

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

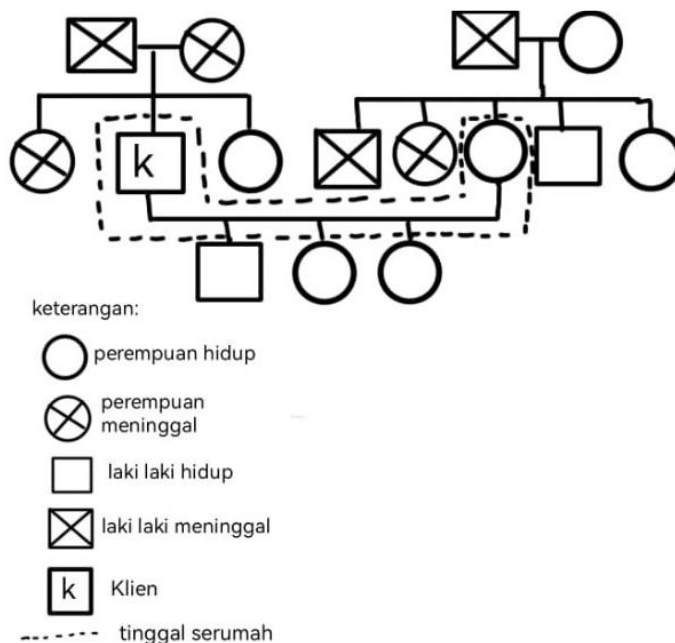
A. Pengkajian

1. Identitas

Tn. I adalah seorang laki-laki berusia 72 tahun, berasal dari suku Aceh dan beragama Islam. Ia bertempat tinggal di Desa Pasie Lamgarot, Kecamatan Ingin Jaya, Kabupaten Aceh Besar. Pasien telah menikah dan tinggal bersama istrinya, Ny. B, yang berusia 67 tahun. Keduanya merupakan pensiunan Pegawai Negeri Sipil (PNS). Pendidikan terakhir Tn. I adalah Sekolah Menengah Atas (SMA). Saat ini, ketiga anaknya telah berkeluarga dan tidak tinggal serumah dengan beliau

2. Riwayat kesehatan

- Keluhan Utama : Tn. I mengatakan berdebar di saat tertentu, dan pusing seperti melayang kemudian terdang mudah lelah saat bekerja. Tn. I mengatakan pusing berputar. Keluhan ini bersifat hilang timbul, terutama dirasakan pada pagi hari setelah bangun tidur
- Keluhan yang dirasakan tiga bulan terakhir : Tn. I merasakan nafsu makan menurun dan sering terbangun di malam hari
- Riwayat penyakit saat ini : Hipertensi
- Genogram



3. Status Fisiologis

- Postur tulang belakang Tn. I yaitu tegap.

b. Tanda-tanda vital :

Pada saat pemeriksaan, suhu tubuh Tn. I tercatat sebesar 36°C, berada dalam rentang normal. Tekanan darahnya menunjukkan nilai 160/90 mmHg, yang mengindikasikan hipertensi stadium 1. Frekuensi nadi terukur sebanyak 99 kali per menit, sedikit meningkat dari batas normal. Frekuensi pernapasan tercatat 24 kali per menit, juga berada di atas ambang normal. Berat badan pasien adalah 59 kg dengan tinggi badan 164 cm, menghasilkan Indeks Massa Tubuh (IMT) sebesar 21,96 kg/m², yang termasuk dalam kategori normal.

