Questioner (SPSMQ)

Tabel 3.3 Short Portable Status Mental Questioner (SPSMQ)

KASUS I (Ny. P)		KASUS II (Ny. S)		No	Pertanyaan
Benar	Salah	Benar	Salah		
√		√		01	Tanggal berapa hari ini?
√		√		02	Hari apa sekarang ini?
√		√		03	Apa nama tempat ini?
√		√		04	Dimana alamat anda?
√		√		05	Berapa umur anda?
√		√		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun terahir)
√		√		07	Siapa presiden indonesia sekarang?
	√		√	08	Siapa presiden indonesia sebelumnya?
√		√		09	Siapa nama ibu anda?
√		√		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun
9	1	9	1	Jumlah	

Skor yang didapatkan dari hasil pengkajian Ny. P yaitu 1 salah sehingga disimpulkan Ny. P memiliki fungsi intelektual utuh.

Skor yang didapatkan dari hasil pengkajian Ny. S yaitu 1 salah sehingga disimpulkan Ny. S memiliki fungsi intelektual utuh.

b. MMSE (Mini Mental Status Exam)

Tabel 3.4 Pengkajian *Status Mini Mental Status Exam* (MMSE)

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Ny. P	Kriteria	Nilai Ny. S	Kriteria
1.	Orientasi	5	5	Menyebut dengan benar : a. Tahun : 2019 b. Musim : Kemarau c. Tanggal : 15 d. Hari : Senin e. Bulan : Mei	5	Menyebut dengan benar : a. Tahun : 2019 b. Musim : Kemarau c. Tanggal : 15 d. Hari : Senin e. Bulan : Mei
	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada? a. Negara Indonesia b. Propinsi DIY c. Kota Yogyakarta d. PSTW Budi Luhur e. Wisma C	5	Dimana kita sekarang berada? a. Negara Indonesia b. Propinsi DIY c. Kota Yogyakarta d. PSTW Budi Luhur Wisma C
2.	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 obyek oleh pemeriksa masing-masing benda 1 detik a. Bolpint b. Kertas c. Jilbab Klien diminta untuk mengulangi untuk menyebut benda tersebut	3	Sebutkan nama 3 obyek oleh pemeriksa masing-masing benda 1 detik a. Bolpint b. Kertas c. Jilbab Klien diminta untuk mengulangi untuk menyebut benda tersebut
3.	Perhatian	5	3	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/ tingkat a. 93 b. 86 c. 79 d. 72	4	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/ tingkat a. 93 b. 86 c. 79 d. 72

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Ny. P	Kriteria	Nilai Ny. S	Kriteria
				e. 65		e. 65
4	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada no 2 (registrasi) tadi bila benar, 1 poin untuk masing-masing obyek	2	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada no 2 (registrasi) tadi bila benar, 1 poin untuk masing-masing obyek
5.	Bahasa	9	7	<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan nama pada klien.</p> <ul style="list-style-type: none"> (missal jam tangan) (Misal Pensil) <p>Minta klien untuk mengulang kata berikut : “tak ada jika, dan, atau, tetapi “. Bila benar nilai satu point.</p> <ul style="list-style-type: none"> Pertanyaan benar 2 buah : tak ada, tetapi <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut terdiri dari 3 langkah :</p> <p>“ambil kertas ditangan anda, lipat dua dan tarush dilantai”</p> <ul style="list-style-type: none"> Ambil kertas ditangan anda Lipat dua Taruh dilantai <p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)</p> <ul style="list-style-type: none"> “ tutup mata anda” <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar.</p> <ul style="list-style-type: none"> Tulis satu kalimat <p>Menyalin gambar</p>	6	<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan nama pada klien.</p> <ul style="list-style-type: none"> (missal jam tangan) (Misal Pensil) <p>Minta klien untuk mengulang kata berikut : “tak ada jika, dan, atau, tetapi “. Bila benar nilai satu point.</p> <ul style="list-style-type: none"> Pertanyaan benar 2 buah : tak ada, tetapi <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut terdiri dari 3 langkah :</p> <p>“ambil kertas ditangan anda, lipat dua dan tarush dilantai”</p> <ul style="list-style-type: none"> Ambil kertas ditangan anda Lipat dua Taruh dilantai <p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)</p> <ul style="list-style-type: none"> “ tutup mata anda” <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar.</p> <ul style="list-style-type: none"> Tulis satu kalimat <p>Menyalin gambar</p>
	Total		26		25	

Berdasarkan hasil dari pengkajian Ny. P dengan Skor : 26 yang artinya Ny. P memiliki aspek kognitif dari fungsi mental baik.

Berdasarkan hasil pengkajian Ny. S mendapatkan skor : 25 yang berarti bahwa Ny. S memiliki aspek kognitif dari fungsi mental baik.

5. Pengkajian Depresi Gereatrik (YESAVAGE)

Tabel 3.5 Pengkajian Depresi Geriatrik (YESAVAGE)

Klien Pertanyaan	Ny. P		Ny. S	
	Jawaban Ya/ Tidak	Skor	Jawaban Ya/ Tidak	Skor
apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda ?	Ya	0	Ya	0
apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan atau minat atau kesengan anda ?	Tidak	0	Ya	1
apakah anda merasa bahwa hidup ini kosong belaka?	Tidak	0	Tidak	0
apakah anda merasa sering bosan?	Ya	1	Ya	1
apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat ?	Ya	0	Ya	0
apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda ?	Tidak	0	Tidak	0
apakah anda merasa bahagia di sebagian besar hidup anda ?	Tidak	1	Tidak	1
apakah anda sering merasa tidak berdaya ?	Tidak	0	Tidak	0
apakah anda lebih senang tinggal di rumah daripada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru ?	Tidak	0	Tidak	0
apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang ?	Tidak	0	Tidak	0
apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang ini menyenangkan ?	Ya	0	Ya	0
apakah anda merasa berharga ?	Ya	1	Ya	1
apakah anda merasa penuh semangat ?	Ya	0	Ya	0
apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan ?	Tidak	0	Tidak	0
apakah anda pikir orang lain lebih baik keadaannya dari pada anda ?	Tidak	0	Tidak	0
Skor		3		4

Kesimpulan : Skor yang didapatkan dari hasil pengkajian Ny. P yaitu 3 sehingga disimpulkan Ny. P Normal atau tidak depresi

Skor yang didapatkan dari hasil pengkajian Ny. S yaitu 4 sehingga disimpulkan Ny. S Normal atau tidak depresi.

6. Pengkajian Skala Resiko Dekubitus

Tabel 3.6 Pengkajian Resiko Dekubitus

Ny. P				
Persepsi sensori	1 Terbatas penuh	2 Sangat terbatas	3 Agak terbatas	4 Tidak terbatas
Kelembaban	Lembab konstan	Sangat lembab	Kadang lembab	Jarang lembab
Aktivitas	Di tempat tidur	Di kursi	Kadang jalan	Jalan keluar
Mobilisasi	Imobil penuh	Sangat terbatas	Kadang terbatas	Tidak terbatas
Nutrisi	Sangat jelek	Tidak adekuat	Adekuat	Sempurna
Gesekan/ cubitan	Masalah	Masalah resiko	Tidak ada masalah	Sempurna
Total skor = 22	Kesimpulan : Berdasarkan hasil pengkajian Ny. P dapat disimpulkan bahwa Ny. P tidak mengalami resiko dekubitus			
Ny. S				
Persepsi sensori	1 Terbatas penuh	2 Sangat terbatas	3 Agak terbatas	4 Tidak terbatas
Kelembaban	Lembab konstan	Sangat lembab	Kadang lembab	Jarang lembab
Aktivitas	Di tempat tidur	Di kursi	Kadang jalan	Jalan keluar
Mobilisasi	Imobil penuh	Sangat terbatas	Kadang terbatas	Tidak terbatas
Nutrisi	Sangat jelek	Tidak adekuat	Adekuat	Sempurna
Gesekan/ cubitan	Masalah	Masalah resiko	Tidak ada masalah	Sempurna
Total skor = 22	Kesimpulan : Bedasarkan pengkajian Ny. S dapat disimpulkan bahwa Ny. S tidak mengalami resiko dekubitus			

7. Pengkajian Resiko Jatuh

a. Postural Hypotension

Tabel 3.7 Pengkajian *Postural Hypotension*

Ny. P		Ny. S	
Reach Test (FR test)	Hasil	Reach Test (FR test)	Hasil
Mengukur tekanan darah lansia dalam tiga posisi yaitu : a. Tidur b. Duduk c. Berdiri Catatan jarak antara posisi pengukuran kurang lebih 5 – 10 menit	Diperoleh hasil pengukuran dalam tiga posisi pada Ny. P sebagai berikut: a. Tidur : 155/80 mmHg b. Duduk : 155/70 mmHg c. Berdiri : 166/80 mmHg	Mengukur tekanan darah lansia dalam tiga posisi yaitu : a. Tidur b. Duduk c. Berdiri Catatan jarak antara posisi pengukuran kurang lebih 5 – 10 menit	Diperoleh hasil pengukuran dalam tiga posisi pada Ny. S sebagai berikut : a. Tidur : 160/70 mmHg b. Duduk : 152/80 mmHg c. Berdiri : 165/80 mmHg
Kesimpulan Hasil skoring pada Ny. P diperoleh hasil skoring yaitu 21 mmHg sehingga dapat dikatakan bahwa Ny. P memiliki resiko jatuh mengingat usia Ny. P juga yang sudah tua dan kemunduran fungsi organ tubuh yang di karenakan usia serta penyakit yang di deritanya		Kesimpulan Hasil skoring pada Ny. S diperoleh hasil skoring yaitu 25 mmHg sehingga dapat dikatakan bahwa Ny. P memiliki resiko jatuh mengingat usia Ny. P juga yang sudah tua dan kemunduran fungsi organ tubuh yang di karenakan usia serta penyakit yang di deritanya	

b. Fungsi Reach test (FR Test)

