

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY R DENGAN  
HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS B DI KP BONGOR DESA  
SAMARANG PADA WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS  
SAMARANG KABUPATEN GARUT 2023**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan  
Pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu

Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

**BAYU FIRDAUS HASYIM**

**NIM : KHGA20008**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT  
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN TAHUN 2023**

## **LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG**

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. R  
DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS B DI KP  
BONGOR DESA SAMARANG PADA WILAYAH KERJA  
UPT PUSKESMAS SAMARANG KABUPATEN GARUT  
2023**

**NAMA : BAYU FIRDAUS HASYIM**

**NIM : KHGA20008**

### **KARYA TULIS ILMIAH**

Karya Tulis Ilmiah ini Disetujui untuk Disidangkan di Hadapan  
Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan  
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2023

Menyetujui,  
Pembimbing

Susan Susyanti, M.Kep

## LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. R  
DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS B DI KP  
BONGOR DESA SAMARANG PADA WILAYAH KERJA  
UPT PUSKESMAS SAMARANG KABUPATEN GARUT  
2023**

**NAMA : BAYU FIRDAUS HASYIM**

**NIM : KHGA20008**

### **Karya Tulis Ilmiah**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disidangkan di hadapan  
Tim Penguji Program Studi D3 Keperawatan  
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2023

Penguji 1

Penguji 2

**Rudi Alfiansyah, S.Kep.,Ns.,M.Pd**

**Iwan Wahyudi, M.Kep**

Mengetahui  
Ketuan Program Studi D-III Keperawatan  
STIKes Karsa Husada Garut

Mengesahkan,  
Pembimbing

**K. Dewi Budiarti, M.Kep**

**Susan Susyanti, M.Kep**

## **LEMBAR PERNYATAAN**

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya Tulis Ilmiah saya ini, adalah asli dan belum pernah di ajukan untuk mendapatkan gelar akademik (D3 Keperawatan), baik dari STIKes Karsa Husada maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya Tulis Ilmiah ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis Ilmiah ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Juni 2023  
Yang membuat pernyataan

(Bayu Firdaus Hasyim)  
NIM: KHGA20008

## **KATA PENGANTAR**

Assalamualaikum Wr.Wb

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan ke khadirat illahi robbi, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya peneliti dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul : “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny R Dengan Hipertensi Pada Katz Indeks B Di Kp Bongor Desa Samarang Pada Wilayah Kerja Upt Puskesmas Samarang Kabupaten Garut 2023”

Dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini telah banyak bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak baik moril maupun materil, untuk itu pada kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. DR H Hadiat.,MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Drs. H Suryadi, selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. K.Dewi Budiarti, S.Kp.,M.Kep., selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Susan Susyanti, M.Kep selaku pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing dan memberikan arahan penyelesaian KTI ini dengan penuh kesabaran.

6. Seluruh Staf Dosen dan Karyawan Stikes Karsa Husada Garut.
7. Kedua orang tua yang sangat saya cintai yang telah banyak berkorban bagi peneliti baik moril maupun materiil sehingga peneliti dapat menyelesaikan KTI
8. Rekan-rekan mahasiswa/mahasiswi STIKes Karsa Husada Garut yang senasib dan sepejuangan.
9. Semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu memberikan dorongan baik pikiran, waktu, dan motivasi kepada peneliti baik langsung maupun tidak langsung sehingga peneliti dapat menyelesaikan KTI ini, Saya hanya dapat berdoa semoga Allah SWT membalasnya lebih dari apa yang diberikan. Aamiin Yarobbal Alaamiin. Terima Kasih, Wassalamualaikum Wr.Wb.

Garut, Juli 2023

Peneliti

ABSTRAK  
ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY R DENGAN  
HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS B DI KP BONGOR DESA SAMARANG  
PADA WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS SAMARANG KABUPATEN  
GARUT 2023

Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut, Juli  
2023

BAYU FIRDAUS HASYIM<sup>1)</sup>, SUSAN SUSYANTI<sup>2)</sup>

1) Mahasiswa STIKES Karsa Husada Garut

2) Dosen STIKES Karsa Husada Garut

xi+ IV BAB + 49 Halaman + Lampiran

**Latar belakang:** Hipertensi adalah kondisi ketika tekanan darah berada di angka 130/80 mmHg atau lebih. Upaya pencegahan dan penanggulangan hipertensi dimulai dengan meningkatkan kesadaran masyarakat dan perubahan pola hidup ke arah yang lebih sehat.

**Tujuan:** Untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam melakukan asuhan keperawatan gerontik pada klien hipertensi di Puskesmas Samarang Kabupaten Garut.

**Metode :** Penulisan karya tulis ilmiah menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan klien hipertensi dengan mengumpulkan data-data dengan cara pengkajian, menentukan diagnosa, melakukan perencanaan, melaksanakan tindakan dan melakukan evaluasi. **Hasil:** Tahap pengkajian yang dilaksanakan tidak banyak berbeda dengan pengkajian teoritis. diagnosa yang muncul pada Ny. R yaitu nyeri akut dan intoleransi aktivitas. penulis dapat merencanakan tindakan keperawatan sesuai dengan permasalahan yang muncul pada hasil pengkajian dan disesuaikan dengan kondisi klien, Dari hasil evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang telah di lakukan, belum teratasi semua dikarenakan ada beberapa faktor lain seperti terbatasnya waktu yang di miliki penulis. **Kesimpulan:** dalam proses asuhan keperawatan pada Ny R tidak banyak perbedaan dengan teori yang sudah ada

**Kata Kunci :** Hipertensi, Asuhan Keperawatan, Lansia

## ABSTRACT

Gerontic Nursing Care for Mrs. R with Hypertension on Katz Index B in Kp Bongor, Samarang Village, in the Working Area of Upt Puskesmas Samarang, Garut Regency 2023

Study Program D3 Nursing , Karsa Husada School of Health, Garut , July 2023

BAYU FIRDAUS HASYIM<sup>1)</sup>, SUSAN SUSYANTI<sup>2)</sup>

1) Student STIKES Karsa Husada Garut

2) Lecturer STIKES Karsa Husada Garut

xi+ IV CHAPTER + 49 Pages + Appendix

**Background:** Hypertension is a condition when blood pressure is at 130/80 mmHg or more. Efforts to prevent and treat hypertension begin with increasing public awareness and changing lifestyles towards a healthier one. **Objective:** To gain real experience in conducting gerontic nursing care for hypertensive clients at the Samarang Health Center, Garut Regency. **Method:** Writing scientific papers using descriptive methods in the form of case studies to explore the problem of nursing care for hypertensive clients by collecting data by way of assessment, determining diagnoses, planning, implementing actions and evaluating. **Results:** The assessment phase carried out was not much different from the theoretical assessment. the diagnosis that appeared on Mrs. R, namely acute pain and activity intolerance. The writer can plan nursing actions according to the problems that arise in the results of the assessment and adapted to the client's condition. owned by the author. **Conclusion:** in the process of nursing care for Mrs. R there is not much difference from the existing theory

**Keywords:** Hypertension, Nursing Care, Elderly



## DAFTAR PUSTAKA

<b>LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>viii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
<b>A Latar Belakang.....</b>	<b>1</b>
<b>B. Tujuan .....</b>	<b>4</b>
<b>C. Metode Telaahan.....</b>	<b>5</b>
<b>D. Manfaat .....</b>	<b>6</b>
<b>E. Sistematika Penulisan .....</b>	<b>7</b>
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
<b>A Konsep Lansia .....</b>	<b>8</b>
<b>1 Definisi .....</b>	<b>8</b>
<b>2 Batasan Umur Lanjut Usia .....</b>	<b>8</b>
<b>3 Klasifikasi Lansia.....</b>	<b>9</b>
<b>4 Perubahan-Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia .....</b>	<b>10</b>
<b>B. Konsep Hipertensi .....</b>	<b>12</b>
<b>1 Pengertian .....</b>	<b>12</b>
<b>2. Etiologi .....</b>	<b>13</b>
<b>3 Patofisiologi .....</b>	<b>14</b>
<b>4 Klasifikasi .....</b>	<b>16</b>
<b>5 Tanda Dan Gejala .....</b>	<b>16</b>
<b>6 Penatalaksanaan .....</b>	<b>17</b>
<b>C. Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi.....</b>	<b>18</b>
<b>1 Pengkajian .....</b>	<b>18</b>
<b>2 Diagnosis Keperawatan .....</b>	<b>22</b>
<b>3 Rencana Keperawatan.....</b>	<b>23</b>

<b>4 Implementasi</b> .....	27
<b>5 Evaluasi</b> .....	28
<b>BAB III TINJAUAN KASUS</b> .....	29
<b>A. Laporan Kasus</b> .....	29
<b>B. Pembahasan</b> .....	45
<b>BAB IV KESIMPULAN &amp; REKOMENDASI</b> .....	50
<b>A. Kesimpulan</b> .....	50
<b>B. Saran</b> .....	51
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	53

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A Latar Belakang**

Indonesia sebagai negara berkembang mulai menuju kepada struktur penduduk tua. Indonesia mengalami pergeseran struktur penduduk yang semula lebih dominan pada kelompok muda menjadi lebih banyak kelompok tua (Kementerian Kesehatan, 2018). Keberhasilan pembangunan nasional dapat dilihat dari bidang kesehatan yaitu semakin meningkatnya usia harapan hidup. Peningkatan usia harapan hidup menimbulkan kenaikan populasi lanjut usia (lansia) di banyak negara (Djamhari et al., 2020).