4. Pemeriksaan Fisik (*Head to Toe*)

a. Kepala

Kepala Tn. I tampak simetris, bersih, tanpa benjolan maupun luka. Rambutnya bersih, dominan berwarna putih, berpotongan pendek, dan tidak mengalami kerontokan. Tn. I mengeluhkan pusing di bagian belakang kepala dengan sensasi seperti tertekan, disertai tekanan darah 160/90 mmHg. Keluhan ini bersifat hilang timbul, terutama dirasakan pada malam hari, dengan intensitas nyeri skala 3 dari 10. Keluhan ini sudah dirasakan selama 2 minggu ini.

b. Mata

Pada Tn. I, konjungtiva tampak normal tanpa tanda anemia, dan sklera tidak menunjukkan ikterus. Tidak ditemukan peradangan pada kedua mata, serta tidak terdapat strabismus. Namun, pasien mengeluhkan penglihatan yang sedikit kabur.

c. Hidung

Pada pemeriksaan fisik, bentuk hidung Tn. I tampak simetris tanpa kelainan struktural. Tidak ditemukan adanya polip, luka, atau tanda-tanda peradangan pada rongga hidung. Mukosa hidung tampak bersih dan lembab. Fungsi penciuman berada dalam batas normal, tidak terdapat gangguan olfaktori yang dilaporkan oleh pasien.

d. Mulut dan Tenggorokan

Pada Tn. I, kebersihan mulut tampak baik. Mukosa bibir terlihat lembab dan sehat, tanpa tanda-tanda peradangan. Fungsi orofaring dalam batas normal, dan tidak ditemukan adanya gangguan menelan

e. Telinga

Pada Tn. I, kebersihan telinga tampak baik, tanpa adanya serumen berlebih. Tidak ditemukan tanda-tanda peradangan pada kedua telinga, dan fungsi pendengaran berada dalam batas normal tanpa keluhan gangguan.

f. Leher

Pada Tn. I, tidak ditemukan pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat lesi pada leher, dan tidak tampak pembesaran vena jugularis. Pemeriksaan leher secara umum berada dalam batas normal.

g. Dada

Pada Tn. I, bentuk dada tampak normal (normo chest) tanpa tanda-tanda retraksi. Tidak ditemukan ronchi maupun wheezing pada pemeriksaan auskultasi paru. Ictus cordis teraba pada antara ruang interkostal ke-4 hingga ke-5 garis mid-klavikula, sesuai dengan posisi normal jantung.

h. Abdomen

Pada Tn. I, bentuk perut tampak normal tanpa kelainan struktural. Tidak ditemukan nyeri tekan, massa, maupun distensi abdomen. Bising usus terdengar dengan frekuensi 12 kali per menit, berada dalam batas normal, menandakan aktivitas peristaltik yang baik.

i. Genetalia

Pada pemeriksaan genitalia Tn. I, tidak ditemukan kelainan yang mencolok. Genitalia tampak dalam kondisi bersih dan normal, tanpa adanya lesi, pembengkakan, atau tanda-tanda infeksi. Tidak terdapat keluhan nyeri, gatal, atau gangguan fungsi eliminasi urin yang dilaporkan oleh pasien.

j. Ekstermitas

Pada Tn. I, ekstremitas tampak simetris dan tidak ditemukan kelainan bentuk. Tidak terdapat edema, deformitas, atau luka pada tangan maupun kaki. Kekuatan otot dan tonus berada dalam batas normal, serta tidak ditemukan tremor atau kelemahan. Refleks fisiologis terpantau baik, dan tidak ada gangguan mobilitas atau koordinasi yang dilaporkan. Warna kulit ekstremitas tampak normal, dengan suhu yang hangat dan sirkulasi perifer yang baik.

k. Integumen

Pada Tn. I, kondisi integumen tampak baik. Kulit terlihat bersih, tidak terdapat luka, ruam, atau lesi. Warna kulit merata sesuai dengan ras dan usia, tanpa tanda-tanda sianosis, ikterus, atau pucat. Turgor kulit masih dalam batas normal, menunjukkan hidrasi yang cukup. Tidak ditemukan kelainan pada kuku maupun rambut yang menyertai.

l. Sistem Neurologis

Pada Tn. I, sistem neurologis berada dalam batas normal. Pasien tampak sadar penuh (kompos mentis) dan mampu berorientasi baik terhadap waktu, tempat, serta orang. Tidak ditemukan keluhan atau tanda-tanda defisit neurologis fokal. Refleks fisiologis terpantau normal, dan tidak terdapat kelainan motorik maupun sensorik. Koordinasi gerak dan keseimbangan tubuh baik, serta tidak ditemukan tremor, parestesia, atau kelemahan otot.