Tabel 3.8 Pengkajian Fungsi *Reach test (FR Test)*

Ny. P		Ny. S	
Reach Test (FR test)	Hasil	Reach Test (FR test)	Hasil
a. Mintalah lansia berdiri menempel di tembok b. mintalah lansia mencondongkan badannya ke depan tanpa melangkahakan kakinya c. ukur jarak condong antara tembok dengan punggung lansia, dan biarkan kecondongan terjadi selama 1-2 menit d. jika nilai < dari 6 inchi maka lansia dikatan	a. Ny. P dapat berdiri sendiri atau mandiri tanpa di bantu. b. Hail pemeriksaan diperoleh < 6 inch yaitu 5 inch	a. Mintalah lansia berdiri menempel di tembok b. mintalah lansia mencondongkan badannya ke depan tanpa melangkahakan kakinya c. ukur jarak condong antara tembok dengan punggung lansia, dan biarkan kecondongan terjadi selama 1-2 menit d. jika nilai < dari 6 inchi maka lansia dikatan	a. Ny. S dapat berdiri sendiri atau mandiri tanpa di bantu. b. Hail pemeriksaan diperoleh < 6 inch yaitu 3 inch

Ny. P		Ny. S	
Reach Test (FR test)	Hasil	Reach Test (FR test)	Hasil
memiliki resiko jatuh (Tidak Memiliki Resiko jatuh, kecondongan 10 inchi)		memiliki resiko jatuh (Tidak Memiliki Resiko jatuh, kecondongan 10 inchi)	
Kesimpulan Hasil skoring pada Ny. P diperoleh hasil skoring yaitu 5 inch sehingga dapat dikatakan bahwa Ny. P memiliki resiko jatuh		Kesimpulan Hasil skoring pada Ny. S diperoleh hasil skoring yaitu 3 inch sehingga dapat dikatakan bahwa Ny. S memiliki resiko jatuh	

c. The Time Up and Go (TUG test)

Tabel 3.9 Pengkajian The Time Up and Go (TUG test)

Ny. P	Ny. S
Berdasarkan pengkajian didapatkan bahwa Ny. P dalam kategori variable mobility yaitu dengan skor 20 detik ketika diminta untuk mengangkat kaki satu Ny. P tidak mampu	Berdasarkan pengkajian didapatkan bahwa Ny. S dalam kategori variable mobility yaitu dengan skor 27 detik ketika diminta untuk mengangkat kaki satu Ny. S tidak mampu

8. Farmakoterapi

Tabel 3.10 Farmakoterapi

FARMAKOTERAPI	Dosis	INDIKASI
Ny. P		
a. Captopril	25 mg/12 jam/ 2x1	<i>Captopril</i> termasuk dalam kelompok penghambat enzim pengubah angiotensin. (<i>ACE inhibitors</i>). Fungsi utama catopril adalah mengobati hipertensi dan gagal jantung. <i>Captopril</i> juga berfungsi melindungi jantung setelah terjadi serangan jantung, dan juga menangani penyakit ginjal akibat DM.
Ny. S		
a. Captopril	25 mg/12 jam/ 2x1	<i>Captopril</i> termasuk dalam kelompok penghambat enzim pengubah angiotensin. (<i>ACE inhibitors</i>). Fungsi utama catopril adalah mengobati hipertensi dan gagal jantung. <i>Captopril</i> juga berfungsi melindungi jantung setelah terjadi serangan jantung, dan juga menangani penyakit ginjal akibat DM.
b. Kalk (Kalsium Laktat)	500 mg/12 jam/ 2x1	Kalk adalah kalsium tambahan pada massa pertumbuhan, masa hamil, menyusui, untuk pembentukan tulang dan gigi dan penderita gagal ginjal kronik serta sebagai antasida

9. Analisis Data

Tabel 3.11 Analisis Data

Kasus I (Ny. P)		
Data Fokus	Penyebab	Masalah
<p>DS :</p> <p>Ny. P mengatakan khawatir dengan kesehatannya, sehingga Ny.P tidak mau alat makan dan minumannya disatukan dengan alat makan dan minum teman satu wisma karena takut penyakitnya akan tambah parah, Ny. P juga harus mencuci alat makan dan minumannya berkali-kali hingga dirinya benar-benar yakin alat makan tersebut sudah bersih.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 155/80 mmhg - RR : 28X/menit 	<pre> graph TD A[Hipertensi] --> B[Perubahan status kesehatan] B --> C[Kurang pengetahuan tentang penyakit] C --> D[Ansietas] </pre>	<p>Ansietas (00146)</p>
<p>DS :</p> <p>Ny.P mengatakan kalau malam sulit tidur karena risih dan Ny. P takut terkena penyakit lainnya karena kamarnya disatukan dengan orang lain</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mata Ny.P terlihat merah - Terlihat kehitaman pada area sekitar mata - Terdapat kantung mata 	<pre> graph TD A[Hipertensi] --> B[Perubahan status kesehatan] B --> C[Kurang pengetahuan tentang penyakit] C --> D[Ansietas] D --> E[Gangguan Pola Tidur] </pre>	<p>Gangguan Pola Tidur (00198)</p>
<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skoring pada Ny. P diperoleh hasil skoring yaitu 21 mmHg sehingga dapat dikatakan bahwa Ny. P memiliki resiko jatuh mengingat usia. - skoring pada Ny. P diperoleh hasil skoring yaitu 5 inch sehingga dapat dikatakan bahwa Ny. P memiliki resiko jatuh - Pengkajian didapatkan bahwa Ny. P dalam kategori variable mobility yaitu dengan skor 20 detik ketika diminta untuk mengangkat kaki satu Ny. P tidak mampu 	<pre> graph TD A[Hipertensi] --> B[Kerusakan vaskuler pembuluh darah] B --> C[Vasokonstriksi] C --> D[Gangguan sirkulasi pada otak] D --> E[Diplopia] E --> F[Risiko jatuh] </pre>	<p>Risiko Jatuh (00155)</p>

Kasus 2 (Ny. S)		
Data Fokus	Penyebab	Masalah
<p>DS:</p> <p>Ny. S merasa khawatir dengan TD yang sering tinggi. Ny. S takut terkena stroke akibat tensinya yang sering tinggi, karena Alm. Suami Ny.S meninggal akibat stroke. Ny. S juga merasa takut apabila terkena stroke tidak ada yang merawat, karena teman-teman satu wisma terlalu cuek.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD 150/100 mmhg - N 65x/menit - RR 20x/menit 	<p>Hipertensi</p> <p>↓</p> <p>Perubahan status kesehatan</p> <p>↓</p> <p>Kurang pengetahuan tentang penyakit</p> <p>↓</p> <p>Ansietas</p>	<p>Ansietas (00146)</p>
<p>DS :</p> <p>Ny. S sering tidak bisa tidur jika malam hari karena terbayang-bayang kondisinya. Ny.S juga sering mimpi tentang Alm. Suami lalu terbangun dan sulit untuk tidur kembali</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mata Ny.S terlihat merah - Terlihat kehitaman pada area sekitar mata - Terdapat kantung mata 	<p>Hipertensi</p> <p>↓</p> <p>Perubahan status kesehatan</p> <p>↓</p> <p>Kurang pengetahuan tentang penyakit</p> <p>↓</p> <p>Ansietas</p> <p>↓</p> <p>Gangguan Pola Tidur</p>	<p>Gangguan Pola Tidur (00198)</p>
<p>DS:</p> <p>Klien mengatakan kakinya terkadang gemetar saat berjalan.</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil skoring pada Ny. S diperoleh hasil skoring yaitu 25 mmHg - Hasil skoring pada Ny. S diperoleh hasil skoring yaitu 3 inch sehingga dapat dikatakan bahwa Ny. S memiliki resiko jatuh - Berdasarkan pengkajian didapatkan bahwa Ny. S dalam kategori variable mobility yaitu dengan skor 27 detik ketika diminta untuk mengangkat kaki satu Ny. S tidak mampu 	<p>Hipertensi</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan vaskuler pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Vasokonstriksi</p> <p>↓</p> <p>Gangguan sirkulasi pada otak</p> <p>↓</p> <p>Diplopia</p> <p>↓</p> <p>Risiko jatuh</p>	<p>Risiko Jatuh (00155)</p>

10. Prioritas Diagnosis

Tabel 3.12 Prioritas Diagnosis

Kasus 1 (Ny.P)	Kasus 2 (Ny.S)
Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan	Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan
Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan ansietas	Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan ansietas
Risiko Jatuh berhubungan dengan usia lanjut	Risiko Jatuh berhubungan dengan usia lanjut

11. Rencana Intervensi Keperawatan

Tabel 3.13 Rencana Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis	NOC	NIC	Rasionalisasi
1	Ansietas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam, diharapkan masalah ansietas dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Anxiety level (1211) i. Perasaan gelisah (skala 3 ke 5)</p> <p>Keterangan Skala Skala 1: Berat Skala 2: Cukup Berat Skala 3: Sedang Skala 4: Ringan Skala 5: Tidak ada</p> <p>Knowledge: Disease Process (1803) i. Pengetahuan tentang penyebab penyakit (skala 2 ke 4) ii. Pengetahuan tentang pencegahan penyakit (skala 2 ke 4)</p> <p>Keterangan Skala</p>	<p>Anxiety Reduction (5510)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bina hubungan saling percaya antara perawat-klien - Pahami rasa takut/ ansietas klien - Kaji tingkat ansietas dan diskusikan penyebab bila mungkin - Temani atau atur supaya ada seseorang bersama klien sesuai indikasi. - Ka kaji ulang keadaan umum klien dan TTV - Berikan waktu klien untuk mengungkapkan masalahnya dan dorongan ekspresi yang bebas, misalnya rasa marah, takut, ragu - Berikan penjelasan pada klien tentang penyakitnya. - Ajarkan cara menangani kecemasan <p>Relaxation Therapy (6040)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman 	<p>Anxiety Reduction (5510)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hubungan saling percaya adalah dasar hubungan terpadu yang mendukung klien dalam mengatasi perasaan cemas 2. perasaan adalah nyata dan membantu pasien untuk terbuka sehingga dapat mendiskusikan dan menghadapinya 3. Identifikasi masalah spesifik akan meningkatkan kemampuan individu untuk menghadapinya dengan lebih realistis. 4. dukungan yang terus menerus mungkin membantu pasien mengurangi ansietas/ rasa takut ke tingkat yang dapat diatasi. 5. Sebagai indikator awal dalam menentukan intervensi berikutnya 6. Agar pasien merasa diterima 7. Ketidaktahuan dan kurangnya pemahaman dapat menyebabkan timbulnya ansietas 8. Mengurangi kecemasan pasien <p>Relaxation Therapy (6040)</p>