Menjadi menua merupakan hal normal yang terjadi pada setiap orang. Bertambahnya usia pada seorang individu akan membuat beberapa perubahan yang umum terjadi seperti, perubahan fisik, psikologis, intelektual. Semakin meningkatnya jumlah lansia di Indonesia akan menimbulkan permasalahan yang kompleks baik dari masalah fisiologis dan psikologis. Makin bertambah usia, makin besar kemungkinan seseorang mengalami permasalahan fisik, jiwa, spiritual, ekonomi dan sosial. Salah satu permasalahan yang sangat mendasar pada lanjut usia adalah masalah kesehatan akibat proses degeneratif salah satunya adalah penyakit hipertensi.

Hipertensi adalah kondisi ketika tekanan darah berada di angka 130/80 mmHg atau lebih. Jika tidak segera ditangani, hipertensi atau tekanan darah tinggi bisa menyebabkan munculnya penyakit-

penyakit serius yang mengancam nyawa, seperti gagal jantung, penyakit ginjal, dan stroke (Pittara, 2022). Hipertensi pada lansia disebabkan oleh proses penuaan dimana berlangsungnya pergantian sistem kardiovaskuler, katup mitral serta aorta terjadi nya sclerosis serta penebalan, miokard jadi kaku serta lambat dalam berkontraktilitas (Richard 2013).

Menurut *World Health Organization* (WHO) Diperkirakan 1,28 miliar orang dewasa berusia 30-79 tahun di seluruh dunia menderita hipertensi, sebagian besar (dua pertiga) tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah (WHO, 2023). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menyatakan prevalensi hipertensi di Indonesia pada tahun 2018 berdasarkan hasil pengukuran pada penduduk usia  $\geq 18$  tahun sebesar 34,1%, tertinggi berada di Kalimantan Selatan (44.1%), sedangkan terendah di Papua sebesar (22,2%).

Estimasi jumlah kasus hipertensi di Indonesia sebesar **63.309.620 orang**, sedangkan angka kematian di Indonesia akibat hipertensi sebesar 427.218 kematian (Riskesdas, 2018). Kemudian berdasarkan tingkatan Provinsi, di Jawa Barat terdapat sebanyak 4.607.116 atau 10,39% dari jumlah penduduk pada Tahun 2021 sedangkan di Kabupaten Garut terdapat sebanyak 255443 orang menderita hipertensi pada tahun 2021 (Open Data Jabar, 2021). Hal ini menunjukkan bahwa tinggi nya angka penderita hipertensi di indonesia yang sudah seharusnya menjadi perhatian tersendiri.

Upaya penanganan untuk mengelola penyakit hipertensi termasuk penyakit tidak menular lainnya, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) Pada Tahun 2019, telah membuat kebijakan yaitu dengan

mengeluarkan Pedoman Manajemen Penyakit Tidak Menular khususnya hipertensi dengan cara mengembangkan dan memperkuat kegiatan deteksi dini hipertensi secara aktif (skrining), meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan deteksi dini melalui kegiatan posbindu PTM, meningkatkan akses penderita terhadap pengobatan hipertensi melalui revitalisasi Puskesmas untuk pengendalian PTM khususnya tatalaksana PTM di fasilitas pelayanan kesehatan dasar seperti Puskesmas.

Peningkatan manajemen pelayanan pengendalian PTM secara komprehensif terutama promotif dan preventif, maupun sarana prasarana diagnostik dan pengobatan. Upaya pencegahan dan penanggulangan hipertensi dimulai dengan meningkatkan kesadaran masyarakat dan perubahan pola hidup ke arah yang lebih sehat. Hal tersebut dapat menjadi perhatian bagi para tenaga kesehatan dalam hal ini Perawat memiliki peran yang penting yaitu salah satunya sebagai pemberi asuhan kepada pasien, serta menjadi upaya menjalankan amanat UUD 1945 pasal 28 H ayat 1 yang berbunyi “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”.

Hal ini didukung dengan fungsi perawat Gerontik terhadap klien penderita hipertensi yaitu sebagai care giver dengan cara memberikan Asuhan Keperawatan kepada Lansia, kemudian sebagai pendidik Lansia dengan cara memberikan pendidikan kesehatan kepada lansia yang beresiko tinggi, Sebagai motivator lansia dengan cara memberikan motivasi pada lansia. Sebagai advocator lansia dengan cara membantu memahami semua

informasi dan upaya kesehatan yang diberikan oleh tim kesehatan dengan pendekatan tradisional maupun professional. Dan sebagai konselor lansia dengan cara memberikan bimbingan kepada lansia tentang masalah kesehatan sesuai dengan skala prioritas berdasarkan hirarki maslow (Manurung Surya S, Ritongga Liana I, Damanik H 2020).

Berdasarkan Latar Belakang diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian “Bagaimana gambaran pemberian Asuhan Keperawatan gerontik pada Ny R Dengan Hipertensi Pada Katz Indeks B di Kp Bongor Desa Samarang Pada Wilayah Kerja UPT Puskesmas Samarang Kabupaten Garut 2023”.

## **B. Tujuan**

### 1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman secara nyata dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Klien dengan Hipertensi Di Puskesmas Samarang Kabupaten Garut

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian keperawatan dengan penderita hipertensi
- b. Mampu menegakkan diagnose keperawatan dengan penderita hipertensi
- c. Mampu menyusun perencanaan tindakan keperawatan dengan tepat pada penderita hipertensi sesuai diagnosa yang telah ditegakkan .
- d. Mampu melakukan implementasi keperawatan dengan tepat pada lansia penderita hipertensi

### **C. Metode Telaahan**

#### 1. Metode

Metode deskriptif merupakan metode yang sifatnya mengungkapkan gejala atau peristiwa yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi : Studi keputusan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### 2. Teknik Pengumpulan Data

##### a. Wawancara

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan klien, maupun tim Kesehatan lain.

##### b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan dari klien

##### c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik yang dapat menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya

#### 3. Sumber Data

##### a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien

##### b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari catatan medis, catatan perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

##### c. Studi Kepustakaan

Mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas

#### **D. Manfaat**

##### **1. Manfaat Teoritis**

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan dengan kasus hipertensi

##### **2. Manfaat Praktis**

Secara praktis, tugas ini akan bermanfaat bagi :

###### **a. Bagi Peneliti**

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya yang akan melakukan studi kasus asuhan keperawatan pada lansia dengan diagnosa Hipertensi.

###### **b. Bagi Profesi Kesehatan**

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada lansia dengan penderita hipertensi.

###### **c. Bagi Instituti Pendidikan**

Dapat digunakan sebagai referensi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada lansia dengan diagnosa hipertensi.

###### **d. Bagi pelayanan Kesehatan**

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan kesehatan atau keluarga agar dapat melakukan asuhan keperawatan hipertensi dengan baik.