m. Pengkajian Psikososial

Tn. I tampak kooperatif dan mampu berkomunikasi dengan baik selama pemeriksaan. Kesadaran penuh, orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang baik. Pasien tinggal bersama keluarga dan mendapatkan dukungan sosial yang memadai. Tidak ditemukan tanda-tanda gangguan mood, kecemasan, atau perilaku menyimpang. Tn. I menyatakan masih mampu menjalankan aktivitas sehari-hari secara mandiri dan memiliki hubungan interpersonal yang harmonis. Tidak terdapat keluhan terkait stres psikologis atau masalah sosial yang signifikan.

n. Pengkajian Terhadap Perilaku Kesehatan

Tn. I menunjukkan perilaku kesehatan yang cukup baik. Pasien menjaga kebersihan diri secara rutin, termasuk kebersihan mulut, rambut, dan kulit. Pola makan terpantau teratur, meskipun belum sepenuhnya mengikuti prinsip diet hipertensi. Aktivitas fisik dilakukan ringan hingga sedang, namun belum konsisten setiap hari. Tn. I tidak merokok dan tidak mengonsumsi alkohol. Kepatuhan terhadap pengobatan cukup baik, meskipun sesekali lupa minum obat. Pasien memiliki kesadaran terhadap pentingnya kontrol tekanan darah dan rutin melakukan pemeriksaan kesehatan. Dukungan keluarga turut berperan dalam menjaga perilaku sehat pasien.

o. Pengkajian Lingkungan

1). Pemukiman

Tn. I tinggal di lingkungan pemukiman yang teratur dan layak huni. Rumah memiliki struktur yang aman, dengan ventilasi dan pencahayaan yang cukup untuk mendukung kesehatan. Akses terhadap air bersih, sanitasi, dan fasilitas umum seperti puskesmas atau toko kebutuhan harian berada dalam jangkauan. Lingkungan sekitar relatif bersih dan tidak menunjukkan risiko kesehatan lingkungan seperti genangan air, limbah terbuka, atau polusi udara yang berlebihan. Interaksi sosial antarwarga berjalan baik, dan suasana pemukiman mendukung kenyamanan serta keamanan bagi lansia.

2). Fasilitas

Tempat tinggal Tn. I dilengkapi dengan fasilitas dasar yang memadai untuk mendukung kesehatan dan kenyamanan hidup sehari-hari. Rumah memiliki akses terhadap air bersih, listrik, dan sanitasi yang baik. Tersedia kamar tidur yang layak, dapur dengan ventilasi cukup, serta kamar mandi yang bersih dan fungsional. Lingkungan sekitar memiliki akses terhadap fasilitas umum seperti puskesmas, toko kebutuhan harian, tempat ibadah, dan sarana transportasi. Fasilitas tersebut mendukung aktivitas harian Tn. I dan memungkinkan pemantauan kesehatan secara berkala.

3). Pengkajian Keamanan dan Transportasi

Lingkungan tempat tinggal Tn. I tergolong aman, dengan tingkat kriminalitas rendah dan pencahayaan lingkungan yang memadai pada malam hari. Rumah memiliki pengamanan dasar seperti pagar dan kunci yang berfungsi baik. Tidak terdapat risiko jatuh yang signifikan di dalam rumah; lantai rata, tidak licin, dan terdapat pegangan di area rawan seperti kamar mandi. Dari segi transportasi, Tn. I memiliki akses yang baik terhadap sarana transportasi umum maupun pribadi. Jalan menuju fasilitas kesehatan dan pusat layanan masyarakat dapat dijangkau dengan mudah. Pasien tidak mengalami hambatan mobilitas yang mengganggu akses terhadap layanan penting.