No	Diagnosis	NOC	NIC	Rasionalisasi
		<p>Skala 1: Pengetahuan tidak ada Skala 2: Pengetahuan terbatas Skala 3: Pengetahuan sedang Skala 4: Pengetahuan banyak Skala 5: Pengetahuan sangat banyak</p> <p>Anxiety self-control (1402)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi teknik untuk mengontrol cemas (Skala 2 ke 5) 2. Menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas (Skala 2 ke 5) <p>Keterangan Skala Skala 1: tidak pernah dilakukan Skala 2: jarang dilakukan Skala 3: kadang-kadang dilakukan Skala 4: sering dilakukan Skala 5: konsisten dilakukan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Minta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi - Tunjukkan dan praktikan teknik relaksasi pada klien - Dorong klien untuk mengulang praktek teknik relaksasi, jika memungkinkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posisi yang nyaman dapat membantu klien dalam menjalankan terapi relaksasi 2. Kondisi yang rileks dapat memudahkan tujuan terapi 3. Dengan memperagakan setiap gerakan terapi dapat membantu klien untuk mengikuti setiap gerakan 4. Dengan meminta klien untuk mengulang maka dapat diketahui kemampuan klien untuk melakukan teknik relaksasi
2	Gangguan Pola Tidur	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam, diharapkan masalah gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Sleep (0004)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kualitas tidur (Skala 3 ke 5) - Pola tidur (Skala 3 ke 5) - Mudah bangun pada saat yang tepat (Skala 3 ke 5) 	<p>Sleep Enhancement (1850)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola dan waktu tidur klien 2. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat 3. Bantu menghilangkan situasi stress sebelum tidur 4. Ajarkan klien bagaimana melakukan relaksasi otot atau bentuk nonfarmakologi lainnya. <p>Relaxation Therapy (6040)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dorong klien untuk mengambil posisi 	<p>Sleep Enhancement (1850)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola tidur klien dapat membantu mengetahui perkembangan tidur klien 2. Menghilangkan situasi stress sebelum tidur dalam meningkatkan kualitas tidur 3. Relaksasi otot progresif dapat membantu meningkatkan tidur 4. Posisi yang nyaman dapat membantu klien dalam menjalankan terapi relaksasi <p>Relaxation Therapy (6040)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi yang rileks dapat memudahkan

No	Diagnosis	NOC	NIC	Rasionalisasi
		<p>Keterangan Skala</p> <p>Skala 1: Sangat terganggu</p> <p>Skala 2: Banyak terganggu</p> <p>Skala 3: Cukup terganggu</p> <p>Skala 4: Sedikit terganggu</p> <p>Skala 5: Tidak terganggu</p>	<p>yang nyaman</p> <p>2. Minta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi</p> <p>3. Tunjukkan dan praktikan teknik relaksasi pada klien</p> <p>4. Dorong klien untuk mengulang praktek teknik relaksasi, jika memungkinkan</p>	<p>tujuan terapi</p> <p>2. Dengan memperagakan setiap gerakan terapi dapat membantu klien untuk mengikuti setiap gerakan</p> <p>3. Teknik demonstrasi dapat memudahkan klien memahami teknik relaksasi</p> <p>4. Dengan meminta klien untuk mengulang maka dapat diketahui kemampuan dalam memahami teknik yang sudah diajarkan</p>
3	Resiko jatuh	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam klien tidak mengalami jatuh, dengan kriteria:</p> <p>Knowledge: Fall Prevention (1828)</p> <p>4. Kemampuan mengidentifikasi bahaya lingkungan yang dapat meningkatkan cedera (Skala 3 ke 5)</p> <p>5. Kemampuan menggunakan alat bantu untuk menghindari cedera (Skala 3 ke 5)</p> <p>6. Kemampuan mempraktekan gerakan latihan keseimbangan (Skala 2 ke 5)</p> <p>Keterangan Skala</p> <p>Skala 1: Tidak adekuat</p> <p>Skala 2: Sedikit adekuat</p> <p>Skala 3: Cukup adekuat</p> <p>Skala 4: Sebagian besar adekuat</p> <p>Skala 5: Sepenuhnya adekuat</p>	<p>Fall Prevention (6490)</p> <p>a. Berikan penyuluhan tentang apa saja bahaya lingkungan yang ada disekitar wisma yang dapat menyebabkan resiko jatuh</p> <p>b. Anjurkan untuk memakai alat bantu jalan (jika membutuhkan)</p> <p>c. Ajarkan gerakan latihan keseimbangan</p>	<p>Fall Prevention (6490)</p> <p>4 Pengetahuan klien tentang lingkungan sekitar wisma dapat meminimalisir risiko jatuh</p> <p>5 Alat bantu dapat meminimalisir risiko</p> <p>6 Dapat membantu kemampuan otot-otot klien</p>

12. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.14 Implementasi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Kasus 1 (Ny. P)	Kasus 2 (Ny. S)
Ansietas	<p>Selasa, 16 Mei 2019 Pukul 08:30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membina hubungan saling percaya. - Melakukan pengkajian penyebab kecemasan - Melakukan pengkajian tentang pengetahuan klien tentang kecemasan - Pendidikan kesehatan tentang Hipertensi dan cara mengatasi kecemasan karena hipertensi yang meliputi cara penanganan dan pencegahan komplikasi hipertensi - Mengajarkan teknik relaksasi progresif 	<p>Selasa, 16 Mei 2019 Pukul 11:00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membina hubungan saling percaya. - Melakukan pengkajian penyebab kecemasan - Melakukan pengkajian tentang pengetahuan klien tentang kecemasan - Pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan cara mengatasi kecemasan karena hipertensi yang meliputi cara penanganan dan pencegahan komplikasi hipertensi - Mengajarkan teknik relaksasi progresif
	<p>Rabu, 17 Mei 2019 Pukul 09:00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tekanan darah - Mengevaluasi kemampuan klien melakukan teknik relaksasi progresif - Melakukan pengkajian tingkat kecemasan 	<p>Rabu, 17 Mei 2019 Pukul 11:00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tekanan darah - Mengevaluasi kemampuan klien melakukan teknik relaksasi progresif - Melakukan pengkajian tingkat kecemasan
	<p>Kamis, 18 Mei 2018 Pukul 10:00</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tekanan darah - Mengevaluasi kemampuan klien melakukan teknik relaksasi progresif - Melakukan pengkajian tingkat kecemasan 	<p>Kamis, 18 Mei 2018 Pukul 11:00</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tekanan darah - Mengevaluasi kemampuan klien melakukan teknik relaksasi progresif - Melakukan pengkajian tingkat kecemasan

Diagnosis Keperawatan	Kasus 1 (Ny. P)	Kasus 2 (Ny. S)
Gangguan Pola Tidur	<p>Selasa, 16 Mei 2019 Pukul 08:30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membina hubungan saling percaya. - Mengajarkan teknik relaksasi progresif - Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat 	<p>Selasa, 16 Mei 2019 Pukul 08:30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya. 2. Mengajarkan teknik relaksasi progresif 3. Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat
	<p>Rabu, 17 Mei 2019 Pukul 09:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kemampuan klien melakukan teknik relaksasi progresif 2. Memonitor pola dan waktu tidur klien 	<p>Rabu, 17 Mei 2019 Pukul 11:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kemampuan klien melakukan teknik relaksasi progresif 2. Memonitor pola dan waktu tidur klien
	<p>Kamis, 18 Mei 2019 Pukul 10:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kemampuan klien melakukan teknik relaksasi progresif 2. Memonitor pola dan waktu tidur klien 	<p>Kamis, 18 Mei 2019 Pukul 10:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kemampuan klien melakukan teknik relaksasi progresif 2. Memonitor pola dan waktu tidur klien
Risiko Jatuh	<p>Selasa, 16 Mei 2019 Pukul 08:30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya. 2. Memberikan penyuluhan tentang apa saja bahaya lingkungan yang ada disekitar wisma yang dapat menyebabkan resiko jatuh 	<p>Selasa, 16 Mei 2019 Pukul 11:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya. 2. Memberikan penyuluhan tentang apa saja bahaya lingkungan yang ada disekitar wisma yang dapat menyebabkan resiko jatuh
	<p>Rabu, 17 Mei 2019 Pukul 09:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan gerakan latihan keseimbangan 	<p>Rabu, 17 Mei 2019 Pukul 11:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan gerakan latihan keseimbangan
	<p>Kamis, 18 Mei 2019 Pukul 10:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kemampuan gerakan latihan keseimbangan 	<p>Kamis, 18 Mei 2019 Pukul 11:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kemampuan gerakan latihan keseimbangan

13. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.15 Evaluasi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Hari Ke 1	Hari Ke 2	Hari ke 3
	Kasus 1 (Ny. P)		
Ansietas	<p>Selasa, 16 Mei 2019 Pukul 09:30 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sebelumnya tidak tahu secara rinci tentang hipertensi - Klien sekarang lebih mengetahui tentang hipertensi - Klien akan mencoba mempraktekkan teknik relaksasi progresif secara rutin <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien mampu menyebutkan kembali penyebab, cara penanganan dan pencegahan hipertensi - Klien mampu melakukan teknik relaksasi progresif walaupun masih dengan bantuan <p>A :</p> <p>Ansietas belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengetahuan penyebab penyakit skala 4 (Pengetahuan banyak) - Pemahaman pencegahan penyakit Skala 4 (Pengetahuan banyak) - Perasaan gelisah skala 3 (sedang) <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor TD - Evaluasi tingkat kecemasan - Evaluasi kemampuan melakukan teknik relaksasi otot progresif <p>(Trisna Setya Dewi)</p>	<p>Rabu, 17 Mei 2019 Pukul 10:00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Semalam klien sudah melakukan teknik relaksasi progresif - Rasa khawatir klien yang biasa muncul setiap malam masih ada tapi sudah agak berkurang - Klien mengatakan masih tetap khawatir terkait alat makan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 145/90 mmHG - Klien mampu melakukan teknik relaksasi progresif dengan benar tanpa bantuan <p>A:</p> <p>Ansietas teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perasaan gelisah skala 4 (ringan) - Menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas skala 3 (kadang-kadang dilakukan) <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor TD - Evaluasi tingkat kecemasan - Motivasi untuk tetap melakukan teknik relaksasi otot progresif <p>(Trisna Setya Dewi)</p>	<p>Kamis, 18 Mei 2018 Pukul 10:30</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah melakukan teknik relaksasi otot progresif secara rutin - Klien sudah mulai mencuci alat makannya dengan wajar - Klien tidur pukul 22:00 tidak terbangun sama sekali lalu terbangun kembali pukul 04:00 <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 145/100mmHg - Klien kooperatif <p>A:</p> <p>Ansietas teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perasaan gelisah skala 4 (ringan) ke 5 (Tidak ada) - Menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas skala 3 (kadang-kadang dilakukan skala 4 (sering dilakukan) <p>P:</p> <p>Motivasi klien untuk terus melakukan relaksasi progresif</p> <p>(Trisna Setya Dewi)</p>