### **E. Sistematika Penulisan**

Supaya lebih mudah dan jelas dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, maka penulisan akan membagi karya ilmiah ini menjadi 3 bagian yaitu : Bagian Awal : memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, kata pengantar, dan daftar isi, selanjutnya bagian inti terdiri dari 4 bab yaitu bab I berisikan Pendahuluan, latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan, manfaat peneliti, sistematika penulisan kemudian bab II dilanjutkan dengan tinjauan pustaka berisi tentang konsep penyakit dan asuhan keperawatan pada lansia yang menderita hipertensi. Pada bab III berisi tentang tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi di ikuti dengan pembahasan berisi tentang perbandingan antar teori dengan kenyataan yang ada di lapangan. Kemudian bab IV Penutup, berisi tentang simpulan dan saran. Pada bagian akhir akan berisikan daftar Pustaka serta lampiran-lampiran yang diperlukan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A Konsep Lansia**

##### **1 Definisi**

Lansia atau menua (menjadi tua) menurut Nurrahmani 2012 dalam mulyani 2019 adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang menyebabkan penyakit degenerative misal, hipertensi, arteriosklerosis, diabetes mellitus dan kanker. Lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun ke atas. lansia adalah bagian siklus hidup manusia yang hampir pasti dialami setiap orang, yang dapat berdaya guna bagi dirinya, keluarga dan masyarakat (Kemenkes RI. 2019). Berdasarkan dua pengertian di atas dapat disimpulkan lanjut usia adalah serangkaian proses menuju tua , menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri, lansia juga disebut seseorang yang telah berusia >60 Tahun.

##### **2 Batasan Umur Lanjut Usia**

Menurut pendapat berbagai ahli dalam (Efendi, 2020), batasan-batasan umur yang mencakup batasan umur lansia sebagai berikut:

- a. Batasan umur lansia menurut *World Health Organization* (WHO)

lanjut usia meliputi:

- 1) Usia pertengahan (*middle age*), ialah kelompok usia 45 sampai 59 tahun.
- 2) Lanjut usia (*elderly*) = antara 60 sampai 74 tahun.

- 3) Lanjut usia tua (*old*) = antara 75 sampai 90 tahun.
  - 4) Sangat tua (*very old*) = diatas 90 tahun.
- b. Menurut Undang-Undang Nomor 13 tahun 1998 dalam Bab 1 Pasal 1 Ayat 2 yang berbunyi “Lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas”.
- c. Menurut Dra. Jos Masdani (Psikolog UI) terdapat empat fase, yaitu:
- 1) Fase Inventus (pertama) ialah 25-40 tahun
  - 2) Fase Virilites (kedua) ialah 40-55 tahun
  - 3) Fase Presenium (ketiga) ialah 55-65 tahun 4) Fase Senium (keempat) ialah 65 tahun hingga tutup usia

### **3 Klasifikasi Lansia**

Berikut ini adalah lima klasifikasi pada lansia menurut Maryam, (2019)

Penggolongan Lanjut Usia sebagai berikut :

- a. Pralansia (prasenilis) Seseorang yang berusia antara 45-59 tahun
- b. Lansia Seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih
- c. Lansia resiko tinggi seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan
- d. Lansia potensial Lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa
- e. Lansia tidak potensial Lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

#### **4 Perubahan-Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia**

Lansia Menurut Hesti & Pipit (2018), beberapa perubahan yang terjadi pada lansia diantaranya ialah perubahan fisik, intelektual, dan keagamaan.

##### **a. Perubahan Fisik**

###### **1) Sel**

Saat seseorang memasuki usia lanjut keadaan sel dalam tubuh akan berubah, seperti jumlahnya yang menurun, ukuran lebih besar sehingga mekanisme perbaikan sel akan terganggu dan proporsi otak, otot ginjal dan hati berkurang.

2) Sistem persyarafan, keadaan sistem persyarafan pada lansia akan mengalami perubahan seperti mengecilnya syaraf panca indra.

3) Sistem gastrointestinal, pada lansia akan terjadi menurunnya selera makan, seringnya terjadi konstipasi, menurunnya produksi air liur, dan gerak peristaltik juga menurun.

4) System musculoskeletal, pada lansia tulang akan kehilangan cairan dan makin rapuh keadaan tubuh akan lebih pendek, persendian kaku dan tendon mengerut.

5) System genitourinaria, pada lansia ginjal akan mengalami pengecilan sehingga aliran darah keginjal menurun.

6) Sistem cardiovascular, pada lansia jantung akan mengalami pompa darah yang menurun, ukuran jantung secara keseluruhan menurun dengan tidaknya penyakit klinis, denyut jantung pada

lansia akan lebih tebal dan kaku akibat dari akumulasi lipid. Tekanan darah sistoli meningkat karena hilangnya distensibilitas arteri, dan tekanan Diastolik juga meningkat.

#### b. Perubahan Intelektual

Menurut Hochanel dan Kaplan dalam Hesti & Pipit (2018), akibat dari proses menua akan terjadi kemunduran atau kemampuan otak seperti perubahan IQ yaitu fungsi otak kanan mengalami penurunan sehingga lansia akan mengalami kesulitan dalam berkomunikasi non verbal, pemecahan masalah, konsentrasi dan kesulitan mengenal wajah seseorang.

#### c. Perubahan Keagamaan

Menurut Maslow dalam Hesti & Pipit (2018), pada umumnya lansia akan semakin teratur dalam kehidupan keagamaannya. Hal ini tersebut bersangkutan dengan keadaan lansia yang akan meningkatkan kehidupan dunia.

#### d. Penyakit yang sering terjadi pada lansia

- 1) Osteoporosis Merupakan salah satu bentuk gangguan dimana masa tulang atau kepadatan tulang berkurang
- 2) Osteoarthritis ( OA ) Peradangan sendi yang terjadi akibat mekanik dan biologi yang mengakibatkan penipisan rawan sendi, tidak stabilnya sendi dan penebalan. OA merupakan penyebab utama ketidakmampuan pada lansia.

- 3) Hipertensi Merupakan kondisi dimana darah sama dengan atau lebih tinggi dari 140 / 90 mmHg. Bila tidak ditangani akan menjadi stroke.
- 4) Diabetes Militus Sekitar 50 % dari lansia memiliki gangguan intoleransi glukosa dimana gula darah masih tetap normal meskipun dalam kondisi puasa. Keadaan ini berkembang dimana kadargula sewaktu diatas 200mg/dl.
- 5) Demensia Merupakan kumpulan gejala yang berkaitan dengan kehilangan fungsi intelektual dan daya ingat secara perlahan sehingga mempengaruhi aktivitas kehidupan sehari-hari.
- 6) Penyakit jantung coroner Penyempitan pembuluh darah sehingga aliran darah menuju jantung terganggu. Gejala umum yang terjadi adalah dada, sesak napas dan kebingungan.

## **B. Konsep Hipertensi**

### **1 Pengertian**

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekan darah diatas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas). Tekanan darah 140/90 mmHg didasar dengan dua fase darah dalam setiap denyut jantung yaitu fase sistolik 140 menunjukkan fase darah yang di pompa oleh jantung dan fase diastolik 90 menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung. Hipertensi dikenal dengan nama penyakit darah tinggi adalah sesuatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekan darah diatas ambang batas normal yaitu 120/80 mmHg (Triyanto, 2019). Sedangkan menurut Kemenkes RI penyakit hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik

lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat atau tenang (Kemenkes RI, 2019). Berdasarkan dua pengertian diatas dapat disimpulkan hipertensi adalah keadaan dimana seseorang memiliki tekanan darah diastol >140 dan tekanan darah sitolik >90.

## **2. Etiologi**

Hipertensi dibagi menjadi hipertensi primer dan sekunder. Hipertensi primer berkembang selama bertahun-tahun dan tidak diketahui penyebabnya secara pasti. Hipertensi primer merupakan jenis hipertensi yang paling sering terjadi.

Berbeda dengan hipertensi primer, hipertensi sekunder bisa disebabkan oleh sejumlah kondisi, yaitu:

- a. Penyakit ginjal
- b. Penyakit kelenjar tiroid
- c. Tumor kelenjar adrenal
- d. Kelainan bawaan pada pembuluh darah
- e. Kecanduan alkohol
- f. Penyalahgunaan NAPZA

Konsumsi obat-obatan tertentu, seperti obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID), obat batuk pilek, atau pil KB

Faktor Risiko Hipertensi

Ada beberapa faktor yang bisa meningkatkan risiko seseorang terserang hipertensi, yaitu:

- a. Berusia di atas 65 tahun

- b. Sedang hamil
- c. Jarang berolahraga dan jarang melakukan aktivitas fisik
- d. Kurang mengonsumsi makanan yang mengandung kalium
- e. Memiliki keluarga dengan riwayat tekanan darah tinggi
- f. Menderita obesitas, sleep apnea, diabetes, atau penyakit ginjal
- g. Mengonsumsi terlalu banyak makanan tinggi garam
- h. Mengonsumsi terlalu banyak kafein
- i. Memiliki kebiasaan merokok dan mengonsumsi minuman beralkohol (Pittara, 2022).