4). Komunikasi

Tn. I mampu berkomunikasi secara verbal dengan baik. Artikulasi jelas, volume suara cukup, dan tidak terdapat gangguan bicara seperti

afasia atau disartria. Pendengaran dalam batas normal, memungkinkan interaksi dua arah yang efektif. Pasien mampu memahami instruksi dan menanggapi pertanyaan dengan tepat. Tidak ditemukan hambatan dalam menyampaikan kebutuhan atau keluhan secara lisan. Bahasa tubuh dan ekspresi wajah sesuai dengan konteks pembicaraan.

p. Pengkajian Afektif Inventaris Depresi Beck

Hasil pengisian Inventaris Depresi Beck (BDI) pada Tn. I menunjukkan skor total sebesar 3, yang termasuk dalam kategori depresi tidak ada atau minimal. Hal ini mengindikasikan bahwa Tn. I tidak mengalami gejala depresi yang signifikan secara klinis. Pasien tampak stabil secara emosional, tidak menunjukkan tanda-tanda gangguan afektif seperti perasaan sedih berkepanjangan, kehilangan minat, atau gangguan tidur yang berkaitan dengan mood. Fungsi sosial dan aktivitas sehari-hari berjalan baik, serta tidak ditemukan keluhan psikologis yang mengarah pada distress emosional.

q. Pengkajian Status Sosial – APGAR Keluarga

Berdasarkan hasil pengkajian menggunakan instrumen APGAR Keluarga, Tn. I menunjukkan fungsi sosial yang baik. Pasien mampu berinteraksi secara positif dengan lingkungan sekitar dan menjalin hubungan interpersonal yang harmonis. Tn. I juga menunjukkan kemampuan dalam menghadapi dan menyelesaikan masalah secara mandiri maupun dengan dukungan keluarga. Hal ini mencerminkan adanya adaptasi, partisipasi, dan dukungan emosional yang cukup dari sistem keluarga, serta peran sosial yang tetap aktif dalam komunitas.

r. Pengkajian Masalah Emosional

Pada Tn. I tidak ditemukan adanya masalah emosional yang signifikan. Pasien menunjukkan kestabilan emosi dalam interaksi sehari-hari, tidak tampak mudah marah, cemas, atau sedih berlebihan. Respons emosional terhadap situasi sosial dan kesehatan berada dalam batas adaptif. Tn. I mampu mengelola stres dengan baik dan tidak menunjukkan tanda-tanda gangguan afektif atau perilaku menyimpang.

s. Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ

Berdasarkan hasil pengisian SPMSQ, Tn. I mampu menjawab 8 dari 10 pertanyaan dengan benar. Hasil ini menunjukkan bahwa Tn. I berada dalam

kategori fungsi intelektual utuh, tanpa indikasi gangguan kognitif yang signifikan. Pasien menunjukkan kemampuan berpikir logis, mengingat informasi dasar, dan memahami situasi secara adekuat. Tidak ditemukan tanda-tanda disorientasi, gangguan memori jangka pendek, atau kesulitan dalam pengambilan keputusan sehari-hari

t. Pengkajian Fungsional – Indeks Barthel

Hasil pengkajian menggunakan Indeks Barthel menunjukkan skor 14, yang mengindikasikan bahwa Tn. I berada dalam kategori ketergantungan ringan. Pasien masih mampu melakukan sebagian besar aktivitas dasar sehari-hari secara mandiri, seperti makan, berpakaian, dan mobilisasi ringan, namun memerlukan bantuan minimal dalam beberapa aspek seperti mandi, toileting, atau naik turun tangga. Kondisi ini mencerminkan adanya penurunan fungsi fisik ringan yang masih dapat ditangani dengan dukungan lingkungan dan keluarga.

u. Berdasarkan hasil pengkajian menggunakan Indeks KATZ,

Tn. I memperoleh skor “A”, yang berarti pasien mampu melakukan seluruh aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri tanpa memerlukan bantuan orang lain. Pasien dapat mandi, berpakaian, menggunakan toilet, berpindah posisi, menjaga kontinensia, serta makan dengan baik secara mandiri. Kondisi ini mencerminkan kemandirian penuh dan menunjukkan bahwa fungsi dasar pasien masih terpelihara dengan optimal. Lansia dengan skor “A” memiliki kualitas hidup yang baik, tingkat ketergantungan minimal, serta potensi besar untuk mempertahankan kesehatan dan aktivitas sehari-hari. Dalam konteks keperawatan, intervensi difokuskan pada pemeliharaan kemampuan yang ada, pencegahan penurunan fungsi, serta pemberdayaan pasien agar tetap aktif, produktif, dan berpartisipasi dalam kegiatan sosial maupun keluarga.