Diagnosis Keperawatan	Hari Ke 1	Hari Ke 2	Hari ke 3
Kasus 1 (Ny. P)			
Gangguan Pola Tidur	<p>Selasa, 16 Mei 2019 Pukul 09:30 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien akan mencoba mempraktekkan teknik relaksasi progresif secara rutin <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien mampu menyebutkan kembali pentingnya tidur yang adekuat - Klien mampu melakukan teknik relaksasi progresif walaupun masih dengan bantuan <p>A:</p> <p>Gangguan pola tidur belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kualitas tidur Skala 3 (Cukup terganggu) - Pola tidur Skala 3 (Cukup terganggu) - Mudah bangun pada saat yang tepat Skala 3 (Cukup terganggu) <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi kemampuan melakukan teknik relaksasi otot progresif - Memonitor pola tidur <p>(Trisna Setya Dewi)</p>	<p>Rabu, 17 Mei 2019 Pukul 10:00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Semalam klien sudah melakukan teknik relaksasi progresif - Tadi malam tidur pukul 21:00 lalu terbangun pada pukul 24:00 karena ingin BAK, lalu melamun hingga pukul 01:00 lalu tidur lagi dan terbangun pukul 05:00 <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan teknik relaksasi progresif dengan benar tanpa bantuan - Klien kooperatif - Mata tampak merah <p>A:</p> <p>Gangguan Pola Tidur teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kualitas tidur Skala 3 (cukup terganggu) ke 4 (Sedikit terganggu) - Pola tidur Skala 3 (cukup terganggu) ke 4 (Sedikit terganggu) - Mudah bangun pada saat yang tepat skala 3 (cukup terganggu) ke 4 (Sedikit terganggu) <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor pola tidur <p>(Trisna Setya Dewi)</p>	<p>Kamis, 18 Mei 2018 Pukul 10:30</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah melakukan teknik relaksasi otot progresif secara rutin - Klien tidur pukul 22:00 tidak terbangun sama sekali lalu terbangun kembali pukul 04:00 terasa pegal-pegal, dan terasa masih mengantuk <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Mata tampak merah <p>A:</p> <p>Gangguan Pola Tidur teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kualitas tidur Skala 4 (Sedikit terganggu) - Pola tidur Skala 4 (Sedikit terganggu) - Mudah bangun pada saat yang tepat Skala 4 (sedikit terganggu) ke 5 (Tidak terganggu) <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivasi klien untuk terus melakukan relaksasi progresif <p>(Trisna Setya Dewi)</p>

Diagnosis Keperawatan	Hari Ke 1	Hari Ke 2	Hari ke 3
Kasus 1 (Ny. P)			
Risiko Jatuh	<p>Selasa, 16 Mei 2019 Pukul 09:30 WIB S : Klien mengetahui apa saja bahaya lingkungan yang ada disekitar wisma yang dapat menyebabkan resiko jatuh O: - Klien kooperatif - Klien mampu menyebutkan kembali materi yang sudah diajarkan A: Risiko jatuh belum teratasi - Kemampuan mengidentifikasi bahaya lingkungan yang dapat meningkatkan cedera Skala 5 (sepenuhnya adekuat) - Kemampuan mempraktekan gerakan latihan keseimbangan Skala 2 (sedikit adekuat) P: Lanjutkan intervensi - Ajarkan gerakan latihan keseimbangan</p> <p>(Trisna Setya Dewi)</p>	<p>Rabu, 17 Mei 2019 Pukul 10:00 WIB S: Klien akan mencoba melakukan gerakan latihan keseimbangan secara rutin O: - Klien kooperatif - Klien mampu melakukan gerakan keseimbangan dengan bantuan A: Risiko jatuh teratasi sebagian - Kemampuan mempraktekan gerakan latihan keseimbangan Skala 3 (cukup adekuat) P: Lanjutkan intervensi - Evaluasi kemampuan melakukan gerakan latihan keseimbangan</p> <p>(Trisna Setya Dewi)</p>	<p>Kamis, 18 Mei 2018 Pukul 10:30 S: Klien mengantakan masih sering lupa dengan gerakannya O: - Klien kooperatif - Klien mampu melakukan gerakan keseimbangan dengan bantuan A: Risiko jatuh teratasi sebagian - Kemampuan mempraktekan gerakan latihan keseimbangan skala 3 (cukup adekuat) P: Lanjutkan intervensi - Motivasi untuk melakukan gerakan latihan keseimbangan secara mandiri</p> <p>(Trisna Setya Dewi)</p>

Diagnosis Keperawatan	Hari Ke 1	Hari Ke 2	Hari Ke 3
Kasus 2 (Ny. S)			
Ansietas	<p>Selasa, 16 Mei 2019 Pukul 10:30 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sebelumnya sudah tahu sedikit tentang komplikasi hipertensi - Klien sekarang lebih mengetahui tentang hipertensi dan bagaimana cara mencegah hipertensi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien mampu melakukan teknik relaksasi progresif walaupun masih dengan bantuan <p>A :</p> <p>Ansietas belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengetahuan penyebab penyakit skala 4 (Pengetahuan banyak) - Pemahaman pencegahan penyakit Skala 4 (Pengetahuan banyak) - Gelisah skala 3 (sedang) <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor TD - Evaluasi tingkat kecemasan - Evaluasi kemampuan melakukan teknik relaksasi otot progresif <p>(Trisna Setya Dewi)</p>	<p>Rabu, 17 Mei 2019 Pukul 11:00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemarin klien hanya melakukan beberapa gerakan dari terapi relaksasi progresif karena klien lupa beberapa gerakan yang lain - Semalam klien tidur pukul 21:30 - Semalam klien bermimpi tentang suaminya lalu klien terbangun pada pukul 23:00 dengan dada yang berdebar, lalu klien tidur kembali pada pukul 02:00, lalu terbangun lagi pada pukul 04:00 <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 150/100 mmHg - Klien mampu melakukan teknik relaksasi progresif dengan baik walaupun masih ada beberapa gerakan yang sering terlewat <p>A:</p> <p>Ansietas belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perasaan gelisah skala 3 (sedang) - Menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas skala 3 (kadang-kadang dilakukan) <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor TD - Evaluasi tingkat kecemasan - Motivasi untuk tetap melakukan teknik relaksasi otot progresif <p>(Trisna Setya Dewi)</p>	<p>Kamis, 18 Mei 2018 Pukul 12:30</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tadi malam sudah melakukan teknik relaksasi otot progresif sebelum tidur - Perasaan klien lebih tenang dan lebih nyaman <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 140/80mmHg - Klien kooperatif - Mata klien tidak tampak merah <p>A:</p> <p>Ansietas teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perasaan gelisah menurun dari skala 3 (sedang) ke skala 5 (tidak ada) - Menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas skala 4 (sering dilakukan) <p>P:</p> <p>Motivasi klien untuk terus melakukan teknik relaksasi progresif</p> <p>(Trisna Setya Dewi)</p>

Diagnosis Keperawatan	Hari Ke 1	Hari Ke 2	Hari Ke 3
Kasus 2 (Ny. S)			
Gangguan Pola Tidur	<p>Selasa, 16 Mei 2019 Pukul 10:30 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sudah memahami manfaat tidur adekuat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien mampu melakukan teknik relaksasi progresif walaupun masih dengan bantuan - Klien mampu menyebutkan kembali penjelasan mengenai tidur adekuat <p>A :</p> <p>Gangguan pola tidur belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kualitas tidur Skala 3 (Cukup terganggu) - Pola tidur Skala 3 (Cukup terganggu) - Mudah bangun pada saat yang tepat Skala 3 (Cukup terganggu) <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi kemampuan melakukan teknik relaksasi otot progresif - Monitor pola tidur <p>(Trisna Setya Dewi)</p>	<p>Rabu, 17 Mei 2019 Pukul 11:00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemarin klien hanya melakukan beberapa gerakan dari terapi relaksasi progresif karena klien lupa beberapa gerakan yang lain - Semalam klien tidur pukul 21:30 - Semalam klien bermimpi tentang suaminya lalu klien terbangun pada pukul 23:00 dengan dada yang berdebar, lalu klien tidur kembali pada pukul 02:00, lalu terbangun lagi pada pukul 04:00 <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan teknik relaksasi progresif dengan baik walaupun masih ada beberapa gerakan yang sering terlewat - Mata klien tampak merah <p>A:</p> <p>Gangguan pola tidur belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kualitas tidur Skala 3 (Cukup terganggu) - Pola tidur Skala 3 (Cukup terganggu) - Mudah bangun pada saat yang tepat Skala 3 (Cukup terganggu) <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola tidur <p>(Trisna Setya Dewi)</p>	<p>Kamis, 18 Mei 2018 Pukul 12:30</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tadi malam sudah melakukan teknik relaksasi otot progresif sebelum tidur - Semalam klien tidur pukul 21:00 tanpa bermimpi apapun, namun terbangun tiba-tiba pukul 01:00, dada tidak berdebar-debar lagi. Perasaan lebih tenang, lalu klien pergi shalat tahajud, lalu tidur lagi pukul 01:30 terbangun kembali pada pukul 04:30 dengan perasaan lebih segar <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Mata klien tidak tampak merah <p>A:</p> <p>Gangguan pola tidur teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kualitas tidur skala 3 (cukup terganggu) ke skala 4 (Sedikit terganggu) - Pola tidur skala 3 (cukup terganggu) Skala 4 (Sedikit terganggu) - Mudah bangun Skala 3 (Cukup terganggu) <p>P:</p> <p>Motivasi klien untuk terus melakukan teknik relaksasi progresif</p> <p>(Trisna Setya Dewi)</p>