### **3 Patofisiologi**

Meningkatnya tekanan darah di dalam saluran arteri bisa terjadi melalui beberapa cara, yaitu : jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya, arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku, sehingga mereka tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut, karena-nya darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh darah yang sempit daripada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan. Inilah yang terjadi pada usia lanjut, dimana dinding arterinya telah menebal dan kaku karena arteriosclerosis.

Dengan cara yang sama, tekanan darah juga meningkat pada saat terjadi vasokonstriksi, yaitu jika arteri kecil (arteriola) untuk sementara waktu mengkerut karena perangsangan saraf atau hormon di dalam darah. Bertambahnya cairan dalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah, hal ini terjadi jika terdapat kelainan fungsi ginjal sehingga



tidak mampu membuang sejumlah garam dan air dari dalam tubuh, volume darah dalam tubuh meningkat, sehingga tekanan darah juga meningkat, sebaliknya jika : aktivitas memompa jantung berkurang, arteri mengalami pelebaran, banyak cairan keluar dari sirkulasi, maka tekanan darah akan menurun.

Penyesuaian terhadap faktor – faktor tersebut dilaksanakan oleh perubahan di dalam fungsi ginjal dan sistem saraf otonom (bagian dari system saraf yang mengatur berbagai fungsi tubuh secara otomatis). Ginjal mengendalikan tekanan darah melalui beberapa cara : jika tekanan darah meningkat, ginjal akan menambah pengeluaran garam dan air, sehingga volume darah bertambah dan tekanan darah kembali normal. Jika tekanan darah menurun, ginjal akan mengurangi pembuangan garam dan air, sehingga volume darah bertambah dan tekanan darah kembali normal. Ginjal juga bisa meningkatkan tekanan darah dengan menghasilkan enzim yang disebut rennin, yang memicu pembentukan hormone angiotensin, yang selanjutnya akan memicu pelepasan hormon aldosteron.

Ginjal merupakan organ penting dalam mengendalikan tekanan darah, karena ini berbagai penyakit dan kelainan pada ginjal bisa menyebabkan terjadinya tekanan darah tinggi. Misalnya penyempitan arteri yang menuju ke salah satu ginjal (stenosis arteri renalis) bisa menyebabkan hipertensi. Peradangan dan cedera pada salah satu atau kedua ginjal juga bisa menyebabkan naiknya tekanan darah. Sistem saraf simpatis merupakan bagian dari system saraf otonom, yang untuk sementara waktu akan : meningkatkan tekanan darah selama respon *fight – or – flight* (reaksi fisik

tubuh terhadap ancaman dari luar). Meningkatkan kecepatan dan kekuatan denyut jantung; juga mempersempit sebagian besar arteriola, tetapi memperlebar arteriola di daerah tertentu (misalnya otot rangka, yang memerlukan pasokan darah yang lebih banyak). Mengurangi pembuangan air dan garam oleh ginjal, sehingga akan meningkatkan volume darah dalam tubuh. Melepaskan hormone epinefrin (*adrenalin*) dan norepinefrin (*noradrenalin*), yang merangsang jantung dan pembuluh darah (Anggraini, Waren, et.al. 2020).

#### 4 Klasifikasi

Pembagian derajat keparahan hipertensi dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi**

<b>Klasifikasi</b>	<b>Sistolik(mmHg)</b>		<b>Diastolik(mmHg)</b>
Optimal	<120	Dan	<80
Normal	120-129	dan/atau	80 –84
Normal tinggi	130-139	dan/atau	84 –89
Hipertensi derajat 1	140-159	dan/atau	90 –99
Hipertensi derajat 2	160-179	dan/atau	100–109
Hipertensi derajat 3	≥180	dan/atau	≥110
Hipertensi terisolasi	≥140	Dan	<90

Sumber : AHA 2023

#### 5 Tanda Dan Gejala

Pada hipertensi primer sering tidak menunjukkan gejala apapun. Baru timbul gejala setelah adanya komplikasi pada organ pasien, misalnya : mata, ginjal, otak dan jantung. Gejala yang banyak dirasakan oleh pasien hipertensi primer adalah sakit kepala, mimisan, jantung berdebar – debar, dan sering buang air kecil di malam hari. Keluhan yang sering dirasakan dan

dijumpai adalah pusing yang terasa berat pada bagian tengkuk dan biasanya terjadi pada siang hari. Gejala lain adalah sesak napas, sulit tidur, mata berkunang – kunang, mudah marah, dan cepat lelah. Dibawah ini gejala – gejala penyakit akibat hipertensi sekunder yang disebabkan adanya kerusakan pada organ tubuh:

a. Gejala hipertensi yang dirasakan karena adanya kelainan ginjal

- 1) Sejarah penyakit ginjal yang turun - temurun
- 2) Menderita infeksi saluran kencing
- 3) Sering buang air kecil dan merasa haus
- 4) Sering merasakan sakit dibagian pinggang

b. Gejala hipertensi yang dirasakan karena feokromositoma

- 1) Sakit kepala hebat yang datang secara tiba – tiba
- 2) Wajah pucat
- 3) Keringat yang berlebihan
- 4) Jantung berdebar – debar sangat kencang

## **6 Penatalaksanaan**

a. Pengobatan non farmakologi

- 1) Diet rendah garam / kolesterol / lemak jenuh
- 2) Melakukan relaksasi dan olahraga teratur
- 3) Berhenti merokok dan mengurangi konsumsi alkohol
- 4) Mengonsumsi buah seperti : mentimun, semangka, seledri, anggur, bawang putih, mengkudu, cokelat, leci, dan kentang.

b. Pengobatan farmakologi

Penatalaksanaan dengan obat anti hipertensi bagi sebagian besar pasien dimulai dengan dosis rendah kemudian ditingkatkan secara titrasi sesuai dengan umur, kebutuhan, dan usia. Dosis tunggal lebih diprioritaskan karena kepatuhan lebih baik dan lebih murah. Sekarang terdapat obat yang berisi kombinasi dosis rendah dua obat dari golongan berbeda. Kombinasi ini terbukti memberikan efektivitas tambahan dan mengurangi efek samping. Jenis-jenis obat anti hipertensi untuk terapi farmakologis hipertensi yang dianjurkan oleh *The Joint National Community on Prevention, Detection, Evaluation, Treatment of High Blood Pressure 7* (JNC VII) yaitu diuretika (terutama jenis Thiazide atau Aldosteron Antagonis), beta blocker, calcium channel blocker, angiotensin converting enzyme inhibitor, dan angiotensin II receptor blocker. Diuretika biasanya menjadi tambahan karena meningkatkan efek obat yang lain. Jika tambahan obat kedua dapat mengontrol tekanan darah dengan baik minimal setelah satu tahun, maka dicoba untuk menghentikan obat pertama melalui penurunan dosis.

### **C. Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi**

#### **1 Pengkajian**

Pengkajian adalah langkah pertama dari proses keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat guna mengetahui berbagai permasalahan yang ada (Aziz Alimul, 2019). Adapun pengkajian pada pasien hipertensi menurut adalah :

- a. Nyeri/Ketidak nyamanan

Gejalanya meliputi :

- 1) Angina (penyakit arteri koroner/keterlibatan jantung)
- 2) Nyeri hilang timbul pada tungkai/klaudikasio
- 3) Sakit kepala oksipital berat seperti yang pernah terjadi sebelumnya
- 4) Nyeri abdomen / massa

b. Aktivitas istirahat

Gejala:

- 1) Kelelahan umum
- 2) Kelemahan
- 3) Letih
- 4) Nafas pendek
- 5) Gaya hidup

Tanda :

- 1) Frekuensi jantung meningkat
- 2) Perubahan trauma jantung (takipnea)

c. Sirkulasi

Gejala :

- 1) Riwayat hipertensi aterosklerosis
- 2) Penyakit jantung koroner / katup dan penyakit serebrovaskular

3) Episode palpitasi

4) Perpirasi

Tanda :

1) Kenaikan Tekanan Darah

2) Hipotensi postural (mungkin berhubungan dengan regimen otak)