B. Analisa Data

Analisa data yang di ambil berdasarkan pengkajian tanggal 12 Agustus 2025

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: klien mengatakan berdebar di saat tertentu, cemas dan pusing seperti melayang	Peningkatan afterload, frekuensi jantung	Risiko penurunan curah jantung

	kemudian terkadang mudah lelah saat bekerja DO: TD:160/90 mmHg N : 90 x/mnt RR: 24 x/mnt T: 36.5 C RPO : Amlodipine	abnormal, irama jantung tidak teratur, kontraktilitas menurun, serta perubahan preload.	
2.	DS : klien mengatakan pusing berputar. Keluhan ini bersifat hilang timbul, terutama dirasakan pada pagi hari setelah bangun tidur DO: TD:160/90 mmHg TD:160/90 mmHg N : 90 x/mnt RR: 24 x/mnt T: 36.5 C RPO : Amlodipine	Hipertensi kronis, perubahan elastisitas pembuluh darah, efek obat antihipertensi	Risiko Perfusi serebral tidak efektif
3.	DS: Klien mengatakan tidak tau apa yang terjadi bila tekanan darah tidak terkontrol Klien mengatakan jarang minum obat karena takut tekanan darah drop DS: Klien bertanya tentang penyakit atau kondisinya saat ini	kurang terpapar informasi, keterbatasan akses edukasi, rendahnya literasi kesehatan, serta minim dukungan keluarga atau budaya yang salah sehingga pasien tidak memahami penyakit dan pengobatannya.	Defisit pengetahuan

C. Diagnosa

1. Risiko penurunan curah jantung diakaitkan dengan perubahan afterload, perubahan frekuensi jantung, perubahan irama jantung, perubahan kontraktilitas atau perubahan preload (SDKI, D.0011)
2. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (SDKI D.0017)

3. Defisit pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang terpapar informasi (SDKI, D.0111).

D. Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1.	Risiko penurunan curah jantung dikaitkan dengan perubahan afterload, perubahan frekuensi jantung, perubahan irama jantung, perubahan kontraktilitas atau perubahan preload (SDKI, D.0011)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: a. Tekanan darah membaik b. Kekuatan nadi perifer meningkat c. Perasaan lelah (SLKI, L.02008)	Observasi a. Identifikasi tanda/gejala primer dan sekunder b. Monitor tekanan darah c. Monitor keluhan nyeri dada Terapeutik : a. Posisikan semi fowler/fowler dengan kaki ke bawah/posisi nyaman b. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat c. Berikan dukungan emosional dan spiritual Edukasi : a. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi b. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap (SIKI, I. 02075)
2.	Perfusi serebral tidak efektif dikaitkan dengan hipertensi (SDKI, D.0017)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: a. Sakit kepala menurun b. Gelisah menurun c. Nilai rata-rata tekanan darah membaik (SLKI,	Observasi : a. Monitor penyebab peningkatan TIK b. Monitor peningkatan TD Terapeutik : a. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien b. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi : a. Jelaskan tujuan dan hasil pemantauan

		L.02014)	b. Informasikan hasil pemantauan (SIKI, I.05178).
3.	Defisit pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang terpapar informasi (SDKI, D.0111).	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: a. Perilaku sesuai anjuran meningkat b. Perilaku sesuai pengetahuan meningkat c. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (SLKI, L.12111)	Observasi : a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik : a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan (SIKI, I.12383).