Diagnosis Keperawatan	Hari Ke 1	Hari Ke 2	Hari Ke 3
Kasus 2 (Ny. S)			
Risiko Jatuh	<p>Selasa, 16 Mei 2019 Pukul 10:30 WIB S : Klien mengetahui apa saja bahaya lingkungan yang ada disekitar wisma yang dapat menyebabkan resiko jatuh O: <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien mampu menyebutkan kembali materi yang sudah diajarkan, walaupun ada beberapa yang lupa A: Risiko jatuh belum teratasi <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mengidentifikasi bahaya lingkungan yang dapat meningkatkan cedera skala 5 (sepenuhnya adekuat) - Kemampuan mempraktekan gerakan latihan keseimbangan Skala 2 (sedikit adekuat) P: Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan gerakan latihan keseimbangan </p> <p>(Trisna Setya Dewi)</p>	<p>Rabu, 17 Mei 2019 Pukul 11:00 WIB S: Klien mengatakan agak susah mengingat gerakannya, tapi akan mencoba melakukannya secara mandiri O: <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien mampu melakukan gerakan keseimbangan dengan bantuan A: Risiko jatuh teratasi sebagian <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mempraktekan gerakan latihan keseimbangan skala 2 (sedikit adekuat) ke skala 3 (cukup adekuat) P: Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi kemampuan melakukan gerakan latihan keseimbangan </p> <p>(Trisna Setya Dewi)</p>	<p>Kamis, 18 Mei 2018 Pukul 12:30 S: Klien mengatakan sudah melakukan secara mandiri namun beberapa gerakan masih sering lupa O: <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien mampu melakukan gerakan keseimbangan dengan bantuan A: Risiko jatuh belum teratasi <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mempraktekan gerakan latihan keseimbangan skala 3 (cukup adekuat) ke skala 4 (Sebagian besar adekuat) P: Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> - Motivasi untuk melakukan gerakan latihan keseimbangan secara mandiri </p> <p>(Trisna Setya Dewi)</p>

B. Data Senjang

Tabel 3.16 Data Senjang

Variabel	Kasus 1 (Ny.P)	Kasus 2 (Ny.S)
Riwayat Kesehatan		
Keluhan utama saat pengkajian	Ny. P kurang lebih sudah 5 bulan berada di BPSTW, Ny.P mengatakan TD nya mulai tinggi setelah beberapa bulan terakhir berada di BPSTW, sebelumnya Ny.P tidak pernah mengalami darah tinggi. Ny. P mengatakan khawatir dengan kesehatannya, sehingga Ny.P tidak mau alat makan dan minumannya disatukan dengan alat makan dan minum teman satu wisma, Ny. P juga harus mencuci alat makan dan minumannya berkali-kali sebelum dan setelah digunakan hingga dirinya benar-benar yakin alat makan tersebut sudah bersih. Ny.P juga mengatakan kalau malam sulit tidur karena risih dan Ny. P juga takut terkena penyakit lainnya karna kamarnya disatukan dengan orang lain	Ny. S merasa khawatir dengan TD yang sering tinggi. Ny. S takut terkena stroke akibat tensinya yang sering tinggi, karena Alm. Suami Ny.S meninggal akibat stroke. Ny. S juga merasa takut apabila terkena stroke tidak akan ada yang merawat, karena teman-teman satu wisma terlalu cuek. Ny. S sering tidak bisa tidur jika malam hari karena terbayang-bayang kondisinya. Ny.S juga sering mimpi tentang Alm. Suami lalu terbangun dan sulit untuk tidur kembali
Riwayat Penyakit Sekarang	Ny. P mengatakan penyakit yang dia derita sekarang adalah hipertensi dan asam urat	Ny. S mengatakan penyakitnya sekarang adalah hipertensi
Riwayat Penyakit Dahulu	Ny. P belum pernah dirawat di RS. Ny. P mengatakan tidak memiliki alergi terhadap makanan, Ny. P mengatakan tidak suka mengkonsumsi kopi dan merokok.	Ny. S mengatakan tidak pernah dirawat di rumah sakit, kalau sakit Ny. S hanya di rawat jalan. Ny. S juga tidak memiliki riwayat alergi, dan mengatakan tidak suka mengkonsumsi kopi dan merokok.
Riwayat Keluarga	Ny. P mengatakan dikeluarganya tidak ada yang memiliki riwayat hipertensi.	Ny. S mengatakan selain Alm. suaminya tidak ada keluarga yang menderita Hipertensi.
Pemeriksaan Fisik		
Tanda-tanda vital	GCS = E:4 V:5 M:6 (<i>Composmentis</i>) TD : 155/80 mmhg Nadi: 75 x/menit RR: 27x/menit	GCS = E:4 V:5 M:6 (<i>Composmentis</i>) TD: 160/70mmHg Nadi: 65x/menit RR: 20x/menit

Variabel	Kasus 1 (Ny.P)	Kasus 2 (Ny.S)								
Kekuatan otot	<p>Pasien tampak merespon, pasien berbaring dengan posisi terlentang. tidak ada kelumpuhan tetapi kaki sudah mulai lemah dan tidak ada sianosis.</p> <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table>	5	5	4	4	<p>Pasien tampak merespon dengan baik, pasien berbaring dengan posisi terlentang, tidak ada kelumpuhan tetapi kaki mulai lemah dan tidak ada sianosis.</p> <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>3</td></tr></table>	5	5	3	3
5	5									
4	4									
5	5									
3	3									
Aktivitas Sehari-hari										
Istirahat tidur	Ny. P mengatakan sulit tidur dan bangun jam 3 pagi	Ny. S mengatakan sulit tidur suka terbangun tanpa sebab, Ny. S bangun jam 3 pagi.								
Olahraga	Ny. P rutin mengikuti senam lansia setiap hari yang sudah diprogram oleh petugas PSTW.	Ny. S tidak melakukan olah raga seperti lansia lainnya dikarenakan kakinya sakit dan sudah sedikit sulit untuk beraktivitas di luar ruangan wisma								
Aktivitas/mobilisasi	Setiap hari mengikuti kegiatan yang sudah dijadwalkan PSTW seperti, kegiatan senam, keislaman, keterampilan, dan kesenian seperti menyanyi	Tidak mengikuti kegiatan yang ada di PSTW dikarenakan Ny. S kakinya sakit dan sudah sedikit sulit untuk beraktivitas di luar ruangan wisma								
Rencana Intervensi										
Ansietas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam, diharapkan masalah ansietas dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Anxiety level (1211)</p> <ul style="list-style-type: none">- Perasaan gelisah (skala 3 ke 5) <p>Knowledge: Disease Process (1803)</p> <ul style="list-style-type: none">- Pengetahuan tentang penyebab penyakit (skala 2 ke 4)- Pengetahuan tentang pencegahan penyakit (skala 2 ke 4) <p>Anxiety self-control (1402)</p> <ul style="list-style-type: none">- Mengidentifikasi teknik untuk mengontrol cemas (Skala 2 ke 5)	<p>Anxiety Reduction (5510)</p> <ul style="list-style-type: none">- Bina hubungan saling percaya antara perawat-klien- Pahami rasa takut/ ansietas klien- Kaji tingkat ansietas dan diskusikan penyebab bila mungkin- Temani atau atur supaya ada seseorang bersama klien sesuai indikasi.- Ka kaji ulang keadaan umum klien dan TTV- Berikan waktu klien untuk mengungkapkan masalahnya dan dorongan ekspresi yang bebas, misalnya rasa marah, takut, ragu- Berikan penjelasan pada klien tentang penyakitnya.- Ajarkan cara menangani kecemasan								

Variabel	Kasus 1 (Ny.P)	Kasus 2 (Ny.S)
	<ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas (Skala 2 ke 5) 	<p>Relaxation Therapy (6040)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman - Minta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi - Tunjukkan dan praktikan teknik relaksasi pada klien - Dorong klien untuk mengulang praktek teknik relaksasi, jika memungkinkan
Implementasi		
Hari ke-1	<p>Selasa, 16 Mei 2019 Pukul 08:30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membina hubungan saling percaya. - Melakukan pengkajian penyebab kecemasan - Melakukan pengkajian tentang pengetahuan klien tentang kecemasan - Pendidikan kesehatan tentang Hipertensi dan cara mengatasi kecemasan karena hipertensi yang meliputi cara penanganan dan pencegahan komplikasi hipertensi - Mengajarkan teknik relaksasi progresif 	<p>Selasa, 16 Mei 2019 Pukul 11:00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membina hubungan saling percaya. - Melakukan pengkajian penyebab kecemasan - Melakukan pengkajian tentang pengetahuan klien tentang kecemasan - Pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan cara mengatasi kecemasan karena hipertensi yang meliputi cara penanganan dan pencegahan komplikasi hipertensi - Mengajarkan teknik relaksasi progresif
Hari ke-2	<p>Rabu, 17 Mei 2019 Pukul 09:00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tekanan darah - Mengevaluasi kemampuan klien melakukan teknik relaksasi progresif - Melakukan pengkajian tingkat kecemasan 	<p>Rabu, 17 Mei 2019 Pukul 11:00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tekanan darah - Mengevaluasi kemampuan klien melakukan teknik relaksasi progresif - Melakukan pengkajian tingkat kecemasan
Hari ke-3	<p>Kamis, 18 Mei 2018 Pukul 10:00</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tekanan darah - Mengevaluasi kemampuan klien melakukan teknik relaksasi progresif - Melakukan pengkajian tingkat kecemasan 	<p>Kamis, 18 Mei 2018 Pukul 11:00</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tekanan darah - Mengevaluasi kemampuan klien melakukan teknik relaksasi progresif - Melakukan pengkajian tingkat kecemasan

Variabel	Kasus 1 (Ny.P)	Kasus 2 (Ny.S)
	<p>Selasa, 16 Mei 2019 Pukul 08:30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membina hubungan saling percaya. - Mengajarkan teknik relaksasi progresif - Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat 	<p>Selasa, 16 Mei 2019 Pukul 08:30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membina hubungan saling percaya. - Mengajarkan teknik relaksasi progresif - Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat
Evaluasi		
Hari ke-1	<p>A :</p> <p>Ansietas belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengetahuan penyebab penyakit skala 4 (Pengetahuan banyak) - Pemahaman pencegahan penyakit Skala 4 (Pengetahuan banyak) - Gelisah skala 3 (sedang) 	<p>A :</p> <p>Ansietas belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengetahuan penyebab penyakit skala 4 (Pengetahuan banyak) - Pemahaman pencegahan penyakit Skala 4 (Pengetahuan banyak) - Gelisah skala 3 (sedang)
Hari ke-2	<p>A:</p> <p>Ansietas teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perasaan gelisah skala 4 (ringan) - Menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas skala 3 (kadang-kadang dilakukan) 	<p>A:</p> <p>Ansietas belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perasaan gelisah skala 3 (sedang) - Menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas skala 3 (kadang-kadang dilakukan)
Hari ke-3	<p>A:</p> <p>Ansietas teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perasaan gelisah skala 4 (ringan) ke 5 (Tidak ada) - Menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas skala 3 (kadang-kadang dilakukan skala 4 (sering dilakukan)) 	<p>A:</p> <p>Ansietas teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perasaan gelisah menurun dari skala 3 (sedang) ke skala 5 (tidak ada) - Menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas skala 4 (sering dilakukan)