3) Nada denyutan jelas dari karotis, juguralis, radialis

4) Denyut apical : Pm, kemungkinan bergeser dan sangat kuat

5) Frekuensi/irama : Tarikardia berbagai distrimia

6) Bunyi, jantung terdengar S2 pada dasar S3 (CHF dini) S4  
(pengerasan vertikel kiri / hipertrofi vertical kiri).

d. Integritas ego

Gejala :

1) Riwayat perubahan kepribadian

2) Ansietas

3) Depresi euforia atau jarah kronis (dapat mengidentifikasi  
kerusakan serebral )

4) Faktor-faktor inulhfel

5) Hubungan keuangan yang berkaitan dengan pekerjaan

Tanda :

- 1) Letupan suasana hati
- 2) Gelisah
- 3) Penyempitan kontiniu perhatian
- 4) Tangisan yang meledak
- 5) Gerak tangan empeti otot muka tegang (khususnya sekitar mata)

gerakkan fisik cepat

- 6) Pernafasan mengelam peningkatan pola bicara.

e. Makanan/Cairan

Gejala :

- 1) Makanan yang disukai yang dapat mencakup makanan tinggi

garam

- 2) Tinggi lemak
- 3) Tinggi kolestrol
- 4) Mual
- 5) Muntah
- 6) Perubahan berat badan (meningkatkan/menurun) riwayat

pengguna diuretik Tanda :

- 1) Berat badan normal atau obesitas
- 2) Adanya edema (mungkin umum atau tertentu).

f. Neurosensori:

Gejala:

- 1) Keluhan pening/pusing
- 2) Berdenyut
- 3) Sakit kepala sub oksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam)
- 4) Episode kebas dan kelemahan pada satu sisi tubuh
- 5) Gangguan penglihatan
- 6) Episode epistaksis

Tanda:

- 1) Status mental perubahan keterjagaan orientasi
- 2) Pola isi bicara
- 3) Efek
- 4) Proses fikir atau memori.

## **2 Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada pasien hipertensi dengan gangguan kebutuhan kenyamanan akibat nyeri yang dirasakan pasien adalah :

- a. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (**D.0074**)
- b. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (**D.007**)
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (**D.0054**)
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (**D.0056**)



e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)

f. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan natrium (D.0022)

### 3 Rencana Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (D.0074)	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan status kenyamanan pasien meningkat	Terapi Relaksasi Observasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</li> <li>2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>3. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan Terapeutik</li> <li>4. Ciptakan lingkungan tenang, dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan □ Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</li> <li>5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai</li> </ol> Edukasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</li> <li>2. Anjurkan mengambil posisi yang nyaman</li> <li>3. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</li> </ol>
2	Nyeri Akut (D.007)	Tingkat Nyeri (1.08066) Setelah dilakukan Tindakan	Manajemen Nyeri (S.08238) Tindakan : Observasi : 1. Identifikasi

		<p>keperawatan selama 2x24 jam masalah nyeri akut diharapkan menurun dan teratasi dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri (4)</li> <li>2. Meringis (4)</li> <li>3. Sikap protektif (4)</li> <li>4. Kesulitan Tidur (4)</li> </ol> <p>Ket :</p> <p>1=meningkat 2=cukup meningkat 3=sedang 4=cukup menurun</p>	<p>lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang</li> </ol>
<b>3</b>	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (<b>D.0054</b>)</p>	<p>Mobilitas fisik meningkat (L.05042)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> </ol>	<p>Dukungan Mobilisasi (S.1.05173)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>Identifikasi toleransi fisik</li> <li>melakukan ambulasi</li> <li>Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</li> <li>Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ul> </li> <li>2. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <li>Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk)</li> <li>Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu</li> <li>Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ul> </li> <li>3. Edukasi <ul style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)</li> </ul> </li> </ol>

4	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)	Toleransi aktivitas (L.05047) setelah dilakukan intervensi selama 24 jam, maka tingkat aktifitas meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rekuensi nadi meningkat</li> <li>2. Saturasi oksigen meningkat</li> <li>3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</li> </ol>	Manajemen energi (S.1.05178) Tindakan: Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik</li> <li>5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> <li>6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif</li> <li>7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> <li>8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ol> Edukasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan tirah baring</li> <li>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ol> </li> </ol>
5	Gangguan pola tidur berhubungan dengan	Pola Tidur (L.05045) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam	Dukungan tidur Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> </ol>

	<p>kurang kontrol tidur (D.0055)</p>	<p>diharapkan gangguan pola tidur pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan tidur tidak ada</li> <li>2. pasien mengatakan istirahat cukup</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (Fisik dan/atau psikologis)</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (Mis : Kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</li> <li>4. Identifikasi obat tidur yang sering dikonsumsi</li> <li>5. Modifikasi lingkungan (Mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</li> <li>6. Batasi waktu tidur siang, Jika perlu</li> <li>7. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</li> <li>8. Tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (Mis, pijat, pengaturan posisi, terapi, akupresur)</li> <li>10. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>12. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>13. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</li> <li>14. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</li> <li>15. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (Mis, psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)</li> <li>16. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya</li> </ol>
6	Hipervolemia	Setelah dilakukan intervensi	Manajemen Hipervolemia Observasi

	berhubungan dengan kelebihan asupan natrium (D.0022)	keperawatan selama 2x24 jam maka keseimbangan cairan nmeningkat dengan kriteria hasil: 1.Asupan cairan meningkat-Haluan urine meningkat 2.Kelembaban membranemukosa meningkat 3.Asupan makanan meningkat 4.Edema menurun 5.Asites menurun 6.Dehidrasi menurun	1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVPmeningkat, refleks hepatojugular positif,suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hipervolemia-Monitor status hemodinamik (mis.Frekuensi jantung, tekanan darah, MAP,CVP, PAP, POMP, CO, CI) jika tersedia-Monitor intake dan output cairan-Monitor efek samping deuretik (mis.Hipotensi ortostatik, hypovolemia,hipokalemia, hyponatremia) 3. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotikplasma (mis. Kadar protein dan albuminmeningkat)Terapeuti k-Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 4. Batasi asupan cairan dan garam
--	--	---	---

#### 4 Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri (independen) adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain tetapi tetap dengan menggunakan SOP tindakan keperawatan. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain (Tarwoto & Wartonah, 2019).

## **5 Evaluasi**

Evaluasi adalah hasil dari perkembangan kesehatan pasien, dengan bertujuan untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawat dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan.

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **A. Laporan Kasus**

##### **1. Biodata**

###### Identitas Klien

Nama>Nama panggilan	: Ny R
Tempat tgl lahir/usia	: Garut 6-03-1954 / 69 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Alamat	: Kp Banjasari RT 01 RW 03 Ds Samarang
Tgl pengkajian	: April 2023
Diagnosa Medis	: Hipertensi

##### **II. Keluhan Utama/Alasan Masuk Rumah Sakit**

Klien datang ke PKM didampingi keluarga dengan keluhan sakit kepala denyut nadi cepat, lemas 2 hari sebelum masuk Puskesmas.

##### **III. Riwayat Kesehatan**

###### **A. Riwayat Kesehatan Sekarang**

Keluarga klien mengatakan Ny. R nyeri kepala, klien mengatakan rasa nyerinya terkadang mengganggu aktifitasnya, klien mengatakan nyeri bertambah berat saat terlalu banyak melakukan aktifitas dan berkurang saat klien istirahat, nyeri terasa seperti mencengkram, klien mengatakan nyeri di dikepala, dengan skala nyeri 4 (0-10) nyeri yang terasa hilang timbul.

###### **B. Riwayat Kesehatan Keluarga**

Keluarga klien mengatakan keluarga klien ada yang memiliki penyakit hipertensi. Namun, tidak ada riwayat penyakit DM, jantung dan penyakit lainnya.

#### **IV. Pola pengkajian fungsional menurut Gordon**

##### **1. Pola Persepsi Kesehatan/Penanganan Kesehatan**

Keluarga klien mengatakan, apabila klien sakit maka langsung dibawa dokter praktek terdekat dan berdoa semoga diberi kesembuhan oleh Allah.

##### **2. Pola Nutrisi/Metabolik**

- Saat dirumah : Keluarga klien mengatakan makan 3x sehari nasi. Klien suka makan nasi, sayuran serta protein..
- Saat di Puskesmas : Klien mendapat bubur 2xsehari. Keluarga mengatakan Klien makan hanya makan kadang-kadang tidak habis. Klien terlihat lemah.