E. Implementasi Keperawatan

Hari/tanggal	jam	Implementasi	Evaluasi
Rabu/13/08/25	(09.00)	Mengobservasi tanda-tanda vital pasien sebelum dan pemberian jus mentimun, khususnya tekanan darah.	S: - Klien mengatakan sering merasa pusing dan lelah akibat tekanan darah tinggi - Klien bersedia mencoba intervensi diet berupa jus mentimun sebagai tambahan terapi non-farmakologis - Klien mengatakan akan meminum jus mentimun dan memperbaiki dan berjanji tidak merokok lagi 0: TTV: - TD: 1165/90 mmhg - Nadi : 99 x/menit - RR: 18 x/menit - Klien tampak antusias A: - Risiko penurunan curah jantung Risiko penurunan curah jantung Tidak terjadi - Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi - Defisit pengetahuan teratasi P: Lanjutkan Intervensi - Pantau tanda-tanda vital
	(09.05)	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	
	(09.10)	Menjelaskan cara membuat jus mentimun	
	(09.15)	Menyiapkan jus mentimun segar sesuai standar kebersihan dan tanpa tambahan gula	
	(09.20)	Memberikan jus mentimun sebanyak 1 gelas (± 200 ml) kepada pasien sesuai jadwal yang ditentukan	
	(09.25)	Mendokumentasikan hasil pemantauan	
	(09.28)	Menganjurkan minum jus mentimun sehari sekali sebelum sarapan atau sesudah makan	
	(09.30)	Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi	
	(09.35)	Menjelaskan mamfaat dari jus mentimun	
	(09.40)	Menjelaskan apa yang terjadi bila tekanan darah tinggi dan tidak terkontrol	

			2. Anjurkan klien untuk melakukan mobilisasi secara bertahap 3. Anjurkan klien untuk mengkonsumsi jus mentimun secara teratur
Kamis/14/08/25	(09.00) (09.05) (09.10) (09.13) (09.15) (09.20) (09.25) (09.30) (09.40)	Mengukur tekanan darah Menanyakan apakah klien telah meminum jus mentimun Menganjurkan pasien dan keluarga untuk memberikan jus mentimun segar 1 gelas (± 200 ml) pada pagi hari Mengobservasi respon pasien setelah konsumsi Mendokumentasikan hasil pemantauan Menjelaskan tujuan dan hasil pemantauan Menganjurkan aktivitas fisik secara bertahap Memberi informasi hasil pemantauan Melakukan edukasi tentang pentingnya diet rendah garam dan rutin minum jus mentimun	S: 1. Klien mengatakan merasa lebih segar setelah rutin minum jus mentimun sejak hari pertama. 2. Klien menyatakan tidak ada keluhan pencernaan setelah konsumsi. 3. Klien mengatakan hari ini tidak merasakan pusing berputar 4. Klien mengatakan nyeri kepala tidak ada O: 1. TD: 155/80 mmhg 2. Nadi : 89 x/menit 3. RR: 20 x/meni A: 1. Risiko penurunan curah jantung Risiko penurunan

			curah jantung Tidak terjadi 2. Risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi P: lanjutkan intervensi 1. Pantau tanda-tanda vital 2. Edukasi Kembali terkait manfaat jus metimun 3. Evaluasi terkait adanya efek samping setelah mengkonsumsi jus mentimun
Jum'at/15/08/25	(09.30) (09.35) (09.40) (09.50)	Mengobservasi respon pasien: pasien tampak nyaman, tidak ada keluhan pencernaan Memberikan edukasi singkat tentang manfaat jus mentimun sebagai bagian dari diet sehat Mendokumentasikan tindakan dan respon pasien dalam rekam medis Menganjurkan pasien untuk tetap mengkonsumsi jus mentimun bila tidak terdapat keluhan gangguan pencernaan	S: 1. Klien menyatakan tidak ada keluhan pusing yang biasanya muncul di pagi hari 2. Klien menyatakan tidak ada keluhan pencernaan setelah konsumsi jus mentimun 3. klien mengatakan merasa lebih segar dan tidak mudah lelah dibanding hari sebelumnya O: 1. Tekanan darah pagi hari: 145/90 mmHg. 2. RR: 18 x/menit 3. Pasien tampak rileks, wajah cerah, tidak ada tanda distress A: Masalah teratasi P: intervensi dihentikan