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian

BPSTW atau Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha adalah suatu lembaga yang berada dibawah naungan Departemen sosial yang mengololah pelayanan lansia. BPSTW terletak di Daerah Istimewah Yogyakarta tepatnya di daerah Kasongan Bantul. BPSTW didirikan pada tahun 1985. BPSTW difasilitasi dengan 8 wisma yang terdiri dari wisma A, B, C, D, E, F, G, H, yang dipergunakan untuk tempat tinggal lansia, di BPSTW juga ada mushola, ruang keterampilan, poli klinik dan aula yang dipergunakan untuk melakukan kegiatan rutin, di BPSTW sendiri terdapat petugas yang bekerja untuk pelayanan terhadap lansia petugas yang melakukan pelayanan terdiri dari bidang pekerja sosial, psikolog, perawat, dokter, keamanan dan lain sebagainya, BPSTW bekerja sama dengan Puskesmas dan Rumah Sakit. BPSTW Yogyakarta Unit Budi Luhur merupakan panti sosial yang tidak hanya bertugas memberikan pelayanan atau bimbingan untuk lansia yang berada di BPSTW tetapi BPSTW juga masyarakat yang berada di luar BPSTW. Jumlah lansia di BPSTW berjumlah 88 lansia. Setiap hari senin-sabtu BPSTW rutin melaksanakan kegiatan senam lansia pada pagi hari, lalu setiap hari rabu BPSTW rutin melakukan pemeriksaan yang dilakukan di poli klinik. Pemeriksaan yang dilakukan meliputi tekanan darah, dan pemeriksaan lain berdasarkan keluhan.

B. Analisis Data Pengkajian

Pengkajian adalah proses pengumpulan data atau informasi yang berhubungan dengan klien, untuk mengenal, mengidentifikasi masalah-masalah kebutuhan kesehatan dan keperawatan kepada klien, baik fisik, mental, sosial, spiritual dan lingkungan (Dermawan, 2012).

Peneliti melakukan teknik pendekatan yang berbeda pada kedua klien saat melakukan pengkajian, hal ini disebabkan karena kedua klien mempunyai sifat yang berbeda, dimana Ny.P lebih tertutup dibanding Ny.S sehingga peneliti membutuhkan teknik pendekatan yang berbeda. Pada saat pengkajian Ny.P peneliti lebih banyak mendengarkan tanpa langsung menyanggah apa yang menjadi pemahaman klien, berbeda pada saat pengkajian Ny.S yang lebih

terbuka sehingga penulis tidak menemukan kesulitan saat melakukan pendekatan

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 15 Mei 2019 didapatkan data keluhan utama Ny.P merasa khawatir dengan kondisi kesehatannya sehingga Ny.P tidak mau alat makan dan minumannya disatukan dengan teman satu wisma, Ny. P juga harus mencuci alat makan dan minumannya berkali-kali sebelum dan setelah digunakan hingga dirinya benar-benar yakin alat makan tersebut sudah bersih. Ny.P juga mengatakan kalau malam sulit tidur karena risih dan Ny. P juga takut terkena penyakit lainnya karena kamarnya disatukan dengan orang lain. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada hari dan tanggal yang sama dengan pasien yang berbeda yakni Ny.S diperoleh data bahwa Ny. S merasa khawatir dengan TD yang sering tinggi. Ny. S takut terkena stroke akibat tensinya yang sering tinggi, karena Alm. Suami Ny.S meninggal akibat stroke. Ny. S juga merasa takut apabila terkena stroke tidak akan ada yang merawat, karena teman-teman satu wisma terlalu cuek. Ny. S sering tidak bisa tidur jika malam hari karena terbayang-bayang kondisinya. Ny.S juga sering mimpi tentang Alm. Suami lalu terbangun dan sulit untuk tidur kembali. Terdapat kesamaan keluhan antara Ny. P dan Ny. S yakni kedua klien sama-sama merasa khawatir terkait kondisinya saat ini.

Menurut Videbeck 2008, dalam Ramadhani 2014 ansietas dibagi menjadi 4 klasifikasi, yakni ansietas ringan, sedang, berat. Berdasarkan data pada pengkajian tingkat kecemasan menggunakan pengkajian HARS Ny. P mendapatkan skor 13 dan Ny. S mendapatkan skor 11, yang berarti kedua klien sama-sama tergolong pada ansietas ringan. Ansietas ringan adalah perasaan bahwa ada sesuatu yang berbeda dan membutuhkan perhatian khusus (Videbeck 2008, dalam Ramadhani 2014). Pada tingkatan ini, seseorang masih mampu untuk memfokuskan pikiran untuk belajar, menyelesaikan masalah, berpikir, bertindak, merasakan, dan melindungi dirinya sendiri.

C. Analisis Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan sebagai suatu kesimpulan hasil dari analisa data pengkajian yang didapatkan dari *Nursing Diagnoses : Definition and Classification* atau biasa disebut NANDA (2018) menyebutkan bahwa suatu buku yang merumuskan diagnosa keperawatan menggunakan diagnosa keperawatan tunggal tanpa etiologi. Diagnosa keperawatan yang umum

pada klien usia lanjut yang mengalami hipertensi berdasarkan diagnosa (NANDA 2018).

Diagnosis keperawatan prioritas yang diangkat oleh penulis berdasarkan data hasil pengkajian yang diperoleh pada kedua klien adalah ansietas, hal ini mengacu pada *Nursing Diagnosis : Definition and Classification* (NANDA). Menurut NANDA (2018) Ansietas didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon otonom (sumber sering sekali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu); perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Bila dibandingkan dengan dua diagnosis lainnya ansietas merupakan diagnosis aktual yang paling mengancam apabila tidak ditangani. Berdasarkan data pengkajian pada Ny.P, klien mengatakan khawatir dengan kondisi kesehatannya, sehingga Ny.P tidak mau alat makan dan minumannya disatukan dengan teman satu wisma, dan Ny.P harus mencuci alat makan dan minumannya secara berulang-ulang sebelum digunakan. Tidak berbeda jauh dengan Ny.S yang mengatakan merasa khawatir dengan kondisi kesehatannya karena merasa takut akan terkena stroke seperti Alm. Suaminya dan Ny.S takut apabila terkena stroke tidak ada yang merawatnya.

D. Analisis Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis berpedoman pada *Nursing Intervention Classification* (NIC) & *Nursing Outcome Classification* (NOC) dimana tujuan keperawatan yang diharapkan yaitu mampu mengurangi kecemasan dan mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengontrol kecemasan. (NIC & NOC 2016).

Pada kasus Ny.P dan Ny.S penulis menggunakan kriteria hasil yang sama hal ini disebabkan Ny.P dan Ny.S mempunyai faktor berhubungan yang sama terkait dengan masalah yang dialami sehingga penulis menentukan kriteria hasil yang sama mengacu pada NOC 2016. Penulis juga menggunakan pedoman NIC dalam merumuskan intervensi keperawatan pada Ny.P dan Ny.S, yang dalam hal ini penulis mengambil label *Anxiety Reduction (5510)* dan *Relaxation Therapy (6040)* pada NIC 2016 dengan uraian tindakan sebagai berikut:

4. Bina hubungan saling percaya antara perawat-klien
5. Kaji tingkat ansietas dan diskusikan penyebab bila mungkin
6. Berikan penjelasan pada klien tentang penyakitnya.
7. Ajarkan cara menangani kecemasan

Relaxation Therapy (6040)

1. Dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman
2. Minta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi
3. Tunjukkan dan praktikan teknik relaksasi pada klien
4. Dorong klien untuk mengulang praktek teknik relaksasi, jika memungkinkan

Dalam hal ini penulis mengutamakan intervensi keperawatan nonfarmakologi yang akan diberikan kepada klien yaitu mengajarkan teknik relaksasi otot progresif. Teknik relaksasi otot progresif bermanfaat untuk meningkatkan kerja sistem saraf parasimpatis dan memanipulasi hipotalamus melalui pemutusan pikiran untuk membangun sikap atau pemikiran positif sehingga rangsangan cemas pada hipotalamus berkurang. Aktivitas dan sistem parasimpatis disebut juga *Trophotropic* yang dapat menyebabkan perasaan ingin istirahat, dan perbaikan fisik tubuh (Yuliati, 2018). Berdasarkan penelitian yang dilakukan Anisa (2016) pada 36 lansia, didapatkan hasil bahwa adanya penurunan tingkat kecemasan pada lansia yang telah diberikan teknik relaksasi otot progresif. Apabila dibandingkan dengan terapi nonfarmakologi lainnya seperti terapi non farmakologi lainnya seperti terapi musik, meditasi, yoga, terapi otot progresif paling mudah untuk dilakukan di BPSTW karena tidak membutuhkan alat apapun, sehingga hal ini yang menjadi pertimbangan penulis untuk melakukan teknik relaksasi otot progresif pada kedua klien.

E. Analisis Implementasi Keperawatan

Tahap lanjutan dari asuhan keperawatan yaitu implementasi dimana penulis melakukan tahap-tahap yang sudah direncanakan dan ditetapkan. Tahap ini merupakan tahap pelaksanaan tindakan yang lebih spesifik dalam proses perencanaan bersama klien. Tindakan keperawatan diberikan selama 3 hari. Tindakan yang diberikan kepada klien yaitu :

1. Implementasi hari pertama

Ny. P dan Ny. S diberikan tindakan yang sama yaitu dilakukan pengkajian penyebab kecemasan yang bertujuan untuk mengenali terlebih dahulu penyebab timbulnya masalah. Setelah mengetahui penyebab kecemasan, tindakan selanjutnya adalah melakukan memberikan edukasi terkait penyebab kecemasan. Terdapat kesamaan penyebab dari kedua klien yakni terkait hipertensi, maka edukasi yang diberikan adalah pendidikan kesehatan tentang

hipertensi yang meliputi definisi, penyebab, penanganan, dan komplikasi. Tindakan selanjutnya yang dilakukan pada Ny. P dan Ny. S adalah melatih teknik relaksasi otot progresif untuk mengurangi kecemasan dan untuk mengurangi masalah gangguan pola tidur. Menurut Sofiana (2017) teknik relaksasi otot progresif memiliki manfaat untuk membantu mengurangi ketegangan otot klien, mengurangi kecemasan, menurunkan tekanan darah, dan meningkatkan imunitas.