##### **3. Pola Eliminasi**

- Saat dirumah : Keluarga Klien mengatkan BAK 4-9x/hari dengan warna dan bau khas urin, tidak terdapat darah dan tidak disertai nyeri saat BAK. Klien BAB 1x/ hari dengan warna dan bau khas feses, tidak terdapat darah, tidak berlendir, konsistensi padat lunak, saat BAB dan tidak ada nyeri.
- Saat di Puskesmas : Keluarga Klien mengatkan BAK 2-4x/hari dengan warna dan bau khas urin, tidak terdapat darah dan tidak disertai nyeri saat BAK. Klien belum BAB 2x saat di rawat di Puskesmas

##### **4. Pola Aktivitas/Latihan**



- Saat dirumah : Klien mengatakan selalu istirahat dan membatasi aktivitas karena mudah lelah
- Saat di Puskesmas : Klien berbaring istirahat penuh tanpa melakukan aktivitas apa apa kecuali ketika hendak BAK/BAB.

#### 5. Pola Tidur/Istirahat

- Saat di rumah : Keluarga klien mengatakan tidur malam jam 21.00 WIB dan tidur siang jam 14.00 WIB. Klien bangun pagi jam 05.00 WIB dan disore hari pada jam 15.30 WIB. Semenjak sakit, klien tidak nyenyak tidurnya, semalaman rewel/terjaga bahkan sampai pagi tidak tidur.
- Saat di Puskesmas : Semenjak sakit, klien tidak nyenyak tidurnya, semalaman rewel/terjaga bahkan sampai pagi tidak tidur.

#### 6. Pola Persepsi Kognitif

- Saat di rumah : Klien mengetahui tentang penyakit yang dideritanya
- Saat di Puskesmas : Keluarga menanyakan penyebab penyakit klien secara detail kepada perawat/dokter

#### 7. Pola Konsep Diri

- Saat di rumah : Konsep diri klien positif ditandai dengan percaya diri, tidak putus asa dan menerima pengobatan.
- Saat di Puskesmas : Konsep diri klien positif ditandai dengan percaya diri, tidak putus asa dan menerima pengobatan.

#### 8. Pola Peran/Hubungan

Klien tinggal bersama Suami dan kedua anaknya , dirumah klien

berperan sebagai IRT dan sebagai ibu dari kedua anaknya.

#### 9. Pola Seksualitas/Reproduksi

- Saat dirumah : Tidak terkaji
- Saat di Puskesmas : Tidak terkaji

#### 10. Pola Koping/Toleransi Stress

Klien dalam menghadapi stress memiliki koping yang adaptif seperti menerima keadaan , percaya diri, positif thinking .

#### 11. Pola Nilai/Kepercayaan

Keluarga mempunyai keyakinan bahwa setiap penyakit pasti ada obatnya dan Allah akan memberikan kesembuhan. K

### **IV. Pemeriksaan Fisik**

#### A. Pemeriksaan Keadaan Umum

Keadaan umum : Lemah

GCS : V5: E4: M: 6 (composmetis)

#### B. TTV

S : 36,7°C

N : 69x/ menit

RR : 20x/ menit

TD : 170/90 mmhg

#### C. BB/TB :

BB : 48 Kg

PB : 158 cm

#### D. Pemeriksaan Fisik

##### 1. Sistem Indra

###### a. Mata

- Inspeksi : warna konjungtiva pink dan sclera berwarna putih, konjungtiva anemis (-), isokhor, pupil 3 mm, sklera anikterik.

###### b. Hidung

- Inspeksi : Hidung simetris, hidung eksternal warna sama dengan warna kulit lain. Tidak ada polip, tidak ada perdarahan, dan tidak ada sekret.
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

c. Telinga

- Inspeksi : Tidak menggunakan alat bantu dengar, posisinya simetris, jumlah dua (kanan dan kiri), bersih, tidak ada serumen.
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

2. Sistem Pernafasan

a. Hidung

- Inspeksi : Hidung simetris, hidung eksternal warna sama dengan warna kulit lain. Tidak ada polip, tidak ada perdarahan, dan tidak ada sekret.
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

b. Leher

- Inspeksi leher : warna sama dengan kulit lain, bentuk simetris, tidak ada pembesaran kelenjar gondok, tampak pembesaran JVP
- Inspeksi dan palpasi kelenjar tiroid : Tidak ada nyeri, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe, teraba pembesaran JVP

c. Dada

- Bentuk dada normal
- Inspeksi : Simetris, tidak terlihat tarikan dinding dada kedalam.
- Palpasi : Vokal fremitus kanan-kiri sama
- Perkusi : Sonor
- Auskultasi : Bunyi paru normal ( vesikuler ).

3. Sistem Kardiovaskuler

a. Konjungtiva

Warna konjungtiva pink dan sclera berwarna putih, konjungtiva anemik (-), isokhor, pupil 3 mm, sklera anikterik.

b. Jantung

- Inspeksi : ictus cordis tidak tampak

- Palpasi : teraba ictus cordis di SIC V – VI
- Perkusi : pekak
- Auskultasi : terdengar bunyi gallop

#### 4. Sistem Pencernaan

##### a. Mulut

- Inspeksi struktur luar : warna mukosa mulut dan bibir merah, tidak ada lesi dan stomatitis, adanya sianosis.
- Inspeksi dan struktur dalam : gigi lengkap, tidak ada perdarahan/ radang gusi, lidah simetris, warna pink, tidak ada infeksi, adanya karies pada gigi.

##### b. Abdomen

- Inspeksi : Simetris, warna kulit sama dengan yang lainnya, tidak ada lesi, tidak ada distensi
- Auskultasi : Suara peristaltik (bising usus) di semua kuadran (bagian diafragma dari stetoskop) terdengar setiap 13x/ menit.
- Perkusi semua kuadran: Tidak ada nyeri saat ditekan.
- Palpasi semua kuadran : Cubitan perut kembali cepat 2 detik

##### c. Gaster

Tidak ada kembung, bising usus 24 kali serta tidak ada nyeri tekan.

#### 5. Sistem Persyarafan

Fungsi cranial :

- a. N I : Penciuman klien baik
- b. N II : Lapang pandang klien baik
- c. N III, IV, VI : Gerakan bola mata baik, reaksi pupil baik : isokor
- d. N V : Refleks mengisap dan mengunyah baik
- e. N VII : Tidak terkaji
- f. N VIII : Pendengaran klien baik di lihat apabila ada yang memanggilnya, klien menoleh kearah pembicaraan.
- g. N IX : Refleks menelan baik
- h. N X : Kemampuan menelan baik
- i. N XI : Tidak terkaji

j. N XII: Tidak terkaji

#### 6. Sistem Muskuloskeletal

Kekuatan otot :

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

Gerakan ekstremitas aktif, terpasang infus di ekstremitas atas tangan kiri.

#### 7. System Intugumen

- Kulit : Warna sawo matang, akral klien teraba hangat
- Kuku : Baik serta tidak pucat

#### 8. Sistem Endokrin

- Kelenjar tyroid : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid
- Eksresi Urin : Tidak ada eksresi urin yang berlebih
- Suhu Tubuh 36,7 C

#### 9. Sistem Reproduksi

- Tidak ada kelainan pada genetalia
- Struktur genetalia simetris

### IV. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan

- Perkembangan Psikososial

Dalam pergaulan klien nampak ramah dan bisa bekerjasama

### V. Test Diagnostik

#### Hasil Laboratorium

No	Nama Pemeriksaan	Jumlah	Satuan	Nilai Normal
1.	Hb	11,2	g/Dl	12-18
2.	Lekosit	9450	Sel/UI	<10.000
3.	Eritrosit	5.02	Juta/UI	4,5-6,5
4.	Hematokrit	41.2	%	40-52

5	Trombosit	331.000	Juta/UI	150.000- 450.000
---	-----------	---------	---------	---------------------

**Rontgen :**

Kardiomegali +

**VI. Terapi Saat Ini**

A. Terapi obat :

Omeprazole 1x40mg

Ketorolac 2x1

Amlodipine 1x5mg

Candesartan 1x8mg

B. Terapi Cairan :

Ringer Laktat 20 TPM Makro Set

**VII. Pengkajian Kartz Indeks**

Berdasarkan pengkajian tingkat kemandirian klien yang dilakukan oleh penulis didapatkan hasil bahwa Ny R berada dalam Kategori Katz Indeks B yaitu Klien mandiri dalam 5 aktivitas meliputi mandi, toileting, kontinen, makan & berpindah kecuali satu fungsi yaitu berpakaian.