2. Implementasi hari kedua

Ny.P dan Ny.S diberikan tindakan yang sama pada hari kedua mengukur tekanan darah yang bertujuan untuk memonitor tekanan darah apakah ada peningkatan atau penurunan sebagai salah satu tolak ukur keberhasilan intervensi yang sudah diberikan sebelumnya. Tindakan selanjutnya adalah mengkaji tingkat kecemasan apakah ada penurunan atau tidak sebagai tolak ukur keberhasilan intervensi yang sudah diberikan.

3. Implementasi hari ketiga

Ny.P dan Ny.S diberikan tindakan yang sama pada hari ketiga mengukur tekanan darah yang bertujuan untuk memonitor tekanan darah apakah ada peningkatan atau penurunan sebagai salah satu tolak ukur keberhasilan intervensi yang sudah diberikan sebelumnya. Tindakan selanjutnya adalah mengkaji tingkat kecemasan apakah ada penurunan atau tidak sebagai tolak ukur keberhasilan intervensi yang sudah diberikan.

F. Analisis Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam kasus ini penulis menggunakan sistem SOAP. Secara oprasional: S adalah hal yang dikemukakan oleh pasien atau keluarga secara subjektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, O adalah hal-hal yang ditamui oleh perawat secara objektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, A adalah analisis dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan terkait dengan diagnosa, P adalah perencanaan yang akan datang setelah merespon dari pasien atau keluarga pada tahap evalusai (Setyowati, 2008).

Setelah dilakukan tindakan selama 3x7 jam didapatkan hasil pada kedua klien berdasarkan NOC dengan label *Anxiety Level* terdapat penurunan tingkat perasaan gelisah dan perasaan cemas yang disampaikan secara lisan. Pada Ny. P terdapat penurunan perasaan gelisah dari skala 3 (sedang) ke skala 4 (ringan), lalu terjadi peningkatan dalam kemampuan untuk melakukan teknik mengontrol

cemas dari skala 2 (jarang dilakukan) ke skala 4 (sering dilakukan) dan terjadi peningkatan pada pengetahuan tentang penyakit dari skala 2 (pengetahuan terbatas) ke skala 4 (pengetahuan banyak). Kualitas tidur pada Ny.P terjadi peningkatan dari skala 3 (cukup terganggu) ke skala 4 (sedikit terganggu), sedangkan untuk tekanan darah tidak terjadi perubahan yang signifikan yakni dari 145/90 ke 145/100. Tidak berbeda jauh dengan Ny. P pada Ny.S juga terjadi perubahan yakni penurunan perasaan gelisah dari skala 3 (sedang) ke skala 4 (ringan), lalu terjadi peningkatan dalam kemampuan untuk melakukan teknik mengontrol cemas dari skala 2 (jarang dilakukan) ke skala 4 (sering dilakukan) dan terjadi peningkatan pada pengetahuan tentang penyakit dari skala 2 (pengetahuan terbatas) ke skala 4 (pengetahuan banyak). Kualitas tidur pada Ny.S terjadi peningkatan dari skala 3 (cukup terganggu) ke skala 4 (sedikit terganggu), sedangkan untuk tekanan darah Ny.S berbeda dengan Ny.P, terdapat perubahan yang signifikan pada tekanan darah Ny.S yakni dari 150/100 ke 140/80.

Dapat disimpulkan bahwa terdapat penurunan perasaan gelisah, terdapat peningkatan kemampuan mengidentifikasi teknik untuk mengontrol cemas serta terdapat peningkatan dalam menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas pada kedua klien, hal ini merujuk pada kriteria hasil NOC dengan label *Anxiety Level* dan *Anxiety Sel-Control*.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan kasus tentang laporan kasus asuhan klien dengan insomnia pada lansia hipertensi di Wisma B Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Kasongan Bantul Yogyakarta, maka dari hasil kasus ini dapat diambil simpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian pada Ny. P didapatkan data bahwa Ny.P mengatakan khawatir dengan kesehatannya, sehingga Ny.P tidak mau alat makan dan minumannya disatukan dengan teman satu wisma, Ny. P juga harus mencuci alat makan dan minumannya berkali-kali sebelum dan setelah digunakan hingga dirinya benar-benar yakin alat makan tersebut sudah bersih.
2. Pengkajian pada Ny. S juga didapatkan data bahwa Ny. S merasa khawatir dengan TD yang sering tinggi. Ny. S takut terkena stroke akibat tensinya yang sering tinggi, karena Alm. Suami Ny.S meninggal akibat stroke. Ny. S juga merasa takut apabila terkena stroke tidak akan ada yang merawat, karena teman-teman satu wisma terlalu cuek.
3. Diagnosis yang ditegakkan berdasarkan prioritas pada kasus Ny. P dan Ny. S yaitu cemas.
4. Intervensi keperawatan dilakukan untuk mencapai tujuan merujuk pada NOC dengan label *Anxiety Level* dan *Anxiety Self-Control* dengan kriteria hasil penurunan perasaan gelisah, peningkatan kemampuan klien dalam melakukan teknik mengontrol cemas, menunjukkan teknik mengontrol cemas yang dalam hal ini menggunakan teknik relaksasi otot progresif.
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan dari tanggal 16, 17 dan 18 Mei 2019 pada Ny. P dan Ny. S yaitu mengajarkan teknik relaksasi otot progresif dengan tujuan untuk mengurangi perasaan gelisah dan mampu menggunakan teknik untuk mengontrol cemas. Teknik relaksasi ini dapat membantu mengurangi ketegangan otot, mengurangi perasaan gelisah, menurunkan tekanan darah, meningkatkan imunitas, sehingga individu dapat mengontrol diri.

5. Setelah dilakukan tindakan selama 3x7 jam didapatkan hasil pada Ny. P perasaan gelisah dari skala 3 (sedang) ke skala 4 (ringan), lalu menggunakan teknik mengontrol cemas dari skala 2 (jarang dilakukan) ke skala 4 (sering dilakukan), sedangkan untuk tekanan darah tidak terjadi perubahan yang signifikan yakni dari 145/90 ke 145/100.
6. Setelah dilakukan tindakan 3x7 jam pada Ny.S perasaan gelisah dari skala 3 (sedang) ke skala 4 (ringan), lalu menggunakan teknik mengontrol cemas dari skala 2 (jarang dilakukan) ke skala 4 (sering dilakukan) sedangkan untuk tekanan darah Ny.S berbeda dengan Ny.P, terdapat perubahan yang signifikan pada tekanan darah Ny.S yakni dari 150/100 ke 140/80.
7. Dapat disimpulkan bahwa terdapat penurunan perasaan gelisah, terdapat peningkatan kemampuan mengidentifikasi teknik untuk mengontrol cemas serta terdapat peningkatan dalam menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas pada kedua klien, hal ini merujuk pada kriteria hasil NOC dengan label *Anxiety Level* dan *Anxiety Sel-Control*.

B. Saran

1. Bagi Lansia

Diharapkan lansia dapat menerapkan teknik relaksasi progresif secara rutin untuk menangani kecemasan. Teknik relaksasi dilakukan 10-15 menit minimal 1 kali sehari.

2. Bagi BPSTW

Diharapkan bagi perawat BPSTW karya ilmiah ini bisa menjadi salah satu referensi untuk melakukan tindakan keperawatan. Dikhususkan bagi lansia yang mengalami kecemasan karya ilmiah ini bisa menjadi bahan pertimbangan untuk mengajarkan teknik relaksasi otot progresif bagi lansia yang mengalami kecemasan.

3. Bagi Perawat

Diharapkan perawat dapat mendampingi lansia yang membutuhkan edukasi terkait kondisi kesehatannya.

4. Bagi Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan menjadi sumber bacaan dan referensi mahasiswa dalam peningkatan ilmu keperawatan, sehingga bisa meningkatkan keterampilan mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan gerontik.

DAFTAR PUSTAKA

- Amir, S. (2014). *Tahukah Anda? Makanan Berbahaya Untuk Jantung*. Jakarta: Dunia Sehat
- Andiazmuhammad. (2015). *Teknik-Teknik Dalam Penelitian*. Malang: Bayu Media.
- Anisa, Qori. (2016). Pengaruh Relaksasi Otot Progresif Terhadap Kecemasan Lansia Di Panti Wredha Harapan Ibu Semarang Barat. *Jurnal Ilmu Keperawatan*. Vol.2.
- Azizah, L. (2011). *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Clinical Hypnotherapy. (2010.) *The Fast Track to Your Success Dynamic Training*. Jakarta : IACH.
- Dermawan, D.(2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep dan Kerangka Kerja*. Yogyakarta: Gosyen.
- Dharma (2011) *Metodologi Penelitian keperawatan*. Jakarta :CV. Trans Info Media.
- Dinkes DIY. (2018). Sekilas Kesehatan Provinsi DIY, <http://mpu.dinkesjatengprov.co.id>, diakses tanggal 10 Juni 2019
- Fontaine & Fletcher. (2003). *Mental Health Nursing*. 5th ed. New Jearsey: Pearson Education, Inc.
- Hanan. (2016). *Observasi dan Wawancara*. Malang: Bayu Media.
- Irfan, F. (2010). *Hypnotherapy for Healthy and Happiness Life Menghipnotis Diri untuk Meraih Kehidupan yang Sehat, Bahagia dan Kesuksesan*. Yogyakarta: Pustaka Larasati.
- Junaidi. (2010). Penurunan Tingkat Kecemasan Melalui Terapi Musik Langan Jawa. *Jurnal Ilmu Keperawatan*. No.3. Vol.13
- Kowalski. (2010). *Terapi Hipertensi: program 8 minggu menurunkan tekanan darah tinggi dan mengurangi risiko serangan jantung dan stroke secara alami*. Bandung: Qanita.
- Nugroho, W. (2000). *Keperawatan Gerontik*, Edisi 2. Penerbit: EGC
- Nurarifah. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC*. Edisi Revisi Jilid 2. Jogjakarta; Medi Action
- Ode. L. S (2012). *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Penerbi: Nusa Medika
- Palmer, A. (2007). *Tekanan Darah Tinggi*. Jakarta : Erlangga.

- Potter, A. Perry. (2013). *Fundamental of Nursing: Buku I Edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika
- Ramadhani,Raditha. (2014). Asuhan Keperawatan Psikososial: Ansietas Pasien Hipertensi Di Ruang Gayatri Rs. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. *Karya Ilmiah Akhir Ners*. Universitas Indonesia. Diakses 10 Juni 2019 dalam <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/2016-5/20390973-PR-Raditha%20Ramadhany%20Dika%20Alba%20Putri.pdf>
- Sartika. (2014). Hubungan Tingkat Stres Dengan Tingkat Stres Pada Dewasa Madya Di Niten Nogotirto Gamping Sleman Yogyakarta. *Skripsi*. Fakultas Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta
- Sonjaya, R. (2017). Peranan Pembelajaran PPKN dalam Meningkatkan Kedisiplinan Siwsa di SMPN 26 Bandung (Penelitian Analitis Deskriptif Kualitatif dalam Meningkatkan Kedisiplinan Siswa di Kelas VIII SMPN 26 Bandung). *Skripsi FKIP Unpas*. Diakses 12 Juni 2019 dalam <http://repository.unpas.ac.id/30392/7/bab%203.pdf>
- Sugiyono. (2015). *Metode Penelitian Kombinasi (Mix Method)*. Bandung: Alfabeta
- Sutanto. 2010. Cekal (Cegah dan Tangkal) Penyakit Modern Hipertensi, Stroke, Jantung, Kolestrol, dan Diabetes. Yogyakarta: C.V Andi Offset.
- Videbeck, Shella L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Wiria. 2015. Toksikologi Farmakologi dan Terapi, Edisi 5, Bagian Farmakologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, hh. : 834-835.
- Yekti, Setiyorini. (2014). Hubungang Kualitas Tidur Dengan Tekanan Darah Pada Lansia Hipertensi Di Gamping Sleman Yogyakarta. *Skripsi*. Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.

LAMPIRAN



Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

TIME SCHEDULE

[illegible]

PENGKAJIAN HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*)

Menurut Thompson (2015) cara penilaian kecemasan menggunakan HARS adalah dengan memberikan nilai dengan kategori:

- 0 = tidak ada gejala sama sekali
- 1 = Satu dari gejala yang ada
- 2 = Sedang/ separuh dari gejala yang ada
- 3 = berat/lebih dari $\frac{1}{2}$ gejala yang ada
- 4 = Sangat berat semua gejala ada

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlahkan skor pada 14 item, dengan kategori skor sebagai berikut:

- 5) Skor kurang dari 6 = tidak ada kecemasan.
- 6) Skor 7 – 14 = kecemasan ringan.
- 7) Skor 15 – 27 = kecemasan sedang.
- 8) Skor lebih dari 27 = kecemasan berat.



unisa
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

HASIL PENGKAJIAN HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*)

Ny.P						
NO	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan Ansietas <ul style="list-style-type: none">• Cemas• Firasat Buruk• Takut Akan Pikiran Sendiri• Mudah Tersinggung			√		
2	Ketegangan <ul style="list-style-type: none">• Merasa Tegang• Lesu• Tak Bisa Istirahat Tenang• Mudah Terkejut• Mudah Menangis• Gemetar• Gelisah			√		
3	Ketakutan <ul style="list-style-type: none">• Pada Gelap• Pada Orang Asing• Ditinggal Sendiri• Pada Binatang Besar• Pada Keramaian Lalu Lintas• Pada Kerumunan Orang Banyak			√		
4	Gangguan tidur <ul style="list-style-type: none">• sukar memulai tidur• terbangun pada malam hari• tidur tidak pulas dan mimpi buruk.			√		
5	Gangguan Kecerdasan <ul style="list-style-type: none">• Sukar Konsentrasi• Daya Ingat Buruk	√				
6	Perasaan Depresi <ul style="list-style-type: none">• Hilangnya Minat• Berkurangnya Kesenangan Pada Hobi• Sedih• Bangun Dini Hari• Perasaan Berubah-Ubah Sepanjang Hari			√		
7	Gejala Somatik (Otot) <ul style="list-style-type: none">• Sakit dan Nyeri di Otot-Otot• Kaku• Kedutan Otot• Gigi Gemerutuk• Suara Tidak Stabil	√				
8	Gejala Somatik (Sensorik) <ul style="list-style-type: none">• Tinitus• Penglihatan Kabur• Muka Merah atau Pucat• Merasa Lemah• Perasaan ditusuk-Tusuk	√				

Ny.P						
NO	Pertanyaan	0	1	2	3	4
9	Gejala kardiovaskuler <ul style="list-style-type: none">• Takikardi• nyeri di dada• denyut nadi mengeras dan• detak jantung hilang sekejapp	√				
10	Gejala Respiratori <ul style="list-style-type: none">• Rasa Tertekan atau Sempit Di Dada• Perasaan Tercekik• Sering Menarik Napas• Napas Pendek/Sesak	√				
11	Gejala Gastrointestinal <ul style="list-style-type: none">• Sulit Menelan• Perut Melilit• Gangguan Pencernaan• Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan• Perasaan Terbakar di Perut• Rasa Penuh atau Kembung• Mual• Muntah• Buang Air Besar Lembek• Kehilangan Berat Badan• Sukar Buang Air Besar (Konstipasi)	√				
12	Gejala Urogenital <ul style="list-style-type: none">• Sering Buang Air Kecil• Tidak Dapat Menahan Air Seni• Amenorrhoe• Menorrhagia• Menjadi Dingin (Frigid)• Ejakulasi Praecoeks - Ereksi Hilang• Impotensi		√			
13	Gejala Otonom <ul style="list-style-type: none">• Mulut Kering• Muka Merah• Mudah Berkeringat• Pusing, Sakit Kepala• Bulu-Bulu Berdiri	√				
14	Tingkah Laku Pada Wawancara <ul style="list-style-type: none">• Gelisah• Tidak Tenang• Jari Gemetar• Kerut Kening• Muka Tegang• Tonus Otot Meningkat• Napas Pendek dan Cepat• Muka Merah			√		
	Skor	13				

Ny.S						
NO	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan Ansietas <ul style="list-style-type: none">• Cemas• Firasat Buruk• Takut Akan Pikiran Sendiri• Mudah Tersinggung			√		
2	Ketegangan <ul style="list-style-type: none">• Merasa Tegang• Lesu• Tak Bisa Istirahat Tenang• Mudah Terkejut• Mudah Menangis• Gemetar• Gelisah			√		
3	Ketakutan <ul style="list-style-type: none">• Pada Gelap• Pada Orang Asing• Ditinggal Sendiri• Pada Binatang Besar• Pada Keramaian Lalu Lintas• Pada Kerumunan Orang Banyak		√			
4	Gangguan tidur <ul style="list-style-type: none">• sukar memulai tidur• terbangun pada malam hari• tidur tidak pulas dan mimpi buruk.					√
5	Gangguan Kecerdasan <ul style="list-style-type: none">• Sukar Konsentrasi• Daya Ingat Buruk	√				
6	Perasaan Depresi <ul style="list-style-type: none">• Hilangnya Minat• Berkurangnya Kesenangan Pada Hobi• Sedih• Bangun Dini Hari• Perasaan Berubah-Ubah Sepanjang		√			
7	Gejala Somatik (Otot) <ul style="list-style-type: none">• Sakit dan Nyeri di Otot-Otot• Kaku• Kedutan Otot• Gigi Gemerutuk• Suara Tidak Stabil	√				
8	Gejala Somatik (Sensorik) <ul style="list-style-type: none">• Tinitus• Penglihatan Kabur• Muka Merah atau Pucat• Merasa Lemah• Perasaan ditusuk-Tusuk	√				

Ny.S						
NO	Pertanyaan	0	1	2	3	4
9	Gejala kardiovaskuler <ul style="list-style-type: none">• Takikardi• nyeri di dada• denyut nadi mengeras dan• detak jantung hilang sekejap	√				
10	Gejala Respiratori <ul style="list-style-type: none">• Rasa Tertekan atau Sempit Di Dada• Perasaan Tercekik• Sering Menarik Napas• Napas Pendek/Sesak	√				
11	Gejala Gastrointestinal <ul style="list-style-type: none">• Sulit Menelan• Perut Melilit• Gangguan Pencernaan• Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan• Perasaan Terbakar di Perut• Rasa Penuh atau Kembung• Mual• Muntah• Buang Air Besar Lembek• Kehilangan Berat Badan• Sukar Buang Air Besar (Konstipasi)	√				
12	Gejala Urogenital <ul style="list-style-type: none">• Sering Buang Air Kecil• Tidak Dapat Menahan Air Seni• Amenorrhoe• Menorrhagia• Menjadi Dingin (Frigid)• Ejakulasi Praecoaks - Ereksi Hilang• Impotensi	√				
13	Gejala Otonom <ul style="list-style-type: none">• Mulut Kering• Muka Merah• Mudah Berkeringat• Pusing, Sakit Kepala• Bulu-Bulu Berdiri	√				
14	Tingkah Laku Pada Wawancara <ul style="list-style-type: none">• Gelisah• Tidak Tenang• Jari Gemetar• Kerut Kening• Muka Tegang• Tonus Otot Meningkat• Napas Pendek dan Cepat• Muka Merah		√			
	Skor	11				



LEMBAR BIMBINGAN KIAN

Nama Mahasiswa : Trisna Setya Dewi
Nim : 1810206061
Nama Pembimbing : Suni Salmiyati, S.Kep., Ns., M.Kes.
Judul : Laporan kasus Gerontik Dengan kecemasan pada lansia Hipertensi di Balai Pekar Sosial Trema Werda Yogyakarta Unit Budi Luhur
Program studi : Profesi Ners

Konsultasi ke:	Tanggal	Materi bimbingan dan arahan	Tanda tangan pembimbing
1	2/7 2019	- Revisi penulisan - Implementasi & evaluasi masih kurang.	
2	9/7 2019	- Penulisan analisa keperawatan masih belum tepat	
3	15/7 2019	ACC	
4.	05/8 2019	Revisi bab 1 dan 2	
5	7/8 2019	Acc bab 1 - 3 Revisi bab 4 & 5	
6	8/8 2019	Acc Ujian KIAN	
7	19/8 2019	Acc Revisi parca ujian	