**VIII. Pengkajian SPMSQ**

Berdasarkan pengkajian fungsi kognitif klien dengan instrument *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) mendapati hasil akhir 0 dengan intpretasi fungsi intelektual utuh.

**IX. Analisa Data**

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : Pasien mengeluh nyeri pada kepala DO : <b>Pasien tampak kesakitan, Skala Nyeri 3/10, TTV</b> S : 36,7°C N : 102x/ menit  RR : 20x/ menit TD : 170/90 mmhg	Hipertensi=>Kerusakan vaskuler pembuluh darah =>Perubahan Struktur=> Vasokonstriksi=>Gangguan sirkulasi =>Otak =>Resistensi Pembuluh darah di otak meningkat => Nyeri Akut	Nyeri akut

2	DS : Pasien mengeluh lemas badan <b>DO : Klien tampak lemah, TTV</b> S : 36,7°C N : 102x/ menit  RR : 20x/ menit TD : 170/90 mmhg	Hipertensi=>kerusakan Vaskuler Pembuluh darah=>Perubahan Struktur=> Vasokonstriksi=>Afterload meningkat=>Fatigue=>Intoleransi Aktivitas	Intoleransi Aktivitas
---	---	---	-----------------------

#### X. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut bd resistensi pembuluh darah di otak meningkat
2. Intoleransi aktivitas bd fatigue ditandai dengan klien mengeluh lelah

## XI. Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI	Rasional
1.	Nyeri Akut (D.007)	Tingkat Nyeri (I.08066) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 2x24 jam masalah nyeri akut diharapkan menurun dan teratasi dengan indikator: 1. Keluhan nyeri (4) 2. Meringis (4) 3. Sikap protektif (4) 4. Kesulitan Tidur (4) Ket : 1=meningkat 2=cukup meningkat 3=sedang 4=cukup menurun	Manajemen Nyeri (S.08238) Tindakan : Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang	1. Untuk mengetahui lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri yang dialami pasien 2. Untuk mengetahui skala nyeri pasien 3. Untuk mengetahui respon nyeri pasien 4. Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi nyeri 5. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien
2	Intoleransi Aktivitas	Toleransi aktivitas (L.05047) setelah dilakukan intervensi selama 24 jam, maka tingkat aktifitas meningkat dengan kriteria hasil: 4. Rekuensi nadi meningkat 5. Saturasi oksigen meningkat Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat	Manajemen energi (S.1.05178) Tindakan: Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur	Observasi 1. Untuk mengetahui abnormalitas fungsi yang menyebabkan kelelahan 2. Untuk mengetahui tingkat kemampuan pasien 3. Untuk mengetahui pola istirahat tidur pada pasien 4. Untuk mengetahui lokasi dan



			<p>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> <li>2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif</li> <li>3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> <li>4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan tirah baring</li> <li>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>	<p>ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk menurunkan stress dan meningkatkan istirahat</li> <li>2. Untuk mendorong pasien untuk melakukan latihan beraktivitas</li> <li>3. Untuk mendriktrasi pasien dari hal yang membuatnya sulit beristirahat dan stress</li> <li>4. Agar pasien lebih mudah untuk berpindah posisi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar pasien beristirahat</li> <li>2. Agar pasien tidak terlalu cape akibat dari aktivitas fisik</li> <li>3. Agar perawat bisa merencanakan intervensi alternatif</li> <li>4. Agar kelelahan pasien berkurang</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar nutrisi pasien terpenuhi untuk pemulihan</li> </ol>
--	--	--	---	--



## XII. Implementasi Keperawatan

No	Tanggal	No Diagnosa	Implmentasi	TTD
1		1	<p>Manajemen Nyeri (S.08238)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Mengidentifikasi lokasi,karakteristik, durasi,frekuensi, kualitas,intensitas nyeri.</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi responnyeri non verbal</li> <li>4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri</li> <li>5.Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Memberikan terapi non farmakologi : Relaksasi nafas dalam</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian terapi analgetic : Ketorolac</li> </ol>	
		2	<p>Manajemen energi (S.1.05178)</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2.Memonitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3.Memonitor pola dan jam tidur</li> </ol>	

			<p>4.Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> <li>2.Melakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif</li> <li>3.Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> <li>4.Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Menganjurkan tirah baring</li> <li>2.Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>3.Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>4.Mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ol>	
2.		1	<p>Manajemen Nyeri (S.08238)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Mengidentifikasi lokasi,karakteristik, durasi,frekuensi, kualitas,intensitas nyeri.</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi responnyeri non verbal</li> </ol> <p>Terapeutik</p>	Bayu Firdaus

			<p>1. Memberikan terapi non farmakologi : Relaksasi nafas dalam</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian terapi analgetic : Ketorolac</p>	
		2	<p>Manajemen energi (S.1.05178)</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi</p> <p>1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>2. Memonitor pola dan jam tidur</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Melakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif</p> <p>2. Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Menganjurkan tirah baring</p> <p>2. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>3. Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>4. Mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p>	Bayu Firdaus
3		1	<p>Manajemen Nyeri (S.08238)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>3. Mengidentifikasi</p>	Bayu Firdaus

		responnyeri non verbal Terapeutik 1.Memberikan terapi non farmakologi : Relaksasi nafas dalam Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian terapi analgetic : Ketorolac	
	2	Manajemen energi (S.1.05178) Tindakan: Observasi 1.Memonitor kelelahan fisik dan emosional 2.Memonitor pola dan jam tidur Terapeutik 1.Melakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif 2.Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan Edukasi 1.Menganjurkan tirah baring 2.Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3.Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang	Bayu Firdaus

### XIII. Evaluasi

Tanggal	No dx	Evaluasi	TTD
	1	S : Klien mengatakan nyeri kepala berkurang O : Klien tampak tenang, Skala nyeri 2/10, TTV TD 160/92, N 92, R 20, S 36,7 A : Masalah terasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi	Bayu
	2	S : Klien mengatakan masih lemas badan	Bayu

		O : Klien tampak lemas, TTV TD 160/92, N 92, R 20, S 36,7 A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi	
--	--	---	--

## **B. Pembahasan**

Berdasarkan tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini dan hasil studi kasus yang penulis lakukan dari tanggal - April 2023, maka pada bagian ini penulis akan membahas tentang perbandingan antara teori dan praktek atau kasus yang ditemukan selama melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Ny.R, berumur 69 tahun dengan hipertensi di Kp Bongor Ds Samarang pada wilayah kerja Puskesmas Samarang yang akan dibahas berdasarkan tahapan proses keperawatan yaitu tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

### **1. Pengkajian**

Tahap pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian dilakukan dengan pendekatan sistematis untuk mendapatkan data klien baik data subjektif maupun objektif. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, dan studi kepustakaan. Selain tahap ini, penulis tidak mendapatkan hambatan yang cukup berarti karena klien cukup kooperatif dan dapat diajak kerjasama dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Terdapat kesenjangan antara teori dan hasil yang di dapatkan pada pasien yaitu menurut teori dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Sedangkan data yang didapatkan pada pasien saat dilakukan pengkajian yaitu Ny.R mengeluh

kepala sering pusing dan lemas badan. Dalam hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dengan hasil pengkajian penulis.

## **2. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial. Diagnosa keperawatan memberikan dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang menjadi tanggung gugat perawat. Berdasarkan pengkajian dan analisa data pada kasus yang dilakukan pada Ny.R diagnosa yang diangkat penulis yaitu nyeri akut. Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan (SDKI, 2018). Diagnosa nyeri akut menjadi diagnosa prioritas dikarenakan menjadi keluhan utama klien saat pengkajian. Sedangkan menurut konsep kebutuhan manusia Maslow, nyeri akut masuk kedalam kebutuhan keselamatan dan rasa aman nyaman yang merupakan urutan kedua dari hierarki kebutuhan dasar manusia Maslow. Dalam kasus, diagnosa ditegakkan oleh penulis karena pada saat pengkajian ditemukan data bahwa klien mengeluh sering sakit kepala. Yang selanjutnya terdapat satu diagnose tambahan yang di angkat oleh penulis yaitu intoleransi aktivitas hal ini didasari pada keluhan kelelahan atau *fatigue* saat pengkajian berlangsung. Diagnosa keperawatan diangkat dan disesuaikan dengan kondisi klien pada saat pengkajian, interpretasi data, dan hasil analisa data serta tidak adanya data-data pendukung untuk mengangkat diagnosa tersebut. Manusia adalah makhluk unik, dalam hal ini



respon individu terhadap stress atau penyakit berbeda-beda dan karakteristik masalah yang ditemukan berbeda pula. Sehingga penulis berkesimpulan tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan hasil pengkajian penulis.

## **2. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan menurut Potter & Perry, 2005 dalam Yusuf 2018 adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada pasien dan hasil yang diperkirakan dari intervensi keperawatan yang dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Perencanaan disusun berdasarkan konsep teori yang telah didapatkan untuk diterapkan secara aktual pada pasien Ny.R dengan hipertensi. Perencanaan disusun menggunakan landasan Standar intervensi keperawatan Indonesia.

## **3. Implementasi keperawatan**

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang penulis lakukan kepada pasien sesuai dengan intervensi, sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi (wilkinson dalam Yusuf , 2018). Pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan berdasarkan Standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI). Implementasi yang direncanakan telah dilaksanakan yaitu melakukan Manajemen nyeri dengan tindakan sebagai berikut :

Observasi :

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.

2. Identifikasi skala nyeri

3. Identifikasi respon nyeri non verbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri
5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang
6. Memberikan terapi non farmakologi : Relaksasi nafas dalam
7. Kolaborasi pemberian terapi analgetic : Ketorolac

Terapi relaksasi nafas dalam sehingga keluhan \ nyeri kepala yang dirasakan pasien sedikit sedikit mulai menurun dan menghambat terjadinya peningkatan tekanan vaskuler selebral sehingga pasien merasa lebih nyaman.

#### **4. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk memperbaiki proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Melalui evaluasi perawat untuk memonitor kealpaan yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa, perencanaan, dan pelaksanaan tindakan keperawatan (Nursalam, 2010). Evaluasi yang dilakukan berdasarkan diagnosis yang ditegakkan yaitu nyeri akut dan dievaluasi dengan hasil masalah nyeri akut teratasi Sebagian dimana pada data subyektif pasien mengatakan merasa nyaman dan tenang , Data objektif yaitu pasien tampak nyaman, TD 160/92, N 92, R 20, S 36,7. Analisa : masalah nyeri akut teratasi karena tujuan telah di penuhi yaitu skala nyeri berkurang, tanda-tanda vital dalam batas normal dan pasien melaporkan bahwa nyeri berkurang dan merasa lebih nyaman, sedangkan evaluasi pada diagnosis keperawatan intoleransi aktivitas

didapati hasil masalah tidak teratasi hal ini di karenakan keterbatasan waktu yang dimiliki oleh penulis sehingga pemberian intervensi tidak begitu berdampak signifikan.

## **BAB IV**

### **KESIMPULAN & REKOMENDASI**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. R dengan Hipertensi Di Kp Bongor Desa Samarang Pada Wilayah Kerja Upt Puskesmas Samarang Kabupaten Garut, penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian didapatkan bahwa faktor penyebab klien hipertensi adalah usia dan gaya hidup pasien yang sering konsumsi makanan dengan kadar garam tinggi
2. Pada penegakkan diagnosa keperawatan ditemukan pada pasien yaitu nyeri akut dan intoleransi aktivitas
3. Intervensi keperawatan yang disusun yaitu Pada diagnosa keperawatan nyeri akut dilakukan intervensi manajemen nyeri yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Kemudian melaksanakan intervensi terapeutik dengan cara memberikan terapi non farmakologi untuk mengurangi nyeri dengan cara relaksasi nafas dalam serta memberikan terapi farmakologi dengan pemberian obat ketorolac. Pada diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas dilakukan intervensi manajemen energi yaitu dengan mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan serta melakukan pendidikan kesehatan mengenai strategi coping untuk mengurangi kelelahan.

4. Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu manajemen nyeri yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. terapi non farmakologi relaksasi nafas dalam ,terapi farmakologi dengan pemberian obat ketorolac. Pada diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas dilakukan intervensi manajemen energi yaitu dengan mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, melakukan pendidikan kesehatan
5. Evaluasi secara umum didapatkan sebagian teratasi berhubungan dengan keterbatasan waktu yang di miliki penulis

## **B. Saran**

### **a) Bagi Mahasiswa.**

Hendaknya mahasiswa/i dapat melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan tahapan dan standar dengan baik dan benar yang diperoleh selama masa pendidikan baik diakademik maupun dilapangan.

### **b) Bagi Pasien**

Diharapkan pasien dapat menerapkan terapi yang telah diberikan baik secara medik maupun terapi keperawatan yang telah diajarkan demi percepatan penyembuhan penyakit dengan masalah hipertensi

### **c) Bagi Perawat**

Diharapkan perawat dapat intervensi lebih baik lagi dan lebih optimal dalam mengatasi pasien dengan hipertensi

**d) Bagi keluarga.**

Diharapkan keluarga selalu memberikan motivasi kepada klien dan juga perawatan hipertensi

**e) Bagi Institusi Pendidikan**

Dapat meningkatkan bimbingan klinik kepada Mahasiswa/i Prodi D3 Keperawatan sehingga mahasiswa semakin mampu dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien-pasien yang mengalami Hipertensi

**f) Bagi Puskesmas**

Laporan ini diharapkan dapat menjadi acuan dan referensi dalam memberikan asuhan keperawatan pada Ny R dengan Hipertensi

## DAFTAR PUSTAKA

- Alimul Aziz. (2019). *Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta : Salemba Medika
- Arianie Putri Cut.2019.*Buku Pedoman Manajemen Penyakit Tidak Menular*.Jakarta.P2PTM
- Anggraini. (2020). *Konsep dasar Hipertensi & Penanganan Hipertensi*. Yogyakarta: Mitra Cendikia
- Anonim.2023. Understanding Blood Pressure Readings. Melalui. <<https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/understanding-blood-pressure-readings>>.Diakses[26/6/23].
- Anonim.2023.Hypertension.Melalui.<<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>>Diakses[4/6/2023].
- Anonim.2023. Jumlah penderita hipertensi. Mealalui. <https://opendata.jabarprov.go.id/id/dataset/jumlah-penderita-hipertensi-yang-mendapat-pelayanan-kesehatan-berdasarkan-kabupatenkota-di-jawa-barat> Diakses[4/6/2023].
- Djamhari, Eka Afrina, Herni Ramdlaningrum, A. L., Chrisnahutama, A., & Prasetya, D. (2020). *Laporan Riset Kondisi Perlindungan Lansia dan Perlindungan Lansia di Indonesia 2020*.
- Efendi. (2020). *Keperawatan Gerontik*. Jakarta : Salemba Medika.
- Festi, pipit. 2018. *Buku ajar lansia (lanjut usia, perspektif dan masalah*.Surabaya: UM Surabaya Publishing.
- Kementrian Kesehatan RI. (2019). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*.Jakarta: Kemenetrian Kesehatan RI 2019.
- Kementrian Kesehatan RI 2019. Melalui. <https://p2ptm.kemkes.go.id/tag/hari-hipertensi-dunia-2019-know-your-number-kendalikan-tekanan-darahmu-dengan-cerdik> Diakses[4/6/2023].
- Maryam. (2019). *Studi Kasus Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Keluarga Ny. M Dengan Hipertensi Di Kelurahan Barombong Kecamatan Tamalate Kota Makasar*.Diakses[10/6/2023]Melalui<<http://akper-sandikarsa.ejournal.id>>
- Manurung Surya S, Ritonga Liana I, Damanik H.2020.*Buku Ajar Keperawatan Gerontik*.Yogyakarta.Deepublish
- Nugroho. (2019). *Asuhan Keperawatan Gerontik Gout Arthritis Pada Ny.T Dan Tn.K Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis Di Upt Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember Tahun 2019*. Diperoleh tanggal 20 Maret 2021, melalui<<http://repository.unej.ac.id>> Diakses[10/6/2023].

- Pittara.2023.Hipertensi.Melalui.<<https://www.alodokter.com/hipertensi>>.Di akses[10/6/2023].
- Richard, Selvia David.2013."Jurnal STIKES Volume 6, No.1.63-73
- Tarwoto & Wartonah. (2019). Konsep Dasar Asuhan Keperawatan. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Triyanto. (2019). Hipertensi Edisi 2. Yogyakarta : Nuha Medika
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, PersatuanPerawat Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia



