

**ASUHAN KEPERAWATAN GEROTIK PADA NY W DENGAN HIPERTENSI
PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG KEBONJATI RT 006 RW 003
KELURAHAN LIMBANGAN TENGAH KECAMATAN LIMBANGAN
DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS BL. LIMBANGAN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III KEPERAWATAN
Di STIKes Karsa Husada Garut

Disusun oleh

**SAYYIDAH ZAKIYAH ULFAH
NIM:KHGA22032**



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

TAHUN 2025

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GEROTIK PADA NY W
DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI
KAMPUNG KEBONJATI RT 006 RW 003 KELURAHAN
LIMBANGAN TENGAH KECAMATAN LIMBANGAN DI
WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS BL. LIMBANGAN
GARUT**

PENULIS : SAYYIDAH ZAKIYAH ULFAH

NIM : KHGA22032

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Disetujui Untuk Disidangkan Diharapkan
Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025

Menyetujui

Pembimbing

Dr. H. Dian Roslan H, S.Kep., M.Kes

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GEROTIK PADA NY W
DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI
KAMPUNG KEBONJATI RT 006 RW 003 KELURAHAN
LIMBANGAN TENGAH KECAMATAN LIMBANGAN DI
WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS BL. LIMBANGAN
GARUT**

PENULIS : SAYYIDAH ZAKIYAH ULFAH

NIM : KHGA22032

Garut, Juli 2025

Menyetujui

Penguji 1

Penguji 2

H. Aceng Ali,S.Kep.,Ners,M.H.Kes

Rudy Alfiansyah,S.Kep.,Ners,M.Pd

Mengetahui

Mengesahkan,

Ketua program studi D III keperawatan

Pembimbing karya tulis ilmiah

STIKes Karsa Husada Garut

K.Dewi Budiarti M.kep

Dr. H. Dian Roslan H,Skep.,M.Kes

ABSTRACT

Peningkatan jumlah lansia di Indonesia yang mencapai 11,75% pada tahun 2023 menjadikan negara ini masuk dalam kategori ageing population, yang turut berdampak pada peningkatan prevalensi penyakit degeneratif, termasuk hipertensi. Hipertensi menjadi salah satu penyakit tidak menular tertinggi yang diderita oleh lansia dan menempati peringkat ketujuh sebagai penyakit terbanyak di UPT Puskesmas BL Limbangan dengan jumlah kasus mencapai 815 pasien lansia. Kondisi ini menuntut pelayanan keperawatan gerontik yang menyeluruh dan holistik guna meningkatkan kualitas hidup serta kemandirian lansia. Tujuan penelitian ini adalah untuk memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi melalui pendekatan proses keperawatan yang mencakup pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan dokumentasi keperawatan secara komprehensif. Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan deskriptif melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, studi pustaka, dan partisipasi aktif. Hasil pengkajian pada Ny. W menunjukkan tiga diagnosa keperawatan utama yaitu nyeri akut, gangguan pola tidur, dan defisit pengetahuan. Intervensi yang dilakukan mencakup manajemen nyeri nonfarmakologis, edukasi mengenai hipertensi dan pengelolaannya, serta dukungan psikososial dan lingkungan yang nyaman untuk menunjang kualitas tidur dan aktivitas sehari-hari. Evaluasi menunjukkan adanya perbaikan signifikan, termasuk penurunan intensitas nyeri, peningkatan pemahaman pasien terhadap kondisi hipertensi, serta peningkatan kemampuan mandiri dalam melakukan aktivitas harian sesuai dengan hasil pengukuran Katz Indeks. Kesimpulan dari penelitian ini adalah bahwa asuhan keperawatan gerontik yang diberikan secara menyeluruh dan berkelanjutan mampu meningkatkan derajat kesehatan dan kemandirian lansia dengan hipertensi, terutama bila didukung oleh edukasi berkelanjutan dan keterlibatan aktif keluarga dalam proses perawatan.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT, yang telah mencurahkan rahmat serta hidayah-Nya kepada kita semua. Sholawat beserta salam semoga tercurah limpahkan kepada nabi kita, nabi Muhammad SAW beserta keluarga, sahabatnya dan mudah mudahan sampai kepada kita selaku umatnya.

Atas karunia dan izin-nya penulis dapat menyelesaikan laporan penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny W Dengan Hipertensi Pada Katz Indeks A Di Kampung Kebonjati Rt 006 Rw 003 Kelurahan Limbangan Tengah Kecamatan Limbangan Di Wilayah Kerja UPT Puakesmas Bl. Limbangan Garur”. Karya tulis ilmiah ini di ajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut .

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bimbingan, nasehat, dan dukungan. Untuk pada kesempatan ini perkenankan penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar – besarnya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hidayat MA. Selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. Bapak H. D. Saepudin, S.Sos, M.Kes Selaku ketua pengurus Yayasan Dhama Husada Insani Garut
3. Bapak H. Enkus Kusnadi S.Kep., M.Kes, Selaku keua STIKes Karsa Husada Garut

4. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kep, Ners., M.Kep Selaku ketua program studi d3 keperawatan STIKes Karsa Husada Garut
5. Bapak Dr. H. Dian Roslan H, S.Kep., M.Kes Selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang menyediakan waktu, memberikan bimbingan, petunjuk serta motivasi selama penulis mengikuti Pendidikan.
6. Kepada pembimbing puskesmas ibu Santi, S.Kep., Ners yng telah membantu dan memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan Puskesmas Bl. Limbangan Garut.
7. Kepada keluarga Ny. W dan sederek pihak yang terlibat yang Namanya tidak bisa saya sebutkan satu persatu saya ucapkan banyak terimakasih atas kesempatan dan kesediaanya dalam berkontribusi agar proses Asuhan Keperawatan ini berjalan lancar.
8. Teristimewa kepada kedua orang tua, yang telah menjadi orang tua yang terhebat. Terimakasih yang tiada habisnya atas limpahan kasih sayang, cinta yang tulus, doa yang tak pernah putus, kepercayaan dan segala bentuk yang telah diberikan sehingga membuat penulis merasa terdukung di segala pilihan dan keputusan yang di ambil oleh penulis dan selalu bersyukur telah memiliki keluarga yang luar biasa.
9. Kepada saudara saudariku tercinta yang juga selalu memberikan semangat dan do'a terbaik mereka kepada penulis. Semoga Allah SWT kelak membalasnya dengan kebahagiaan

10. Seseorang yang tak kalah penting kehadirannya Yudistira Nur Yoga.
Terimakasih telah menjadi bagian dari perjalanan hidup penulis, berkontribusi banyak dalam penulisan karya tulis ini, baik tenaga, waktu, maupun materi. Telah mendampingi dalam segala hal, menemani, mendukung maupun menghibur dalam kesedihan, mendengar keluh kesah, memberi semangat untuk tidak pantang menyerah
11. Teman teman dekatku yang tidak bisa disebutkan satu persatu.
Terimakasih telah menemani penulis selama perkuliahan, selalu membantu, memeberikan dukungan, do'a, dan terimakasih atas kejasama dan inspirasi yang diberikan, serta kesempatan untuk saling belajar, berkembang dan memberikan yang terbaik bagi kelancaran karya tulis ini.
12. Dan yang terakhir kepada diri saya sendiri Sayyidah Zakiyah Ulfah.
Terimakasih sudah bertahan sejauh ini, tetap memilih dan berusaha dan merayakan diri sendiri sampai titik ini, walau serng kali merasa putus asa atas apa yang diusahakan dan belum berhasil, namun terimakasih tet menjadi manusia yang kuat dan tidak Lelah untuk mencoba. Terimakasih karena tidak memutuskan untuk menyerah sesulit apapun proses penyusunan karya tulis ini dan telah menyelesaikanya sebaik dan semksimal mungkin. Bahagialah selalu dimanapun kamu berada, apapun kurang dan lebihmu.

Penulisan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari dukungan sumber daya dan informasi yang diperoleh dari berbagai sumber. Penulis menyadari jika dalam penulisan karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna, untuk itu penulis mengharapkan kritikan dan saran yang dapat membangun untuk kelengkapan karya tulis ilmiah ini.

Akhir kata, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat dan sumbangan pemahaman yang berarti untuk kita semua.

Garut, juni 2025

penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	I
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	ii
ABSTRACT	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan penelitian	8
1. Tujuan Umum	8
2. Tujuan Khusus	8
C. Metode telaahan.....	9
1. Wawancara	9
2. Observasi	9
3. Pemeriksaan Fisik	9
4. Studi Dokumentasi	9
5. Studi Keperpustakaan.....	9
6. Partisipasi Aktif.....	10
D. Sistematika penulisan.....	10
BAB II TINJAUAN TEORI	11
A. Konsep Dasar Lansia	11
1. Definisi Lanjut Usia	11
2. Batasan lanjut usia.....	13
3. Proses menua	13
4. Perubahan Pada Lansia.....	15
5. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Proses Menua	19
B. Konsep Dasar Penyakit	20
1. Definisi	20
2. Etiologi Hipertensi	21
3. Patofisiologi	23
4. Pathway	24
5. Klasifikasi hipertensi	25
6. Manifestasi klinis	27
7. Penatalaksanaan	28
8. Komplikasi.....	29
9. Pemeriksaan penunjang	30
C. Konsep dasar asuhan keperawatan	31
1. Pengkajian	31
2. Diagnosa Keperawatan	46
3. Perencanaan keperawatan.....	46

4. Implementasi Keperawatan.....	52
5. Evaluasi Keperawatan	53
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	55
A. TINJAUAN KASUS.....	55
B. DIAGNOSA KEPERAWATAN	69
C. INTERVENSI KEPERAWATAN	71
D. PEMBAHASAN.....	83
1. Tahap pengkajian	84
2. Tahap diagnosa keperawatan	85
3. Tahap perencanaan.....	85
4. Tahap implementasi keperawatan	87
5. Tahap evaluasi	88
6. Tahap dokumentasi	89
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	91
A. Kesimpulan	91
B. Rekomendasi	92
DAFTAR PUSTAKA	94
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 penyakit tidak menular di UPT Limbangan (2023)	5
Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi.....	24
Tabel 2.2 Pengkajian fungsional klien dengan menggunakan KATZ indeks	37
Tabel 2.3 Pemeriksaan Barthel indeks	38
Tabel 2.4 Pengkajian status mental short portable mental status questioner (SPMSQ).....	39
Tabel 2.5 Pengkajian aspek kognitif dari fungsi mental dengan menggunakan aspek MMSE (Mini mental status exam).....	40
Tabel 3.1 Diagnosa Keperawatan Ny. W	52
Tabel 3.2 Penilaian Barthel Indeks	54
Tabel 3.3 Pengkajian	54
Tabel 3.4 Pengkajian MMSE	56
Tabel 3.5 Diagnosa Keperawatan yang Muncul	58
Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan Sesuai SIKI	57
Tabel 3.7 Evaluasi Berdasarkan SLKI	62
Tabel 3.8 Implementasi dan Evaluasi	67
Tabel 3.9 Catatan Perkembangan Harian	72

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway	23
-------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I : Satuan Acara Penyuluhan (SAP)

Lampiran II : Matwei Penyuluhan

Lampiran III : Leaflet

Lampiran IV : Lembar Bimbingan

Lampiran V : Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penuaan penduduk (*Agein population*) erat kaitanya dengan peningkatan angka jumlah penduduk lanjut usia di suatu wilayah tertentu. Trend ini menjadi topik di negara – negara berkembang seperti Indonesia sebagai dampak dari kebijakan pemerintah yang berfokus pada upaya menaikkan taraf kesejahteraan masyarakat termasuk lansia. (PUSDEKA 2024). menanggapi kondisi tersebut pemerintah mengeluarkan kebijakan strategi nasional kelajut usiaan yang tercantum pada presepsi nomor 88 tahun 2021 yang difungsikan pemerintah sebagai acuan dalam membangun lansia yang mandiri, sejahtera dan bermartabat (PUSDEKA, 2024).

Menurut PUSDEKA 2024 syarat negara dapat dikategorikan sebagai negara dengan *Ageing population* apabila proporsi lansia berumur 60 tahun sudah mencapai lebih dari 10% total penduduk. Indonesia sudah dikategorikan sebagai negara dengan penduduk menua sejak tahun 2021 dimana prevalensi lansia dilihat dari struktur penduduk Indonesia menurut BPS pada tahun itu mencapai 10,8% pada tahun 2022 naik menjadi 10,48% dan terakhir pada tahun 2023 naik di angka 11, 75 %. Sementara BPS memperkirakan pada tahun 2045 akan menjadi kenaikan populasi lansia sebanyak 20,31% seiring dengan peningkatan usia harapan hidup (UUH) yang pada tahun 2023 mencapai angka 79,93% tahun atau meningkat 0,31%

dari tahun sebelumnya, menunjukkan populasi lansia berumur Panjang terus meningkat setiap tahunnya. (Badan Pusat Statistik, 2023).

Menurut world health organization (WHO, 2018) Lansia apabila usia lebih dari atau sama dengan 60 tahun dan undang – undang no 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada pasal 1 ayat 2 menyebutkan bahwa usia 60 tahun adalah usia permulaan tua. (WHO, 2018).

Menua atau menjadi tua adalah suatu proses biologis yang tidak dapat dihindari. Proses penuaan terjadi secara alamiah. Hal ini dapat menimbulkan masalah fisik, mental, sosial, ekonomi, dan psikologis. (Mustika, 2019).

Lansia merupakan suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya bisa di mulai dari satu waktu tertentu, tetapi di mulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang akan melewati 3 tahap dalam kehidupannya yaitu masa anak, dewasa dan juga tua. (mawaddah, 2020).

Jika di tanya kapan seseorang di katakan lansia jawabannya adalah jadi kita ada dua kategori lansia yaitu kategori usia kronologis dan usia biologis artinya adalah jika usia kronologis adalah di hitung dalam atau dengan tahun kalender. Di Indonesia usia pensiun 56 tahun biasanya di sebut sudah lansia namun ada undang-undang mengatakan bahwa usia 60 tahun ke atas baru paling layak atau paling tepat di sebut usia lanjut, usia biologis adalah usia yang sebenarnya kenapa begitu karena di mana kondisi pematangan jaringan sebagai indeks usia lansia pada biologisnya.

Pada seseorang yang sudah lanjut usia banyak yang terjadi penurunan salah satunya kondisi fisik maupun biologis, dimana kondisi psikologis nya secara perubahan kondisi sosial dimana dalam proses menua ini memiliki arti bahwa proses menua adalah suatu proses menghilangnya kemampuan jaringan secara perlahan lahan untuk memperbaiki atau mempertahankan struktur dan fungsi normalnya. Hal ini dikarenakan fisik lansia dapat menghambat atau memperlambat kemunduran fungsi alat tubuh yang disebabkan bertambahnya umur. (friska et al., 2020).

Hipertensi menurut WHO yaitu, presentase penderita hipertensi di asia tenggara termasuk indonesia menyentuh angka 32% (kario,k., okura, a., hoside ., dkk, 2023). Di Indonesia sendiri menurut hasil riset kemenkes RI (2022).

Dikutip dari data riskesdas tahun 2018 menyatakan data preparens lansia hipertensi di jawa barat mencapai angka 39,6% dat tersebut menunjukan kenaikan dari data sebelumnya dengan hasil 34,1% .Menurut prevalensi lansia hipertensi di jawa barat berdasarkan hasil data riskesdas tahun 2018 menyatakan lansia hipertensi mencapai angka 39,6% yang menunjukan kenaikan di banding data sebelumnya dimana data saat itu menunjukan hasil 34,1% (Riskesdas, 2018).

Sementara untuk kabupaten garut berdasarkan dari data badan pusat statiska kabupaten garut jumlah kasus lansia hipertensi pada tahun 2022 tercatat sebanyak 159.435 kasus. Angka yang cukup tinggi ini tidak dilihat hanya dari fakto usia melainkan juga ada faktor dari prilaku dan pola hidup

yang tidak sehat maka diperlukan Tindakan untuk mencegah kondisi yang semakin parah (badan pusat staiska kabupaten garut, 2022).

Lansia sejahtera dapat dicapai apabila hak dan dan kesempatan mereka untuk hidup sehat dapat terpenuhi. Berkaitan dengan kondisi dimana lansia mengalami fase menua sehingga tidak jarang memiliki satu atau bahkan lebih masalah Kesehatan sebagai dampak dari penurunan fungsi organ tubuh akibat dari proses penuaan.(Nasrulla,2018). Penurunan fungsi organ tubuh lansia mengakibatkan adanya perubahan yang terjadi dari segi fisik,mental,sosial,ekonomi serta fisiologi sehingga berdampak pada penurunan fungsi tubuh lansia dalam mempertahankan Kesehatan dan cenderung lebih rentan mengalami penyakit degenerate. Salah satunya penyakit hipertensi (arjani,2018).

Hipertensi sendiri dapat didefinisikan sebagai tekan darah yang melebihi batas normal atau $>140/90$ mm Hg. Dimana pembuluh darah mengalami peningkatan secara per sistem atau dalam jangka waktu yang lama. Pada lansia umumnya disebabkan oleh faktor utama kekakuan arteri karena aorta yang kehilangan elastisitas seiring dengan bertambahnya usia. (manurung,2018). Mengingat hipertensi termasuk kedalam penyakit tidak menular dimana sifat dari penyakit tersebut tidak dapat disembuhkan melainkan hanya dapat dicegah, maka dampak Ketika penyakit hipertensi tidak mendapatkan perawatan yang tepat yaitu terjadinya kerusakan pada jantung karena penyempitan pembuluh jantung dan jika terus dibiarkan akan

mengakibatkan komplikasi gagal jantung, dan dampak terburuknya adalah kematian (yunia,2019).

Menurut survei kesejahteraan Lansia yang dilakukan perhimpunan Gerontologi Medik Indonesia (PERGEMI) Pada tahun 2023 menyatakan Hipertensi menduduki peringkat pertama penyakit tidak menular yang umumnya diderita lansia. (PERGEMI). Di UPT Puskesmas Limbangan pertahun 2023 Hipertensi masuk ke dalam jajaran 7 dari 10 besar penyakit penderita rawat jalan yang di deteksi melalui posbindu maupun kunjungan ke puskesmas menjadikan hipertensi sebagai penyakit yang terus di upayakan programnya melalui programnya, melalui program skrining PTM di puskesmas tersebut.

(Tabel 1.1)

Tabel penyakit tidak menular di UPT Limbangan (2023)

No	Jenis penyakit	Jumlah	%
1	Nasofaringitis Akut	4546	12,6%
2	Gasroduodentinitis tidak spesifik	4084	11,3%
3	Myalgia	2022	5,6%
4	ISPA ttidak spesifik	1730	4,8%
5	Tuberkulosa Paru BTA (+)	1554	4,3%
6	Gangguan lain pada kulit dan jaringan subkutan yang tidak terklafikasi	1088	3,0%
7	Hipertensi primer	815	2,3%
8	Diare	808	2,2%
9	Rematisme tidak spesifik	492	1,4%
10	Demam yang tidak diketahui sebabnya	415	1,1%

UPT Puskemas Bl. Limbangan merupakan puskesmas yang berada di wilayah kerja Bl. Limbangan terletak di kabupaten garut bagian utara dengan jarak kurang lebih 28 km dari ibu kota kabupaten, berada pada ketinggian

545m dia atas permukaan laut. Keadaan alamnya terdiri dataran rendah, berbukit dan bergunung, di alirin 3 buah sungai yang agak besar (sungai cimanuk, ci pancar, dan sungai cipeujeuh) kecamatan Bl. Limbangan meliputi 14 desa suakarya, 159 RW, 459 RT, 23.028 KK dengan jumlah penduduk 87.865 jiwa.

Wilayah kecamatan Bl. Limabangan mempunyai batas administrasi sebagai berikut:

1. Sebelah utara : kecamatan selaawi
2. Sebelah selatan : kecamatan cibiuk
3. Sebelah timur : kecamatan cibatu
4. Sebelah barat : kecamatan nagreg

UPT puskesmas Bl. Limbangan merupakan FKTP rawat inap yang berdomisili Berdomisili di kecamatan Bl. Limbangan yang meliputi wilayah kerja 14 desa yang secara administrasi terdiri dari:

1. Desa limbangan tengah
2. Desa limbangan barat
3. Desa galih pakuan
4. Desa Surabaya
5. Desa cijolang
6. Desa neglasari
7. Desa pasir waru
8. Desa simpen kidul
9. Desa ciwangi

10. Desa cigagade
11. Desa limbangan timur
12. Desa dungus wiru
13. Desa pangeureuman
14. Desa simpen kaler

Menurut hasil skrining yang telah dilakukan penulis di puskesmas limbangan data lansia dengan hipertensi sebanyak 815 lansia dengan penderita hipertensi.

Dengan demikian peran perawat sebagai care giver sangat diperlukan untuk membantu lansia dalam memenuhi kebutuhan dan memandirikan lansia dengan tujuan mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan holistik yang meliputi assesment hingga pendokumentasian asuhan keperawatan menyeluruh dan tepat sasaran.

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk melakukan pengelolaan kasus asuhan keperawatan yang di tuangkan dalam studi kasus yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NYONYA W DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG KEBON JATI RT 06/ RW 03 KELURAHAN LIMBANGAN TENGAH KECAMATAN LIMBANGAN DI WILAYAH KERJA UPT BL. LIMBANGAN KABUPATEN GARUT”**.

B. Tujuan penelitian

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata tentang Asuhan Keperawatan pada ny. W dengan hipertensi secara langsung dan komprehensif dengan pendekatan model keperawatan di UPT Puskesmas Limbangan.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penulisan karya tulis ini penulis diharapkan mampu :

- a. Melakukan pengkajian pada ny. W dengan hipertensi pada Katz Indeks A di UPT Puskesmas Limbangan.
- b. Menentukan diagnosa Keperawatan dengan tepat pada ny. W dengan hipertensi pada Katz Indeks A di UPT Puskesmas Limbangan.
- c. Merencanakan tindakan Keperawatan pada ny. W dengan Hipertensi pada Katz Indeks A di UPT Puskesmas Limbangan.
- d. Melakukan tindakan Keperawatan pada ny. W dengan hipetensi pada Katz Indeks A di UPT Puskesmas Limbangan.
- e. Mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan pada NY. W dengan hipertensi pada Katz Indeks A di UPT Puskesmas Limbangan.
- f. Mendokumentasikan proses Asuhan Keperawatan yang di laksanakan pada ny. w dengan hipertensi pada Katz Indeks A di UPT Puskesmas Limbangan.

C. Metode telaahan

1. Wawancara

Wawancara yaitu pengambilan data dengan cara berkomunikasi langsung dengan klien untuk mendapatkan data yang diperlukan mengenai identitas riwayat kesehatan data psikologi sosial dan spiritual serta data penunjang lainnya yang berhubungan dengan hipertensi.

2. Observasi

Metode pengumpulan data melalui pengamatan atau observasi secara langsung pada klien hipertensi menggunakan teknik penkajian khusus lansia diantaranya pengkajian Katz Indeks, Bartel Indeks, MMSE, SPMSQ, dan lain lain.

3. Pemeriksaan Fisik

Teknik ini dilakukan dengan cara langsung melaksanakan pemeriksaan untuk memperoleh data objektif dengan cara inpeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

4. Studi Dokumentasi

Mempelajari data data klien dari data yang diperoleh dari klien, dan data yang diperoleh dari catatan medis, hasil hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

5. Studi Keperpustakaan

Dilakukan dengan cara membaca dan mempelajari buku-buku perpustakaan dan referensi dari internet dan jurnal mengenai konsep konsep yang berhubungan dengan hipertensi.

6. Partisipasi Aktif

Melakukan kerjasama dengan klien dan keluarga lainnya dalam memberikan asuhan Keperawatan pada klien.

D. Sistematika penulisan

Untuk mendapatkan gambaran yang lebih jelas dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan sistematika penulisan yang terdiri dari 4 bab, yaitu Bab I yang menjelaskan tentang latar belakang, tujuan penulis, metode telaah, dan sistematika penulisan. Bab II yang berisi tentang konsep dasar usia lanjut, konsep dasar penyakit hipertensi, dan konsep Asuhan Keperawatan hipertensi pada lansia. Selanjutnya, Bab III berisi tentang tinjauan kasus yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan serta perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan catatan perkembangan serta pembahasan. Bab IV berisikan penutup dari penyusunan karya tulis ilmiah, yang meliputi kesimpulan dan saran. Pada bagian akhir akan berisikan daftar pustaka dan lampiran lampiran yang diperlukan.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Lansia

1. Definisi Lanjut Usia

Laju perkembangan penduduk lansia di dunia termasuk Indonesia pada saat ini telah menuju sebuah proses penuaan yang sudah ditandai dengan meningkatnya jumlah proporsi penduduk lanjut usia, penduduk lanjut usia Indonesia merupakan lima besar negara dengan jumlah penduduk lansia terbanyak. Berdasarkan data dari kementerian Kesehatan republic Indonesia tahun 2020 jumlah lansia di Indonesia itu sudah mencapai 28,8 juta atau 11,34% dari total populasi. Dan pada tahun 2025 jumlah lansia sudah diperkirakan akan berjumlah 733 juta jiwa. Berdasarkan data dan informasi dari BPS (Badan Pusat Statistik) tahun 2020, terdapat enam provinsi yang memiliki penduduk tua diantaranya Yogyakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur, Bali, Sumatra Barat dan Sulawesi Utara. Sulawesi Utara dalam empat besar dengan jumlah penduduk lansia terbanyak di Indonesia yaitu sekitar 11,25%.

Menurut World Health Organization (WHO), Lansia itu adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan kelompok pada manusia yang telah masuk ketahap akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut dengan aging proses atau biasa disebut itu dengan

sebutan penuaan. Di Indonesia populasi penduduk saat ini sedang berada di era ageing population dimana jumlah penduduk yang sudah lebih dari 60 tahun melebihi 7 persen dari total penduduk. Dan di Indonesia diperkirakan akan terjadi pertumbuhan penduduk lnsia yang sangat pesat, hal ini sebagai akibat terjadinya suatu transisi demografi dimana saat ini negara Indonesia itu sudah berada pada tahapan angka kematia yang rendah.

Peningkatan jumlah lansia menimbulkan penurunan derajat Kesehatan. Sebagian besar lansia akan mengalami kemunduran baik dari segi fisik maupun mental. Akibatnya lansia akan kehilangan pekerjaan karena dianggap sebagai individu yang produktif. Kondisi ini mengakibatkan lnsia secara perlahan menarik diri dari hubungan dengan sekitar. Hal ini dapat mempengaruhi interaksi sosial lansia tersebut dan dengan banyaknya penduduk lansia itu berdampak pada berbagai aspek kehidupan, karena dengan semakin bertambahnya usia fungsi organ tubuh lansia itu akan semakin menurun baik itu karena factor ilmiah maupun karena factor penyakit. Salah satu gangguan Kesehatan yang sering dapat muncul pada lansia adalah gangguan mental. Dan sering muncul gangguan mental pada masa ini adalah depresi, gangguan kognitif. Lalu sejumlah factor resiko psikososial juga dapat mengakibatkan lansia gangguan mental, factor tersebut adalah dengan hilangnya peranan sosial, hilangnya ekonomi, keterbatasan finansial, penurunan fungsi kognitif, kematia teman

atau sanak saudaranya, dan penurunan Kesehatan peningkatan isolasi karena telah hilangnya interaksi sosial.

2. Batasan lanjut usia

Menurut (efendi, 2020), Batasan usia yang mencakup rentang usia lanjut usia adalah sebagai berikut:

a. Batasa lanjut usia menurut *World Health Organization* (WHO) usai tua meliputi:

- 1) Usia pertengahan (*middle ege*) diartikan sebagai kelompok umur 45 tahun hingga 59 tahun.
- 2) Lanjut usia (*elderly*) antara 60 sampai dengan 90 tahun
- 3) Lanjut usia tua (*old*) antara usia 75 sampai dengan 90 tahun
- 4) Sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun

b. Menurut kementrian Kesehatan republic Indonesia (2015) lanjut usia dikelompokan menjadi usia lanjut (60-69 tahun) dan usia lanjut dengan resiko tinggi (lebih dari 70 tahun atau dengan masalah Kesehatan).

3. Proses menua

Proses menua merupakan hal alamiah yang pasti akan terjadi pada setiap manusia, menua bukanlah sebuah penyakit melainkan bagian dari proses masa pertumbuhan dan perkembangan Dimana semakin bertambahnya usia seseorang akan mengalami penurunan berbagai fungsi jaringan dan kemampuan kekebalan tubuh sehingga lansia rentan mengalami penyakit degeneratif atau penyakit yang timbul seiring berjalannya waktu (Ratnawati, 2017)

Menurut Depkes RI (2016) ada beberapa teori yang menjelaskan tentang proses menua diantaranya:

a. Teori-teori Biologi

- 1) Teori genetik dan mutasi (somatic mutatie theory) atau teori yang meyakini bahwa proses menua terjadi karena sudah terprogram secara genetic
- 2) Pemakaian dan rusak, secara singkat teori ini menjelaskan penuaan karena sel-sel tubuh yang rusak
- 3) Reaksi dari kekebalan sendiri (auto immune theory) atau jaringan yang rusak karena sistem kekebalan tubuh
- 4) Teori immunology slow virus teori ini menjelaskan bahwa virus yang masuk ke dalam organ tubuh dapat menyebabkan kerusakan
- 5) Teori stress teori ini menjelaskan bahwa stress mengakibatkan sel-sel terpakai dan akhirnya rusak.
- 6) Teori radikal bebas. Teori ini menjelaskan bahwa radikal bebas membuat sel tidak dapat beregenerasi
- 7) Teori rantai silang. Sel-sel tua memberikan reaksi kimia dengan menciptakan ikatan kuat yang akhirnya membuat kurangnya elastisitas dan penurunan fungsi.
- 8) Teori program, teori ini menceritakan kemampuan organisme untuk menetapkan jumlah sel yang membelah setelah kematian sel.

b. Teori-teori kejiwaan

- 1) Aktivitas atau kegiatan (activity theory). Teori yang menyatakan bahwa kesuksesan lansia dilihat dari keaktifan mereka dalam berbagai kegiatan sosial.
- 2) Kepribadian berlanjut (continuity theory). Teori ini menyatakan perubahan pada lansia dipengaruhi oleh kepribadian lansia itu sendiri.
- 3) Teori pembebasan (disengagement theory). Teori ini menjelaskan bahwa lansia mengalami kehilangan ganda, yakni: kehilangan peran, hambatan sosial, dan kurangnya kontak komitmen

4. Perubahan Pada Lansia

Seiring bertambahnya usia pada lansia mengakibatkan terjadinya berbagai perubahan seperti perubahan fisiologis, psikososial, dan perubahan kognitif. (Ratnawati. E, 2017) Menurut (Untari, 2018) ada beberapa perubahan yang terjadi pada lansia diantaranya:

a. Perubahan Fisiologis

1) Sistem sel

Seiring bertambahnya usia seseorang, produksi sel di dalam tubuh akan mengalami penurunan produksi jumlah sel tetapi sel yang diproduksi berukuran lebih besar. Sejalan juga dengan penurunan sel di otak, jumlah cairan tubuh dan cairan intraseluler juga ikut berkurang mengakibatkan proporsi protein di otak, otot, ginjal dan hati menurun, dampak lain yang timbul adalah

mekanisme perbaikan sel menurun, otak menjadi atrofi dan beratnya berkurang 5-10% sehingga lekukan otak akan menjadi lebih dangkal dan lebar

2) Sistem Persyarafan

Pada lansia syaraf akan mengalami penurunan fungsi, itu mengapa beberapa lansia akan lambat dalam memberi respon dan membutuhkan waktu untuk berfikir, bahkan lansia cenderung kurang sensitive dalam merespon sentuhan orang lain. Selain itu beberapa lansia juga akan mengalami gangguan memori akibat penurunan fungsi syaraf di otak.

3) Sistem Pendengaran

Berkurangnya fungsi pendengaran pada telinga dalam terutama pada suara bernada tinggi atau suara yang tidak jelas. Biasanya terjadi pengumpulan serumen yang mengeras karena peningkatan kreatin sering mengalami Tinnitus atau telinga berdenging.

4) Sistem Penglihatan Lansia

cenderung mengalami masalah pada penglihatan, faktor usia mempengaruhi penurunan lapang pandang dan luas pandang sehingga lansia cenderung kesulitan beradaptasi pada kegelapan, lansia juga cenderung mengalami penurunan daya 14 pembeda warna dimana kebanyakan lansia kesulitan memebdakan warna terutama warna hijau atau biru.

5) Sistem Kardiovaskuler

Pada sistem ini terjadi perubahan dimana katup jantung menebal dan menjadi kaku serta elastisitas dinding aorta menurun. Hilangnya elastisitas pembuluh darah mengakibatkan resistensi pembuluh darah perifer meningkat dan berdampak pada tekanan darah tinggi.

6) Sistem Pernafasan

Berhubungan dengan usia mempengaruhi fungsi paru-paru yang mengalami penurunan elastisitasnya, otot pernafasan mengalami kekakuan dan kekuatannya menurun, kapasitas residu meningkat sehingga menarik nafas menjadi lebih berat, ukuran alveoli melebar dan jumlahnya berkurang, serta berkurangnya elastisitas bronkus.

7) Sistem Pencernaan

Adapun perubahan yang dialami lansia adalah penurunan fungsi indra pengecap dan sensitivitas syaraf pengecap pada rasa manis, asin, asam dan pahit. Sensitivitas lapar menurun, asam lambung, motilitas dan waktu pengosongan lambung menurun sehingga peristaltic melemah dan biasanya berdampak pada konstipasi.

8) Sistem Urinari

Perubahan pada ukuran ginjal yang mengecil, fungsi penyaringan pada glomerulus menurun dan fungsi tubulus

berkurang. Otot-otot kandung kemih melemah dan kehilangan kapasitasnya sehingga frekuensi BAK meningkat.

9) Sistem Integument

Bertambahnya usia mempengaruhi perubahan pada penampilan kulit dan lainnya.

10) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan mempengaruhi penurunan kekuatan dan stabilitas tulang, serabut otot mengecil sehingga gerakan menjadi lamban sering terjadi otot kram dan tremor. Persendian makin membesar dan menjadi kaku mengakibatkan Gerakan menjadi terbatas.

b. Perubahan Kognitif

Perubahan struktur dan fisiologis pada otak berakibat pada gangguan kognitif yang terjadi pada lansia seperti, gangguan memori jangka pendek, kemampuan intelektual yang mengalami kemunduran dan kemampuan verbal yang menetap selagi tidak ada penyakit penyerta. Gejala yang timbul seperti disorientasi, kehilangan kemampuan dalam menghitung ataupun berbahasa, serta penilaian yang buruk merupakan situasi yang normal terjadi pada lansia. 16

c. Perubahan Psikososial

Perubahan aspek kognitif pada lansia berdampak pada kurangnya kemampuan dalam mengatasi masalah atau pemecahan masalah hal ini berkaitan dengan kemampuan penyesuaian secara psikologis terhadap proses menua. Lansia cenderung merasa kesepian, terutama dalam

keadaan dimana lansia kehilangan orang yang paling dekat mengantarkan pada perasaan duka cita yang mendalam jika hal tersebut dibiarkan berlanjut maka kondisi selanjutnya lansia akan mengalami depresi. perubahan emosional pada lansia mengakibatkan perubahan yang berkaitan dengan suasana hati lansia, lansia cenderung menjadi egois ingin di dengarkan dan diperhatikan, sensitivitas lansia juga meningkat sehingga lansia mudah tersinggung akibatnya lansia menjadi depresi oleh keadaan lingkungan dan menurunnya kemampuan adaptasi sosial lansia.

5. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Proses Menua

Menurut Ratnawati (2017) ada beberapa factor yang mempengaruhi proses penuaan pada lansia diantaranya:

a. Genetik Sel

merupakan mekanisme pengendalian fungsi sel yang dikaitkan dengan peran DNA dalam pengendalian seluruh program dalam tubuh. Dimana pada orang tertentu sel dapat mempengaruhi kecenderungan seseorang mengalami penuaan lebih awal.

b. Nutrisi/makanan

Nutrisi atau gizi yang kurang atau bahkan kelebihan nutrisi dapat mengakibatkan ketidakseimbangan reaksi kekebalan tubuh yang terganggu sehingga munculnya penyakit degeneratif semakin cepat.

c. Status Kesehatan

Proses penuaan bukan disebabkan oleh sebuah penyakit atau bahkan dianggap sebagai sebuah penyakit seperti yang selama ini banyak diyakini. Penyakit yang timbul pada masa lansia sendiri disebabkan karena faktor dari luar seperti pola hidup dan kebiasaan yang menetap dan berkepanjangan serta merugikan.

d. Pola hidup

Olahraga memiliki banyak manfaat untuk melancarkan sirkulasi darah serta membantu pembentukan otot, pada lansia yang tidak memiliki kebiasaan berolahraga cenderung mudah mengeluh kelelahan dan mengalami penyakit yang berkaitan dengan persendian.

e. Lingkungan

Penuaan merupakan proses yang terjadi secara alami pada setiap orang, masa lanjut usia dapat dikontrol dengan status Kesehatan yang baik dan lingkungan yang mendukung.

f. Stres

Penuaan dapat dipengaruhi oleh adanya tekanan hidup sehari-hari baik dalam pekerjaan, lingkungan rumah maupun masyarakat.

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan dan angka kematian (Triyanto, 2016), hipertensi adalah suatu

keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan darah diatas normal lebih dari sama dengan 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90mmHg, penyakit hipertensi dapat disebabkan oleh pola makan yang buruk dan kurangnya aktivitas fisik (Rihianto dan Widodo, 2018).

Hipertensi merupakan penyakit yang disebabkan oleh kondisi tekanan darah sistolik yang berada diatas batas normal yaitu lebih dari 140 mmHg dan/disertai dengan tekanan darah diastolic yang juga melebihi batas normal yaitu 90 mmHg (Anshari 2020).

Hipertensi atau peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri secara terus menerus lebih dari suatu periode hipertensi juga didefinisikan sebagai evaluasi persisten dari tekanan darah sistolik (TDS) pada level 140 mmHg atau lebih dan tekanan darah diastolic (TDD) pada level 90mmHg atau lebih (Sari, Et, Al 2020).

2. Etiologi Hipertensi

Penyebab hipertensi menurut Johannes (2020), yaitu:

a. Hipertensi primer (esensial)

Hipertensi primer adalah hipertensi yang 90% tidak diketahui penyebabnya, beberapa faktor yang diketahui diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi esensial diantaranya:

1) Genetic

Individu dengan keluarga hipertensi memiliki potensi lebih tinggi mendapatkan penyakit hipertensi

2) Jenis kelamin dan usia

Laki-laki berusia 35-50 tahun dan Wanita yang telah monopause berisiko tinggi mengalami penyakit hipertensi

3) Gaya hidup meroko dan konsumsi alcohol

Gaya hidup meroko dan konsumsi alcohol sering dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi karena reaksi bahan atau zat yang terkandung dalam keduanya

b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder adalah jenis hipertensi yang diketahui penyebabnya. Hipertensi sekunder disebabkan oleh beberapa penyakit yaitu:

- 1) Coarctation aorta, yaitu penyempitan aorta congenital yang mungkin terjadi beberapa tingkat pada aorta toraks atau aorta abdominal. Penyempitan pada aorta tersebut dapat menghambat aliran darah sehingga terjadi peningkatan tekanan darah di atas area kontriksi
- 2) Penyakit parenkim dan vaskuler ginjal, penyakit ini merupakan penyakit utama penyebab hipertensi sekunder, hipertensi renovaskuler berhubungan dengan penyempitan satu atau lebih arteri besar, yaitu secara langsung darah ke ginjal
- 3) Gangguan endokrin. Disfungsi medulla adrenal atau korteks adrenal dapat menyebabkan hipertensi sekunder, adrenal mediate hypertension disebabkan kelebihan primer aldosteron, konstriksi dan katekolamin

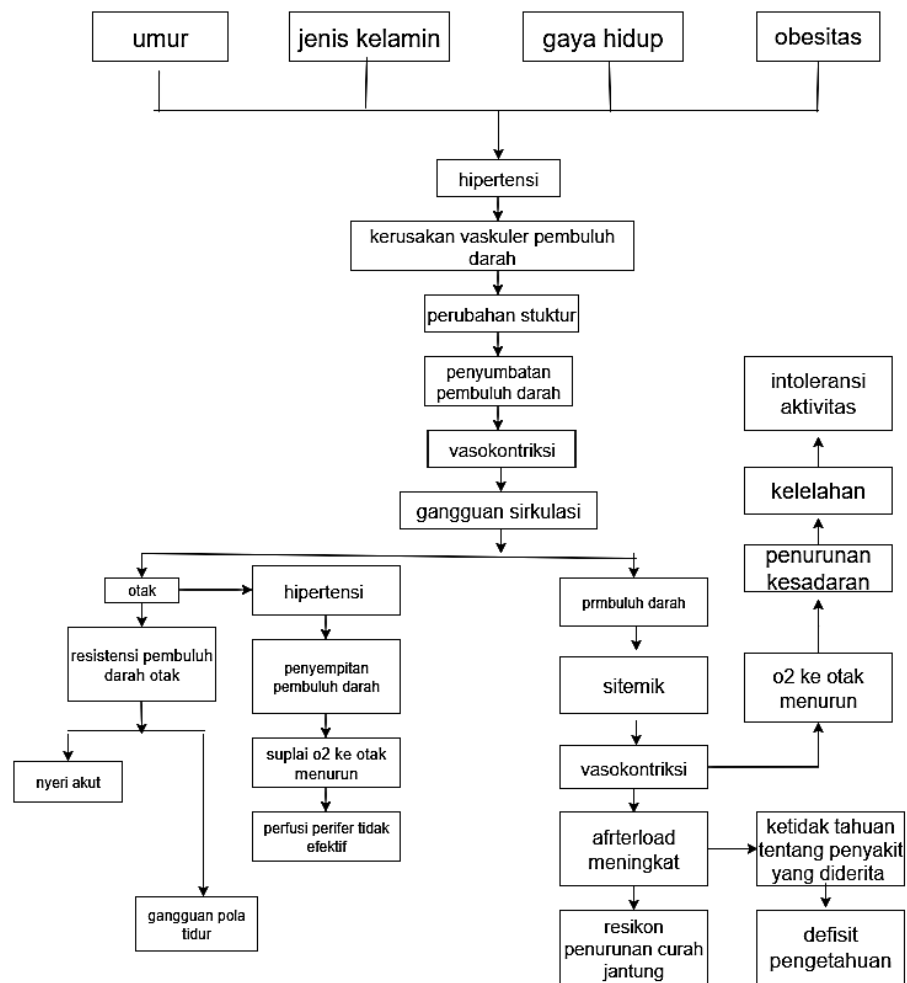
- 4) Kegemukan atau obesitas dan malas berolahraga stress yang cenderung menyebabkan peningkatan tekanan darah untuk sementara waktu

3. Patofsiologi

Mekanisme terjadinya krisis hipertensi dipicu oleh kegagalan fungsi autoregulasi dalam menjaga aliran darah yang sesuai untuk mengkompensasi peningkatan resistensi vascular sistemik, endoterium memiliki peran utama dalam mengatur tekanan darah. Endothelium mengeluarkan nitric oxide dan prostacyclin yang dapat memodulasi tekanan vaskuler. Disamping itu peran system renin angiotensin juga sangat mempengaruhi terjadinya krisis hipertensi. Peningkatan tekanan darah secara drastic dan menetap dalam waktu yang lama menyebabkan respon vasodilatasi endothelium berkurang dan melepaskan vasokonstriktor yang semakin meningkat resistensi vascular. Vasokonstriktor juga menyebabkan jejas endotel lebih lanjut, deposisi platelet dan fibrin, aktivitas kaskade pembekuan hingga terbentuk thrombus, thrombus akanberakibat pada pemenuhan suplai darah kebeberapa organ yang kemudian akan membentuk suatu siklus yang berkelanjutan dantara cedera vascular iskemia jaringan dan pelepasan zat vasokonstriktor (promana, (2020).

Pathway

Bagan 2.1 Pathway



4. Klasifikasi hipertensi

a. Hipertensi primer (Esensial)

Pada usia dewasa, hipertensi terjadi tanpa gejala yang tampak peningkatan tekanan darah secara terus menerus dan telah terjadi lama baru dikatakan seseorang menderita hipertensi meskipun penyebab pastinya belum jelas pada kasus peningkatan tekanan darah ini disebut dengan hipertensi primer (esensial)

b. Hipertensi sekunder

Beberapa orang memiliki tekanan darah tinggi yang disebabkan oleh beberapa faktor tidak terkontrol. Pada kejadian ini disebut dengan hipertensi sekunder dimana peningkatan darah yang terjadi dapat melebihi tekanan darah pada hipertensi tekanan darah pada hipertensi primer.

Pembagian derajat keparahan hipertensi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.1

Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Tekanan darah sistolik	Tekanan darah diastolik
Optimal	<120 mmHg	<80 mmHg
Normal	120-129 mmHg	80-84 mmHg
Normal tinggi	130-139 mmHg	84-89 mmHg
Hipertensi derajat 1	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Hipertensi derajat 2	160-179 mmHg	100-109 mmHg
Hipertensi derajat 3	>180 mmHg	>110 mmHg
Hipertensi sistolik terisolasi	>140 mmHg	<90 mmHg

(sumber : AHA2023)

Tekanan darah digunakan sebagai indikator untuk menilai kondisi system kardiovaskuler. Besar kecilnya tekanan darah menentukan sebagai tinggi resiko penyakit kardiovaskuler (hasnawati, 2021).

Berikut kategori tekanan darah menurut kementrian Kesehatan republikk Indonesia (2016)

1) Hipertensi derajat 1

Dipengaruhi oleh berkurangnya tekanan perifer sedangkan saraf simpatis meninggi karena aktivitas rening plasma yang rendah. kondisi ini dipengaruhi juga oleh faktor obesitas dimana, semakin besar masa tubuh semakin banyak darah yang dibutuhkan untuk memasok oksigen keseluruh tubuh. (khotimah 2018).

2) Hipertensi derajat 2

Berdasarkan joint national committe VII (JNC VII). Termasuk hipertensi stage 2 apabila tekanan darah sistolik > 100 mmHg. Pada derajat ini biasanya dipengaruhi karena proses penuaan akibat dari perubahan system kardiovaskuler dimana pembuluh darah pada lansia menjadi kaku dan lambat dalam berkontraktilitas, sehingga jantung harus memompa lebih keras dan mengakibatkan hipertensi. (khotimah, 2018)

3) Hipertensi derajat 3

Pada derajat ini kondisi pasien sudah berada di tingkat emergensi dimana pasien mengalami kerusakan target organ yang sedang terjadi atau akut (mis. Ensefalopati, pendarahan indra

serebral, kegagalan ventrikel kiiri akut dengan edema paru, unstable angina, diseksi aneurisme aorta, IMA, eclampsia anemia hemolitik mikro angiopati atau insufisiensi renal) yang memerlukan intervensi farmakologi yang tepat untuk menurunkan tekanan darah yang sistemik. Manifestasi klinis hipertensi urgensi antara lain: meningkatnya tekanan darah, sakit kepala yang parah, kecemasan, sesak nafas. Sedangkan manifestasi klinis dari hipertensi emergensi yaitu terdapat kerusakan organ, misalnya perubahan status mental seperti pada ensefalopati, stroke, gagal jantung, angina, edema paru, serangan jantung, aneurisma eklamsi.

5. Manifestasi klinis

Sering dikatakan bahwa gejala terlarif yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam pernyataan pasien ini merupakan gejala terlarif yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis. Beberapa gejala pasien yang menderita hipertensi, yaitu:

- a. Mengeluh sakit kepala
- b. Lemas, kelelahan
- c. Sesak napas
- d. Gelisah
- e. Mual muntah
- f. Kesadaran menurun

6. Penatalaksanaan

Pola hidup sehat dapat mengurangi atau mencegah resiko terjadinya hipertensi yaitu dengan membatasi konsumsi garam, alkohol, meningkatkan konsumsi sayur dan buah-buahan, menurunkan berat badan jika mengalami obesitas, aktivitas fisik teratur dan menghindari merokok.

a. Membatasi konsumsi garam

Mengonsumsi garam berlebih hanya dapat meningkatkan tekanan darah dan sebaiknya membatasi konsumsi garam dianjurkan tidak lebih dari 2gr/ hari (satu sendok teh garam dapur).

b. Perubahan pola makan

Pada penderita hipertensi disarankan mengonsumsi makanan yang mengandung sayuran, kacang-kacangan buah-buahan segar, gandum, ikan, produk susu rendah lemak serta membatasi asupan daging merah dan asam lemak jenuh.

c. Olahraga teratur

Olahraga teratur sangat bermanfaat untuk menurunkan resiko mortalitas kardiovaskuler. Olahraga dengan intensitas dan durasi ringan memiliki efek untuk menurunkan tekanan darah lebih kecil dibandingkan dengan olahraga intensitas sedang atau tinggi pada penderita hipertensi dianjurkan untuk berolahraga setidaknya 30 menit dengan intensitas sedang seperti : Berjalan, jogging atau bersepeda

d. Berhenti merokok

e. Terapi obat

Ada lima golongan obat alami hipertensi utama yang direkomendasikan yaitu : ACE, ARB, CCB, Diuretic dan beta bloker (Indonesia, 2019).

7. Komplikasi

a. Stroke

Stroke dapat terjadi akibat tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak, atau embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak yang mengakibatkan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada penyakit hipertensi kronis, apabila arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan penebalan.

b. Gagal jantung

Tekanan darah yang tinggi memaksa otot jantung bekerja lebih berat untuk memompa darah. Kondisi ini berakibat otot jantung akan menebal dan meregang sehingga daya pompa otot jantung

c. Gagal ginjal gagal ginjal bisa terjadi sebab kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler glomerulus ginjal. Dengan rusaknya glomerulus, aliran darah akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi kematian dan hipoksik (brunner dan suddrath, 2015)

d. Ensefalopati

Terjadi, terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat dan berbahaya). Tekanan yang sangat tinggi pada

kelainan ini menyebabkan peningkatan kapiler dan mendorong cairan ke ruangan interstil di seluruh susunan saraf pusat (aspiani R.Y.2014)

e. Kejang

Bisa terjadi pada Wanita preeklamsia. Bayi yang baru lahir mungkin memiliki berat badan yang kecil akibat perfusi plasenta yang tidak adekuat, kemudian dapat mengalami hipoksia dan asidosis jika ibu mengalami kejang sebelum persalinan. (aspiani R.Y.2014).

8. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Hb/Ht : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan dan dapat mengidentifikasi faktor risiko seperti anemia
- 2) BUN/kreatinin: memberikan informasi tentang fungsi ginjal
- 3) Glukosa : hiperglikemia (DM adalah pemicu hipertensi) diakibatkan oleh pengeluaran kadarketokolamin
- 4) Urinalisa: glukosa darah, protein mengisyaratkan disfungsi ginjal
- 5) CT scan: Mengkaji adanya tumor serebral dan ensefalopati
- 6) EKG: dapat menunjukkan dimana luas, pola renggangan dan peninggian gelombang adalah salah satu tanda penyakit jantung hipertensi
- 7) IUP: mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti perbaikan ginjal, dan batu ginjal

- 8) Rontgen dada: menunjukkan destruksi klasifikasi pada area katuh dan pembesaran jantung. (Nurarif & Herdi, 2015 dalam ahmad et al, 2021)\

C. Konsep dasar asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan lansia (gerontik) merupakan kegiatan yang dimaksudkan untuk memberikan bantuan atau bimbingan serta pengawasan, peris dunggan dan pertolongan pada lanjut usiabaik secara individu maupun kelompok, seperti dilingkuungan rumah atau lingkyungan panti werdha, maupun di puskesmas. Perdekatan yang digunakan melalui proses keperawatan yang meliputi pangkajian, perumuusan diagnosa keperawatan, perencanaan tindak keperawatan, pengaplikasian inplementasi keperawatan, serta melakukan evaluasi keperawatan (muustika, I..W. 2019).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan Langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan dara-data yang akura dari pasien sehingga akan mengetahui berbagai permasalahan yang ada (Wartonah et al, 2021)

a. Identitas klien (Cahyani et al, 2020)

Meliputi nama, umur, usia, jenis kelamin, Pendidikan, alamat pekerjaan, agama, dan suku bangsa.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan yang paling dirasakan klien pada saat ini. Biasanya klien dengan penyakit hipertensi mengeluh nyeri kepala atau rasa berat ditengkuk (BASUKI & Others, 2017).

2) Status Kesehatan sekarang

Biasanya klien hipertensi pada saat melakukan aktivitas mendapat serangan nyeri kepala, mual sampai muntah, sesak nafas, pandangan menjadi kabur (BASUKI & Others,2017).

3) Riwayat Kesehatan dahulu

Riwayat penyakit dahulu pada lansia dengan penderita hipertensi antara lain tekanan darah tinggi, penyakit jantung coroner, taupun stroke dan penyakit ginjal (BASUKI & Others,2017).

4) Riwayat Kesehatan keluarga

Amati Riwayat penyakit yang pernah dialami keluarga. Jika dalam keluarga memiliki Riwayat penyakit hipertensi maka kemungkinan Sebagian besar menderita penyakit hipertensi (BASUKI & Others,2017).

c. Riwayat psikososial

Amati Riwayat pasien terhadap penyakitnya, bagaimana cara mengatasinya serta bagaimana perilaku pasien terhadap Tindakan yang dilakukan terhadap dirinya (BASUKI & Others 2017).

d. Riwayat nutrisi

Amati status pada klien, apakah klien sering mengonsumsi garam berlebihan, makan yang berlebihan / kegemukan, stress dan pengaruh lainya seperti merokok, minum alcohol, dan mengonsumsi obat-obatan (BASUKI & Others 2017).

e. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Pada klien hipertensi biasanya mengalami keluhan saat selesai beraktivitas dan jika tekanan darah naik/ kambuh biasanya mempunyai berat badan berlebihan/ obesitas. Bentuk badan seperti buah pir dan tidak ada perubahan nafsu makan. Lansia dengan hipertensi biasanya mengalami kesulitan tidur di malam hari. (Muhammad Yusuf et al, 2018)

2) Pemeriksaan fisik head to toe

a) Kepala dan rambut: lihat bentuk dan ukuran pada kepala, warna rambut, bentuk wajah, dan kaji apakah terdapat nyeri atau tidak karena pada klien yang menderita hipertensi biasanya nyeri pada kepala.

b) Mata: kaji kesimetrisan mata, kelopak mata, kornea, konjungtiva serta selera, pupil, dan ketajaman penglihatan. Biasanya ada gangguan pada fungsi penglihatan seperti pandangan menjadi kabur, penglihatan menjadi ganda dan kesulitan untuk melihat objek.

- c) Hidung : perhatikan kesimetrisan hidung, ukuran hidung pangkal hidung, lubang hidung, cuping hidung, dan kebersihannya apakah terdapat secret atau tidak beserta kepatenan jalan nafas
- d) Telinga : lihat warna, kesimetrisan serta posisi telinga bagian atas apakah sejajar dengan mata atau tidak dan kaji saluran telinga bagian luar, kebersihan dan periksa kemampuan pendengaran selama berinteraksi.
- e) Mulut : inspeksi warna, kelembapan apakah ada lesi atau tidak, lihat tekstur mukosa pipi, periksa kelengkapan gigi, warna gigi, beserta kondisi gusi. Tanyakan apakah menggunakan gigi palsu atau tidak, karena biasanya pada lansia memakai gigi palsu.
- f) Leher : perhatikan otot leher, lihat adanya pembekakan, massa, atau ekakuan pada leher
- g) Thoraks : inspeksi apakah ada kelainan dalam simetris dada, apakah terdapat otot bantu pernafasan atau tidak palpasi nilai vocal premitus, perkusi atau menilai bunyi apakah ada kelainan atau tidak, dan auskultasi bunyi nafas dan adanya bunyi nafas tambahan.
- h) Jantung : amati adanya pulsasi serta ictus kordis perkusi (tentukan batas jantung) untuk ukuran jantung, dengarkan suara jantung apakah ada penambahan suara atau tidak. Pada pasien

hipertensi, tekanan darah akan meningkat dan akan terjadi peningkatan denyut nadi.

- i) Payudara : inspeksi atau perhatikan warna kulit di daerah dada, apakah ada warna kulit yang berbeda, lihat adanya bekas luka, bekas operasi atau lesi. Kaji papilla mammae (menonjol atau tidak, apakah ada pengeluaran cairan pada puting susu)
- j) Abdomen : inspeksi integritas kulit pasien, persebaran warna kulit, perhatikan dinding abdomen saat proses pernafasan berlangsung, apakah terdapat benjolan dan dengarkan bisik usus/ peristaltic usus dengan nilai normal 5-35 x/menit
- k) Genitalia: inspeksi pada warna dan kebersihan rambut pubis, lihat kebersihan kulit dan lihat apakah ada lesi atau tidak, perhatikan labia mayora dan minora untuk klien perempuan.
- l) Anus : inspeksi anus apakah hemoroid, kutil, herpes, dan kaji apakah terdapat benjolan atau tidak, palpasi anus dengan menggunakan jari lalu perhatikan apakah ada nyeri tekan, apakah cairan atau darah yang keluar.
- m) Ekstremitas atas & bawah : lakukan inspeksi pada kedua sisi ekstremitas atas maupun bawah perhatikan adanya ketidak simetrisan , lihat adanya tremor pada sendi dan palpasi rasakan adanya krepitasi, nodul, keras atau lunaknya pembengkakan, perhatikan masing-masing tangan dan bentuk

jari. Palpasi ujung ekstremitas atas dan bawah, rasakan kelembaban kulit serta suhu ekstremitas lakukan pemeriksaan CRT, kaji apakah ada edema atau tidak dan kaji kekuatan otot.

n) Pengkajian psikososial

Menurut (marilyan E. Donges 2016) yang perl dikaji pada pasien hipertensi,Riwayat perubahan kepribadian,ansietas depresi euphoria, atau marah kronis.

1) Aspek sosial

Jelaskan kemampuan sosialisasi klien pada saat sekarang,sikap klien terhadap orang lain,harapan klien dalam melakukan sosialisasi,kepuasan terhadap sosialisasi

2) Identifikasi masalah emosional

Pertanyaan tahap I:

- a) Apakah klien mengalami sukar tidur?
- b) Apakah klien sering merasa gelisah?
- c) Apakah klien sering murung?
- d) Apakah klien khawatir ?

Lanjutkan ke pertanyaan tahap 2 jika jawaban “ya” lebih dari satu atau sama dengan satu.

Pertanyaan tahap II :

- a) Adakah keluhan lebih dari 3 bulan dalam 1 bulan terakhir?
- b) Adakah keluhan lebih dari 1 kali dalam 1 bulan terakhir?

- c) Adakah masalah atau keluhan?
- d) Adakah gangguan/masalah dengan anggota keluarga ?
- e) Apakah klien menggunakan obat tidur atau penenang atau anjuran dokter?
- f) Apakah klien cenderung mengurung diri?

Bila lebih dari satu sama dengan satu jawaban “ya”
maka masalah emosional positif (+)

f. Pengkajian spiritual

Aspek spiritual yaitu tentang keyakinan nilai-nilai keluhan yang dianut, keyakinan akan kematian, kegiatan keagamaan dan harapan klien, meliputi:

- 1) Apakah secara teratur melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan agamanya
- 2) Apakah secara teratur mengikuti atau terlihat aktif dalam kegiatan agama
- 3) Apakah lanjut usia terlihat sabar dan tawakal

g. Pengkajian fungsional

- 1) Katz indeks

Indeks katz adalah suatu alat bantu pengkajian dengan sistem penilaian yang didasarkan pada kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsional dapat mengidentifikasi

kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemulihan intervensi yang tepat (Maryam , R Siti,2015)

Tabel 2.2

Pengkajian fungsional klien dengan menggunakan KATZ indeks

kategori	Kriteria
KATZ Indeks A	Kemandirian dalam hal makan,minum kontinen (BAB/BAK).berpindah,kekamar kecil,berpakaian dan mandi.
KATZ Indeks B	Kemandiraian dalam aktivitas hidup sehari-hari,kecuali satu dari fungsi tersebut diatas
KATZ Indeks C	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari,kecuali mandi dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut iatas
KATZ Indeks D	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari,kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan satu yang lain seperti tersebut di atas
KATZ Indeks E	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan satu yang lain seperti tersebut di atas
KATZ Indeks F	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi yang lain seperti di atas.
KATZ Indeks G	Ketergantungan untuk semua (enam) fungsi tersebut di atas
Lainnya	Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi tetapi tidak dapat di klasifikasikan sebagai C, D, E. dan F

Keterangan :

Mandiri berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan aktif dari orang lain.

Lansia yang menolak untuk melakukan suatu fungsi di anggap tidak melakukan fungsi meskipun lansia tersebut di anggap mampu

2) Modifikasi Barthel indeks

Indeks Barthel merupakan suatu instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga di gunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang

mengalami gangguan keseimbangan, dan menggunakan 10 indikator.

Tabel 2.3

Pemeriksaan Barthel indeks

No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Ketergantungan
1	Makan	5	10	Frekuensi: Jumlah: Jenis:
2	Minum	5	10	Frekuensi: Jumlah: Jenis:
3	Berpindah dari kursi roda ketempat tidur atau sebaliknya	5 atau 10	15	
4	Personal toilet (cuci muka,menyisir rambut,menggosok gigi)	0	5	Frekuensi:
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh)	5	10	
6	Mandi	5	15	Frekuensi:
7	Berjalan dipermukaan datar	0	5	
8	Naik turun tangga	5	10	Frekuensi: Jumlah: Jenis:
9	Menggunakan pakaian	5	10	Frekuensi: Jumlah: Jenis:
10	Kontrok (BAB)	5	10	
11	Kontrol (BAK)	5	10	
12	Olahraga/ Latihan	5	10	
13	Rekreasi / pemanfaatan waktu luang	5	10	Frekuensi:

Interpretasi :

Skor 130: Mandiri

Skor 65-125: ketergantungan Sebagian

Skor <65nketergantungan total

3) Pengkajian status mental

Ada 2 pengkajian status mental identifikasi tingkat kerusakan intelektual yang pertama dengan menggunakan short portable mental status questioner (SPMSQ) dan yang kedua dengan menggunakan mini mental status exam (MMSE)

Instruksi : anjurkan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban. Catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan dengan SPMSQ.

4) Short portable mental question

Tabel 2.4

Pengkajian status mental short portable mental status questioner (SPMSQ)

Skor Jawaban		No soal	Pertanyaan
Benar	Salah		
		1	Tanggal berapa hari ini?
		2	Hari apa sekarang?
		3	Berapa nomor telepon anda? Atau dimana alamat anda? (tanyakan bila tidak memiliki telepon)
		4	Berapa umur anda?
		5	Kapan anda lahir?
		6	Kapan anda lahir?
		7	Siapa presiden Indonesia sekarang?
		8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?
		9	Siapa nama ibu anda?
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap kurangi sampai 3 kali pengukuran

Interpretasi:

Salah 0-2 : fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : fungsi intelektual ringan

Salah 6-8 : fungsi intelektual sedang

Salah 9-10: fungsi intelektual berat

5) Mini mental status exam

Tabel 2.5

Pengkajian aspek kognitif dari fungsi mental dengan menggunakan aspek MMSE

(Mini mental status exam)

No	Aspek kognitif	Nilai maksimal	Nilai klien	kriteria
1	orientasi	5		Menyebutkan dengan benar: 1) Tahun berapa sekarang? 2) Musim apa sekarang? 3) Tanggal berapa sekarang? 4) Hari apa sekarang? 5) Dimana kita sekarang?
	Orientasi	5		Menyebutkan dimana dimana kita sekarang berada: 1) Negara apa? 2) Provinsi apa? 3) Kota apa? 4) Desa / kampung? 5) Alamat dimana?
2	Registasi	5		Sebutkan 3 obyek (oleh pemeriksa) selama 1 detik untuk mengatakan setiap obyek yang ditunjukkan, lalu tanya Kembali setiap obyek yang ditunjukkan, Lalu tanya Kembali ketiga obyek tersebut pada klien setelah disebutkan sebelumnya. Beri point 1 untuk jawaban benar, ulangi sampai klien mempelajari ketiganya dan catat. Pengulangan pertama menentukan skor (maksimal 3). Tapi klien disuruh mengulang (maksimal 6 kali). Jika gagal maka tidak dapat dilakukan test pada aspek MENINGAT
3	Perhatian dan kalkulasi	5		Meminta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/ tingkat 1. 93 2. 86 3. 79 4. 72

			5. 65 Atau jika lansia tidak bisa berhitung, bisa mengeja kalimat secara mundur (skor adalah jumlah urutan huruf yang disebutkan dengan benar, 1 point untuk setiap hurufnya). Missal : DUNIA (eja : A-I-N=U-D)
4	Mengingat	3	Meminta klien mengulangi ketiga obyek yang telah disebutkan pada nomor 2 (REGISTRASI), bila benar beri point 1 untuk setiap obyek
5	Bahasa	9	Memberi nama (naming): Tunjukan pada klien suatu benda dan tanyakan Namanya, lalu ulangi lagi seekali lagi untuk benda yg lain (misal jam tangan atau pensil), point 1 untuk masing-masing jawaban benar (skor = 2) Pengulangan Minta klien untuk mengulang kalimat setelah kita sebutkan lebih dahulu, misalnya: “namun”, “tanpa”, “bila”, atau kata yang lebih sulit lagi : “taka da jika” dan atau tetapi” hanya 1 kali mencoba, point 1 jika diulangi dengan sempurna dan 0 jika tidak benar keseluruhan secara perintah 3 tahap (3 stage comment) ucapkan perintah dan berikan selembar kertas kosong, minta untuk melipatnya menjadi 2 kemudian mintan untuk menaruhnya dilantai. Nilai 1 untuk masing-masing perintah yang dilakukan dengan benar, Membaca (reading) Dalam selembar kertas kosong tulis kalimat “pejamkan mata anda” minta lansia membacanya dan melakukan apa yang tertulis (point 1 hanya diberikan jika klien menutup mata setelah membaca kalimat) Menulis (writing) Berikan selembar kertas kosong dan minta lansia menulis sebuah kalimat Menyalin (copying) Berikan selembar kertas kosong, minta lansia untuk menyalin gambar seperti

				di bawah ini, sepuluh sisi harus ada dan keduanya bersinggungan, jika benar beri nilai 1 point
--	--	--	--	--

Interpretasi hasil :

Nilai 23-30 : Tidak ada gangguan kognitif/ normal.

Nilai 18-23 : Gangguan kognitif sedang.

Nilai 0-17 : Nilai kognitif berat.

6) Pengkajiann defresi

Geriatric defression scale (GDS)

- a) Kuesior dengan 15 atau 30 pertanyaan yang butuhkan jawaban “YA” dan “TIDAK”
- b) Nilai didapat dengan mencocokkan jawaban lansia dengan jawaban yang tersedia
- c) Bernilai 1 point untuk setiap jawaban yang sesuai dengan jawaban pada instrument GDS
- d) Jawaban yang dipilih menggambarkan perasaan (misalnya dalam 1 minggu terakhir)
- e) Jika lansia memiliki skor 5 atau lebih diindikasikan mengalami depresi

Tabel 2.6

No	Pertanyaan	Jawaban		Skor
		Ya	Tidak	
1	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda ?			
2	Apakah anda sudah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/ kesenangan anda ?			
3	Apakah anda merasa kehidupan anda hampa?			
4	Apakah anda sering merasa bosan?			
5	Apakah anda diganggu oleh pikiran-pikiran yang tidak dapat anda keluarkan/ungkapkan?			
6	Apakah anda mempunyai semangat baik sepanjang waktu?			
7	Apakah anda takut sesuatu buruk akan terjadi pada anda?			
8	Apakah anda merasa Bahagia pada Sebagian besar waktu anda ?			
9	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?			
10	Apakah anda penuh pengharapan akan masa depan?			
11	Apakah anda sering merasa gelisah/resah?			
12	Apakah anda lebih sering tinggal di rumah dari pada pergi keluar dan menjalankan sesuatu hal yang baru?			
13	Apakah anda sering kali khawatir terhadap masa depan?			
14	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibanding kebanyakan orang?			
15	Apakah anda pikir hidup anda sekarang ini menyenangkan?			
Skor				

Skor yang dapat diklasifikasikan dalam 3 kelompok, yaitu:

1. Normal : jika skornya 0-9
2. Mild depressive : jika skornya 10-19
3. Severe depressive : jika skornya 20-30

6) Apgar keluarga

Tabel 2.6
Apgar keluarga

No	Uraian dan fungsi	Skor		
		selalu	Kadang-kadang	Hampir tidak pernah
1	Adaptation Saya puas bahwa saya dapat Kembali pada keluarrga (teman-teman) saya, untuk menolong saya pada saat saya mendapat kesusahan			
2	Partnership Saya puas denga cara keluarga (teman-teman)saya, membicarakan sesuatu pada saya dan mengungkapkan masalah dengan saya			
3	Growt Saya puas bahwa keluarga (teman-teman)saya, menerima dan mendukung keinginan untuk melakukan aktivitas atau arah baru			
4	Affection Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya, mengekspresikan asfek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih atau mencintai			
5	Resolve Saya puas dengan keluarga (teman-teman) saya, dan saya menyediakan waktu bersama			

h. Analisa data

Analisa data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya fikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu pengetahuan. Dalam melakukan Analisa data di perlukan kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah Kesehatan dalam keperawatan pasien.

2. Diagnosa Keperawatan

Merupakan pencatatan tentang hasil keputusan klinis terhadap pasien, keluarga dan masyarakat dari masalah Kesehatan atau proses kehidupan baik actual maupun potensial/risiko. Rumusan diagnosis keperawatan adalah bagaimana diagnosis keperawatan ini digunakan sebagai proses pemecahan masalah keperawatan (hidayat, 2021).

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul dari klien dengan hipertensi menurut (tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017) :

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)
- b. Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan penekanan darah (D.0009)
- c. Penurunan curah jantung b.d afterload perubahan afterload (D.0008)
- d. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.00056)
- e. Deficit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111)
- f. Gangguan pola tidur b.d nyeri ((D.0055)

3. Perencanaan keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat dii dasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan sedangkan Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas sfesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan.

Tabel 2.7

Intervensi keperawatan

No	Diagnose	Tujuan	Intervensi
1	Nyeri akut	Setelah dilakukan intervebsi selama 5x kunjungan maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protteksif menurun 4. Kesulitan tidur menurun	Manajemen nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, kkarakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Ideidentifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, tens, hipnotis, akupresure, terrapin music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik inajeinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi

			bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat 5. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetic jika perlu
2	Perfusi serebral tidak efektif	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil 1. Nadi perifer teraba kuat 2. Akral teraba hangat 3. Warna kulit tidak pucat	Pemantauan tanda vital (I. 02060) Observasi 1. Memonitor tekanan darah 2. Memonitor nadi (frekuensi kekuatan irama) 3. Memonitor pernafasan (frekuensi keadaan umum) 4. Monitor suhu tubuh 5. Monitor oksimeter nadi 6. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital Terapeutik 1. Atur interval pemantauan sesuai kondisi klien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan jika perlu
3	Penurunan curah jantung b.d	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan	Perawatan jantung (02075) Observasi : 1. Identifikasi tanda/gejala primer

	perubahan afterload (D.0008)	curah jantung meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tadiardi menurun 2. Tekanan darah membaik 3. Pengisian kapiler membaik	penurunan curah jantung (meliputi : dispnia, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP) 2. Identifikasi tanda/gejalasekunder penurunan curah jantung (meliputi : peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama 6. Monitor saturasi oksigen 7. Monitor keluhan nyeri dada (mis: intensitas,, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri) 8. Monitor EKG 12 sadapan 9. Monitor aritmienia (kelainan iramadan frekuensi) 10. Monitor nilai laboratorium jantung (mis: elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP) 11. Monitor fungsi alat pacu jantung 12. Periksa tekanan darah dan prekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas 13. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis: beta blocker, ACE inhibitor, calcium channel blocker, digoksin) Terapeutik 1. Posisikan pasien semi-fowler atau powler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman 2. Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafien, natrium, kolestrol, dan makanan tinggi lemak)
--	-------------------------------------	--	--

			3. Gunakan stocking elastis atau pneumatic intermitten, sesuai indikasi 4. Fasilitasi fasien dan keluarga untuk memodifikasi gaya hidup sehat 5. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 6. Berikan dukungan emosional dan spiritual 7. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% Edukasi 1. anjurkan beraktivitas sesuai toleransi 2. anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 3. anjurkan berhenti merokok 4. anjurkan fasien dan keluarga mengukur berat badan harian 5. ajarkan fasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu 2. Rujuk ke program rehabilitasi jantung
4	Inntoleransi aktifitas b.d kelelahan (D.0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil 1. Keluhan Lelah menurun 2. Dipsnea saat aktifitas menurun	Rencana Tindakan manajemen energy Observasi : 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Monitor pola dan jam tidur Teurapeutik : 1. Asediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus 2. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan Edukasi 1. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 2. Anjurkan tirah baring

			Kolaborasi : 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang tata cara meningkatkan asupan makanan
5	Deficit pengetahuan	Setelah di lakukan asuhan keperawatan dii harapkan tingkat pengetahuan klien meningkat dengn kritea hasil 1. Klien melakukan sesuai anjuran 2. Klien tampak mampu menjelaskan materi yang di sampaikan Klien mengajukan pertanyaan	Edukasi Kesehatan (l.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi factor-faktor yang meningkatkan dan menurunkan motivasi prilaku hidup bersih da sehat Terapeutik 1. Sediakan materi dan media Pendidikan ksehatan 2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 2. Ajarkan PHBS Ajarkan strategi yang dapat di gunakan untuk meningkatkan prilaku hidup bersih dan sehat
6	Gangguan pola tidur	Setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan gangguan pola tidur pasien dapat teratasi dengan kritea hasil : 1. Keluhan tidur tidak ada Pasien pengatakan istirahat cukup	Dukunngan tidur Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi factor gangguan tidur (fisik dan atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis,kopi,the,alcohol,makan mendekati waktu tidur,minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang sering di konsumsi Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan (mis,pencahayaan,kebisingan suhu matras dan temoat tidur)

			2. Batasi waktu tidur siang jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Terapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis, pijat, pengaturan posisi, terapi akupresure) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/Tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur , 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan factor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis, psikologgia, gaya hidup, sering berubah shif bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologis lainnya
--	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan catatan tentang tindakan yang diberikan perawat ke pasien. Dokumentasi ini mencatat semua pelaksanaan rencana keperawatan, pemenuhan kriteria hasil dan tindakan keperawatan baik mandiri maupun kolaboratif. Tindakan mandiri

merupakan tindakan yang dilakukan perawat secara mandiri dan bukan pesanan tim kesehatan lain. Sedangkan tindakan kolaboratif merupakan tindakan yang dilakukan oleh perawat dari hasil kolaborasi dengan tim kesehatan lain (Hidayat, 2021).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti & Muryanti, 2017).

Untuk memudahkan perawat dalam mengevaluasi perkembangan pasien, maka digunakan SOAP/SOAPIE/SOAPIER. format evaluasi menggunakan :

S : Subjek adalah informasi yang berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan dilakukan.

O : Objek adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran, yang dilakukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan.

A : Analisa adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, masalah belum teratasi, masalah teratasi sebagian, muncul masalah baru.

P : Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan.

I :Implementasi adalah pelaksanaan sesuai dengan rencana yang disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien.

E : Evaluasi adalah respon atau penilaian dari tindakan yang telah dilakukan.

R : Reassessment adalah mencerminkan perubahan rencana asuhan dengan cepat, memperhatikan hasil evaluasi, serta implementasi yang telah dilakukan. Hasil evaluasi digunakan untuk menentukan ada tidaknya perbaikan atau perubahan intervensi dan tindakan (Kemenkes, 2017).

6. Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan adalah proses pencatatan dan pengumpulan berbagai bukti dari seluruh pelaksanaan proses keperawatan. Proses dokumentasi ini menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang mencatat berbagai tanggapan dan respon pasien terhadap berbagai tindakan medis dan tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Prabowo, 2017).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data

Identitas klien

Nama : Ny W

Umur : 64 Tahun

Alamat : Kp Kebon jati Rt 06 RW 03
Kelurahan Limbangan Tenga
Kecamatan limbangan

Pendidikan : SMP

Jenis kelamin : Perempuan

Status perkawinan : Janda

Agama : Islam

Suku : Sunda

Tanggal pengkajian : 21 April 2025

Diagnosa medis : Hipertensi

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri kepala

2) Riwayat Kesehatan sekarang

Pada saat dikaji pada tanggal 21 April 2025 pukul 10.00 WIB, didapatkan hasil klien mengeluh sering nyeri kepala. Klien mengatakan nyeri sangat dirasakan Ketika bangun tidur. Klien juga mengatakan nyeri kepala terasa seperti ditusuk – tusuk dan membuat telinga menjadi berdenging. Nyeri dirasakan pada area kepala menjalar ke kepala bagian belakang, dan rasa memberat atau pegal pada area tengkuk hingga ke bahu. Dari skala 0 – 10 klien mengatakan nyeri kepalanya berada pada skala 6, terkadang jika sangat parah nyeri yang dirasakan mempengaruhi aktivitas klien. Klien mengatakan nyeri terkadang muncul tidak menentu tapi paling sering dirasakan saat bangun tidur. Klien juga mengeluh sulit untuk tidur di malam hari dan sering terbangun pada malam hari, kualitas tidur tidak cukup klien juga tidak mengetahui tentang kondisi penyakit yang dideritanya dan cara pengobatannya.

3) Riwayat kesehatan dahulu

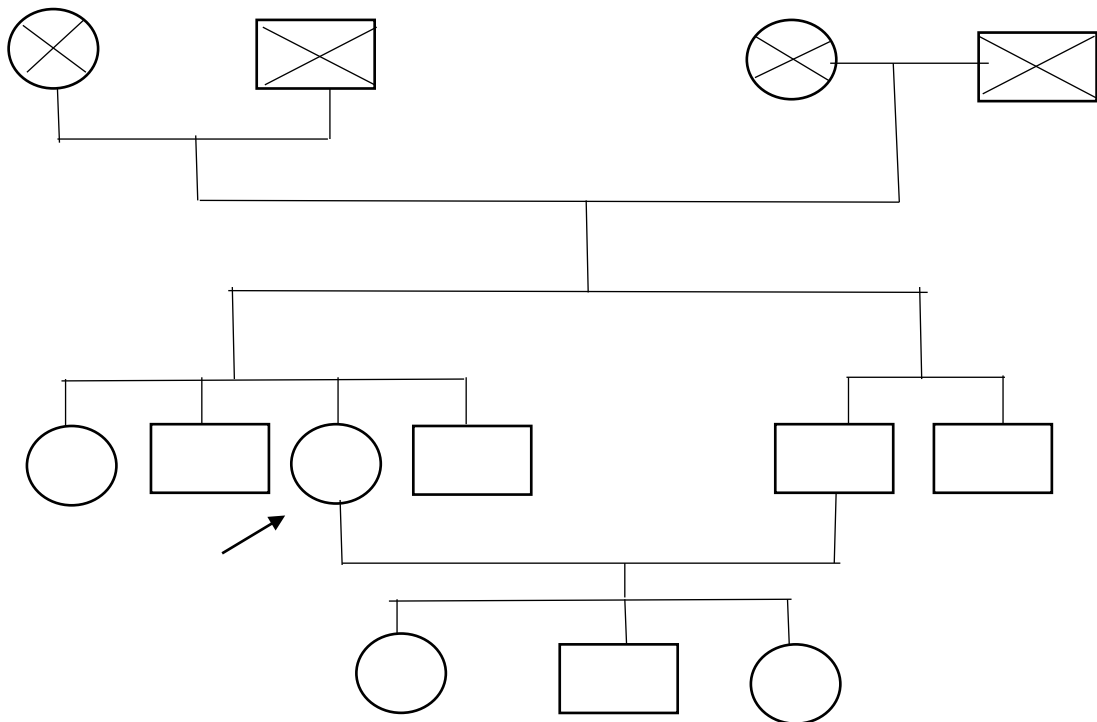
Menurut penuturan klien, klien sudah menderita hipertensi selama 2 tahun semenjak meninggal cucunya yang ia rawat, klien mengatakan belum pernah dirawat di rumah sakit, klien mengatakan tidak memiliki Riwayat penyakit ginjal, diabetes ataupun jantung

4) Riwayat Kesehatan keluarga

Klien mengatakan bahwa penyakit yang dideritanya sekarang merupakan faktor keturunan karena ibu klien juga menderita penyakit yang sama, klien juga mengatakan tidak ada anggota

keluarga yang mempunyai riwayat penyakit seperti ginjal , diabetes dan jantung sebelumnya.

Genogram



Keterangan :

□ : Laki – laki

○ : Perempuan

— : Perkawinan

| : Garis keturunan

↗ : Pasien

X : Orang yang sudah meninggal

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

- a) Keadaan umum klien : Baik
- b) Kesadaran Compos mentis (E4M5V6)

2) Tanda – tanda vital

Tekanan darah : 195/105 mmHg

Nadi : 86x / menit

Respirasi : 20x / menit

Suhu : 36,4 celcius

a) Pemeriksaan antropometri

Tinggi badan : 151 Cm

Berat badan : 57 Kg

b) Pemeriksaan head to toe

(1) Kepala

Inspeksi : bentuk kepala dan wajah simetris, penyebaran rambut merata, rambut berwarna hitam beruban.

Palpasi : tidak ada benjolan tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada lesi.

Lainya : pasien mengeluh nyeri kepala

(2) Mata

Inspeksi : mata kanan dan kiri simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih.

Palpasi : tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan.

Lainya : klien mengatakan sudah sulit melihat dengan jelas bahkan dari jarak kurang dari 1 meter atau dalam kondisi gelap

(3) Hidung

Inspeksi : bentuk hidung simetris, tidak ada pengeluaran darah atau secret

Palpasi : tidak ada masa ataupun nyeri tekan

(4) Mulut

Inspeksi : bentuk bibir simetris, mukosa bibir kering, lidah bersih.

Palpasi : tidak ada masa tidak ada nyeri tekan.

(5) Telinga

Inspeksi : kedua telinga simetris, tidak ada masa ataupun pembengkakan, tidak ada pengeluaran darah dari telinga

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

(6) Leher

Inspeksi : tidak ada pembengkakan tidak ada lesi

Palpasi : tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis.

Lainya : klien mengatakan sakit kepala mwnjalar ke leher belakang.

(7) Thoraks

Paru-paru:

Inspeksi : bentuk dada simetris tidak ada lesi,
pengembangan paru saat bergerak simetris.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Auskultasi : tidak ada bunyi nafas tambahan

Perkusi : suara sonor

Jantung

Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada lesi

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : terdengar suara redup atau dullnes

Auskultasi : bunyi jantung s1 dan s2

(8) Abdomen

Inspeksi : bentuk perut terlihat simetris, tidak ditemukan
pembengkakan atau masa

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Auskultasi : peristaltic usus 8x/menit

Perkusi : terdengar suara timpani

(9) Ekstremitas

Atas

Inspeksi : pergerakan tangan kanan dan kiri terkoordinir,
tidak ada sianosis edema edema ataupun lesi,

tidak ada kesulitan menggerakkan ekstremitas atas

Bawah

Inspeksi : pergerakan kaki kanan dan kiri terkoordinir, tidak ada sianosis edema ataupun lesi. Tidak ada kesulitan menggerakkan ekstremitas bawah CRT <2 detik Tonus otot

(10) Genetalia

Tidak terobservasi

(11) Anus

Tidak terobservasi

d. Pola aktivitas sehari hari

Tabel 3.1

Aktivitas hidup sehari-hari /ADL

No	Aktivitas	Sebelum sakit	Saat sakit
1	Nutrisi dan cairan a. Nutrisi 1). Frekuensi 2). Jenis makanan 3). Nafsu makan 4). Keluhan b. Cairan 1). Frekuensi 2). Jenis 3). Keluhan	3x/ hari Nasi ikan, telur Baik Tidak ada keluhan	3x/ hari Nasi lauk pauk Baik Tidak ada keluhan 8gelas / hari Air putih, I Tidak ada keeluhan
2	Eliminasi a. BAK 1).frekuensi	5x/ hari	8x/ hari

	2). Warna 3). Keluhan b. BAB 1). Frekuensi 2). Warna 3). Konsistensi 4). Keluhan	Khas urin Tidak ada keluhan 1x/ hari Khas feses Lembek Tidak ada keluhan	Khas urine Tidak ada keluhan 1x/ hari Khas feses Lembek Tidak ada keluhan
3	Personal hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Gunting kuku	1x/ hari 2x/ hari 2x/ minggu Tidak ada keluhan	1x/ hari 2x/ hari 2x/ minggu Tidak ada keluhan ^{q1}
4	Istirahat tidur a. Tidur siang 1). Lama tidur 2). Kualitas 3). Keluhan b. Tidur malam 1). Lama tidur 2). Kualitas 3). Keluhan	Tidak menentu Nyenyak Tidak ada keluhan 7-8 jam Nyenyak Tidak ada keluhan	Tidak menentu Kurang nyenyak Sulit tidur 4-5 jam Kurang nyenyak Sulit tidur
5	Aktivitas a. Olahraga b. Frekuensi c. Keluhan dalam aktivitas	Jarang berolahraga Tidak menentu Tidak ada keluhan	Jarang Berolahraga Tidak menentu dan sering kelelahan
6	Rekreasi / pemanfaatan waktu luang	Klien hanya menonton tv untuk hiburan	Klien hanya menonton tv untuk hiburan

e. Pengkajian fungsional

- 1) KATZ Indeks (indeks keemandirian pada aktivitas kehidupan sehari-hari)

Penilaian KATZ Indeks

kategori	Kriteria
KATZ Indeks A	Kemandirian dalam hal makan,minum kontinen (BAB/BAK).berpindah,kekamar kecil,berpakaian dan mandi.
KATZ Indeks B	Kemandiraian dalam aktivitas hidup sehari-hari,kecuali satu dari fungsi tersebut diatas
KATZ Indeks C	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari,kecuali mandi dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut iatas
KATZ Indeks D	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari,kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan satu yang lain seperti tersebut di atas
KATZ Indeks E	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan satu yang lain seperti tersebut di atas
KATZ Indeks F	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi yang lain seperti di atas.
KATZ Indeks G	Ketergantungan untuk semua (enam) fungsi tersebut di atas
Lainnya	Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi tetapi tidak dapat di klasifikasikan sebagai C, D, E. dan F

Interpretasi hasil

Tingkat kemandirian Ny w termasuk dkategori katz indeks A, yang artinya tingkat mkemandirian semua mandiri mulai dari mandi, berpakaian, pergi ketoilet, berpindan BAB dan BAK, serta makan

Tabel 3.2

Penilaian Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan bantuan		Skor lansia
1	Makan	5	10	10
2	Minum	5	10	10
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur / sebaliknya	5-10	15	10
4	Personal toilet (mencuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	5
5	Keluar masuk toilet (cuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	10
6	Mandi sendiri	5	15	15
7	Jalan dipermukaan datar	0	5	10

8	Naik turun tangga	5	10	10
9	Mengenakan pakaian	5	10	10
10	Control bowel / BAB	5	10	10
11	Kontro bladder/ BAK	5	10	10
12	Olahraga/ Latihan	5	10	10
13	Rekreasi / pemmanfaatan waktu luang	5	10	10
Skor				130

Interpretasi hasil

Ny. W mendapatkan skor 130 dimana lansia dikategorikan mandiri

f. Pengkajian Emosional

- 1) Apakah klien mengalami sukar tidur? Tidak
- 2) Apakah klien sering mengalami gelisah? Tidak
- 3) Apakah klien sering murunga tau menangis sendiri ? Tidak
- 4) Apakah klien sering was-was atau khawatir? Tidak

Interpretasi hasil

Gangguan emosional Ny. W negating (-)

g. Pengkajian status mental

Pengkajian SPMSQ (short portable status questioner)

tabel 3.3

Pengkajian SPMSQ

No	Pertanyaan	Benar	Salah	jawaban
1	Tanggal berapa hari ini?	+		21 Appril
2	Hari apa sekarang?	+		Senin
3	Apa nama tempat ini?	+		Warung
4	Dimana alamat anda?	+		Kp Kebonjati
5	Berapa umur anda?	+		64 Tahun
6	Kapan anda lahir?	+		31-12-1960
7	Siapa presiden Indonesia?	+		Prabowo
8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?	+		Jokowi

9	Siapa nama ibu anda?	+		Imas
10	Berapa 20-3? (begitu seterusnya sampai bilangan terkecil)	+		17, 14, 11, 8, 5, 2

Interpretasi hasil

Ny. W menjawab pertanyaan dengan benar dimana artinya fungsi intelektual Ny. W utuh

1) Pengkajian MMSE (Mini Mental State Examination)

Tabel 3.4

Penilaian MMSE

No	Aspek kognitif	Nilai maksimal	Nilai klien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar 1) Tahun:2025 2). Musim:Pancaroba 3).tanggal:21 4). Hari:senin 5). Bulan: April
2				Dimana kita sekarang berada 1) Negara: indonedis 2) Provinsi:Jawa Barat 3) Kabupaten:Garut 4) Kelurahan: Limbangan
3	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama objek 1). Kasur 2). Lemari 3). Skursi
4	Perhatian & kalkulasi	5	1	Meminta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurang 7 sampai 5kali/tingkat 1. 93 2. 86 3. 79 4. 72 5. 65
5	Mengingat	3	3	Meminta klien mengulangi ketiga

				objek yang telah disebutkan pada nomor 2(Registrasi) 1. 66ebag 2. lemari 3. kursi
6	Bahasa	9	9	a. Memberi nama Tunjukkan pada klien 1 benda dan tanyakan Namanya 1. Tas 2. Jam tangan b. Pengulangan Minta klien untuk mengulang kalimat setelah kita sebutkan, misalnya: “namun”, “tanpam”, “bila” “66 ebagia jika, dan, atau, tetapi” c. Perintah 3 tahap Ucapka perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembarkertas kosong,minta klien untuk melipat menjjadi 2, kemudian minta untuk menaruhnya dilantai d. Membaca Menulis kalimat “pejamkan mata anda” minta klien untuk membaca dan melakukan apa yang ditulis e. Membaca Menulis Berikan selembarkerttas kosong dan minta lansia menulis sebuah kalimat “bapak” f. Mrnyalin Berikan selembarkertas kosong, minta lansia untuk menyalin gambar seperti dibawah ini, 10 sisi harus ada dan krduanya bberdinggungan, jika benar beri nilai 1 point
Jumlah				26

Kesimpulan : berdasarkan hasil penilaian diatas Ny W mendapatkan skore 26 yang artinya Ny. W dikategorikan kedalam kategori tidak ada gangguan kognitif / normal

h. Pengkajian keseimbangan

Tabel 3.5

Pengkajian keseimbangan

No	Kriteria	Normal	Gangguan
A	Perubahan posisi atau Gerakan keseimbangan		
1	Bangun dari kursi	✓	
2	Duduk ker kursi	✓	
3	Menahan dorongan pada sternum (3x)		✓
4	Perputaran leher	✓	
5	Gerakan menggapai sesuatu	✓	
6	Membungkuk	✓	
B	Komponen gaya berjalan/ Gerakan		
1	Berjalan sesuai perintah	✓	
2	Kemampuan mengangkat kaki saat berjalan	✓	
3	Kontunuitas / konsistensi dalam Langkah kaki/ mengangkat kaki	✓	
4	Kesimestrisan Langkah	✓	
5	Penyimpangan jalur saat berjalan	✓	
6	Berbalik	✓	
Skor		9	1

Interpretasi hasil skor Ny. W berada pada rentang 9-10 yang berarti tidak beresiko jatuh

i. Terapi medis

Amlodipine 10 gr

j. Analissa Data

Tabel 3.6
Analisa data

No	Data	Penyebab	Masalah
1	Ds : a. Klien mengeluh nyeri kepala b. Klien mengatakan nyeri dirasakan saat banyak beraktivitas dan berkurang saat klien beristirahat c. Nyeri seperti ditusuk – tusuk dan hilang timbul a. Skala nyeri 6 (0-10) Do : a. Klien tampak meringis b. Klien tampak memegang kepalanya c. Klien tampak gelisah d. Td: 195/105 mmHg e. Nadi: 86x/ menit	vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Resistensi pembuluh darah otak ↓ Nyeri akut	Nyeri akut
2	DS: a. Klien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari b. Klien mengatakan kurang tidur DO: a. Klien tampak lemah - Tidur kurang hanya 4-5 jam	Penurunan fungsi tidur ↓ Penurunan elastisitas pembuluh darah ↓ Hipertensi ↓ Nyeri kepala atau pusing ↓ Sulit tidur ↓ Gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur

3	Ds: a. klien menanyakan masalah yang dihadapi b. klien tidak mengetahui perawatan tentang kondisinya DO: a. menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran b. menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	Konsumsi natrium berlebih ↓ Hipertensi ↓ Perubahan status keseharan ↓ Kurang terpapar informasi ↓ Defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan
---	---	--	---------------------

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri Akut

DS:

- a) Klien mengeluh nyeri kepala
- b) Klien mengatakan nyeri dirasakan saat banyak beraktivitas dan berkurang saat klien beristirahat
- c) Nyeri seperti ditusuk – tusuk dan hilang timbul
- d) Skala nyeri 5 (0-5)

DO :

- a) Klien tampak meringis
- b) Klien sering memegang kepalanya
- c) Klien tampak gelisah
- d) Td : 195/105 mmHg
- e) Nadi 86x/ menit

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri kepala dibuktikan dengan

DS:

- a) Klien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari
- b) Klien mengatakan kurang tidur

DO:

- a) Klien tampak lemah
- b) Tidur kurang nyenyak dan sering terbangun
- c) Frekuensi tidur 4-5 jam

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan

DS:

- a) Klien menanyakan masalah yang dihadapi
- b) Klien tidak mengetahui perawatan tentang kondisinya

DO:

- a) Menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran
- b) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah
- c) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama : Ny. W

Umur : 64 Tahun

Diagnose : Hipertensi

Tabel 3.7

Intervensi Keperawatan

Diagnose	Perencanaan		
	Tujuan	Intervensi	Rasional
Nyeri akut	Setelah dilakukan intervebsi selama 5x kunjungan maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menuruun 2. Meringis menurun 3. Sikap protteksif menuruun 4. Kesulitan tidur menurun	Manajemen nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, kkararakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Ideentifikasi skala nyeri 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1. Berkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis,	Observasi 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Untuk mengetahui berapa skala nyeri yang dirasakan pasien 3. Untuk menemukan faktor apa yang dapat memperberat dan memperingan nyer Terapeutik 1. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dialami klien dengan teknin nonfarmakologis 2. Agar klien lebih rileks

		tens, hipnotis, akupresure, terrapin music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik inajeinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetic jika perlu	menghadapi rasa nyeri nya 3. Agar kebutuhan istirahat klien terpenuhi 1. Agar Tindakan yang kita berikan untuk mengurangi rasa nyeri sesuai dengan nyeri dan sumber dari nyeri itu sendiri Edukasi 1. Agar klien dapat menghindari penyebab dari nyeri yang dirasakan 1. Agar klien dapat meredakan nyeri secara mandiri Kolaborasi 1. Analgetik adalah suatu Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
Gangguan pola tidur	Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 5 hari pola tidur membaik dalam kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan istirahat tidak	Dukungan tidur (i.09265) Observasi : 1. Identifikasi pola aktivitas tidur 2. Identifikasi faktor yang mengganggu tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, seperti I atau kopi 4. Identifikasi obat tidur yang di	Observasi : 1. Untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur klien 2. Untuk mengetahui faktor yang mengganggu tidur klien 3. Untuk mengetahui makanan dan minuman yang mengganggu tidur klien 4. Untuk mengetahui apakah klien

	cukup menurun	konsumsi Terapeutik : 1. Anjurkan klien untuk memodifikasi lingkungan, yaitu mengatur pencahayaan, dengan mematikan lampu saat ingin tidur 2. Batasi waktu tidur siang bila perlu 3. Anjurkan klien untuk meningkatkan kenyamanan misalnya : pijat dan pengaturan posisi nyaman Edukasi : 1. Jelaskan pada klien pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan klien untuk menepati kebiasaan tidur 3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur	mengonsumsi obat tidur atau tidak Terapeutik : 1. Untuk menurunkan gangguan pola tidur 2. Untuk mencegah gangguan pola tidur pada malam hari 3. Untuk kenyamanan pada saat tidur Edukasi : 1. Agar klien mengetahui pentingnya tidur untuk kesehatan 2. Agar klien membiasakan tidur tepat waktu 3. Agar klien tidak terganggu
SDKI (D.0111) Defisit pengetahuan tentang Kesehatan b.d kurang terpapar	Setelah dilakukan Tindakan diharapkan tingkat pengetahuan klien meningkat dengan kriteria hasil	SIKI (I. 12369) EDUKASI DIET Observasi 1. Identifikasi kemampuan klien dan keluarga dalam menerima informasi 2. Identifikasi tingkat	Observasi 1. Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan klien dan keluarga dalam menerima informasi 2. Untuk mengukur pemahaman klien dan keluarga tentang

informasi ditandai dengan DS: a. Klien menanyakan masalah yang dihadapi b. Klien tidak mengetahui perawatan tentang kondisinya DO: a. Menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran b. Menunjukkan	1. Prilaku sesuai anjuran meningkat 2. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurut 3. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 4. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun 5. Perilaku membaik	pengetahuan saat ini 3. Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini 4. Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogram 5. Identifikasi keterbatasan finansial untuk menyediakan makanan Terapeutik: 1. Persiapkan materi dan media 2. Menjadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan Pendidikan Kesehatan 3. Memberikan kesempatan pada keluarga untuk bertanya Eduksi 1. Menjelaskan kepatuhan diet terhadap Kesehatan 2. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang 3. Mengajukan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan 4. Mengajukan olahraga sesuai dengan toleransi	kondisi yang dideritanya saat ini 3. Untuk mencari tahu adanya kebiasaan pola makan yang salah 4. Untuk mengetahui persepsi klien terhadap diet yang diprogramkan 5. Untuk mengetahui adanya keterbatasan finansial yang mempengaruhi pemenuhan diet Terapeutik 1. Mempersiapkan materi untuk bahan edukasi Kesehatan 2. Agar pemberian Pendidikan Kesehatan dapat diberikan secara optimal tanpa gangguan pekerjaan 3. Memfasilitasi apabila klien dan keluarga kurang memahami materi Edukasi 1. Agar klien dapat mengetahui seberapa berpengaruh diet dalam membantu kesembuhan 2. Agar klien dapat mengetahui makanan yang dapat dikonsumsi dan yang tidak boleh dikonsumsi oleh penderita hipertensi 3. Sebagai upaya pelaksanaan diet
---	--	--	--

<presepsi </presepsi yang keliru terhadap masalah c. Menjalan i pemeriks aan yang tidak tepat			yang diprogramkan 4. Untuk mengurangi resiko obesitas
---	--	--	--

D. Implementasi dan evaluasi

Nama : Ny. W

Umur : 64 Tahun

Tabel 3.8

Implementasi dan Evaluasi

Hari / tanggal/jam	No DX	Implementasi	Evaluasi	paraf
Selasa 22 April 2025	I	Observasi - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R: terdapat dikepala, nyeri seperti ditusuk – tusuk, hilang timbul - Mengidentifikasi skala nyer R: skala nyeri 6 (1-10) - Mengidentifikasi fakto yang memperberat dan memperingan nyeri R: bertambah saat beraktivitas dan berkurang saat beristirahat Terapeutik	S : klien mengatakan nyeri kepala O : - Klien tampak gelisah - Skala nyeri 6 (0-10) - Td : 195/105 mmHg A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	Sayyidah

		1. Memberikan nonfarmakologis mrngurangi rasa nyeri R: Teknik relaksasi (pasien kooperatif) Edukasi 1. Menganjurkan memonitor nyeri secara berkala		
Selasa 22 April 2025	II	Observasi 1. Mengidentifikasi pola aktifitas tidur R: sulit tidur frekuensi tidur malam 4-5 jam 2. Mengidentifikasi factor yang mengganggu tidur R: karena sakit kepala yang dirasakan 3. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur R: klien minum kopi Terapeutik 1. Menganjurkan kepada klien untuk memodifikasi lingkungan R: mengatur pencahayaan (mematikan lampu saat tidur) 2. Menganjurkan klien untuk meningkatkan kenyamanan	S: Klien mengatakan sulit tidur dan suka terbangun dimalam hari O: Klien tampak lemah A: Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan	Sayyidah

		R: pengaturan posisi nyaman saat akan tidur Edukasi 1. Menjelaskan kepada klien pentingnya tidur cukup selama sakit R: klien kooperatif 3. Menganjurkan klien untuk menepati waktu tidur R: klien kooperatif untuk membiasakan tidur malam dengan cukup yaitu 8 jam		
Selasa 22 April 2025	III	Observasi 1. Mengidentifikasi kemampuan klien dan keluarga dalam menerima informasi 2. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan saat ini R: “klien mengatakan tidak terlalu tahu mengenai program diet dan hanya tahu bahwa sakit darah tinggi dilarang makan yang asin- asin dan berlemak 3. Mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini R: “Klien mengatakan tidak memiliki pantangan dalam makan dan suka mengonsumsi	S : klien mengatakan sudah paham mengenai instruksi diet dan pengaruhnya untuk Kesehatan tetapi masih bingung untuk memulainya O: a. Klien tampak masih ragu mengikuti program diet b. Klien masih menanyakan beberapa pertanyaan terkait diet yang di program A: Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan	Sayyidah

		ikan asin sebagai lauk sehari-hari” 4. Mengidentifikasi keterbatasan finansial untuk menyediakan makanan R:”klien tinggal sendiri dan tidak bekerja setelah sakit, sehingga unruk menu makan sehari-hari klien mengatakan makan apa saja yang tersedia” Terapeutik 1. Menyediakan SAP hipertensi dan leaflet 2. Memberikan Pendidikan Kesehatan mengenai diet hipertensi 3. Memberikan kesempatan pada keluarga untuk bertanya R:” klien dan keluarga menanyakan apa ada menu makanan yang bisa dikonsumsi dengan harga yang lebih murah?” “dan bagaimana kondisi bila konsumsi makanan yang dianjurkan tidak dilakukan setiap hari karena keterbatasan ekonomi?”		
--	--	---	--	--

		Edukasi 1. Menjelaskan kepetuhan diet terhadap Kesehatan 2. Menginformmassikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang beserta coontoh bahan makananya 3. Menginformasikan bahan makanan yang terjangkau tetapi sesuai dengan diet yang diprogramkan 4. Menganjurkan olahraga sesuai dengan ttoleransi		
--	--	--	--	--

E. Catatan perkembangan

Tabel 3.9

Catatan perkembangan

Tanggal/ jam	No DX	Catatan perkembangan	Paraf
Rabu 23 April 2025 10.45 WIB	I	S: Klien mengatakan masih nyeri kepala O: a. Skala nyeri 3 (0-10) b. TD : 160/90mmHg c. Nadi : 83x/ menit A : Nyeri akut P : Lanjutkan interveensi I : a. Mengidentifikasi skala nyeri b. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri c. Memberikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri d. Menganjurkan monitor rasa nyeri secara berkala E : Masalah teratasi Sebagian	
Rabu 23 April 2025 11.00 WIB	II	S: klien mengatakan masih sulit tidur O: a. Klien tampak lemah b. Konjungtiva pucat c. Tidur malam 4-5 jam d. Kialitas tidur tidak nyenyak A:Gangguan pola tidur P: lanjutkan intervensi I: a. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur klien b. Mengidentifikasi factor yang mengganggu tidur c. Menganjurkan klien untuk meningkatkan kenyamanan (pijat dan pengaturan posisi tidur) E: Masalah teratasi Sebagian	Sayyidah
Rabu 23 april 2025	III	S: a. Klien mengatakan belum mencoba memasak menu sesuai program diet	Sayyidah

11.45 WIB		b. Klien mengatakan belum bisa mengurangi makan makanan tinggi natrium c. Klien sudah mencoba memakan buah-buahan sesuai dengan anjuran dan berjalan-jalan santai disekitar rumah sebagai Latihan fisik O: a. Klien belum menerapkan diet yang diprogramkan secara optimal b. Klien masih menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran A: deficit pengetahuan P: intervensi dilanjutkan I: a. Mengidentifikasi kepatuhan diet terhadap Kesehatan b. Menginformasikan bahan makanan yang terjangkau E: masalah teratasi Sebagian	
Kamis 24 April 2025 11.40 WIB	I	S: klien mengatakan nyeri sedikit berkurang O : a. Skala nyeri 2 (0-10) b. Td : 150/90 mmHg c. Nadi : 84x/ menit A : Nyeri akut P : lanjutkan intervensi I : a. Mengidentifikasi skala nyeri b. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri c. Memberikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri d. Mengajukan monitor skala nyeri secara berkala E : Masalah teratasi sebagian	Sayyidah
Kamis 24 April 2025 11.00 WIB	II	S: klien mengatakan masih sulit tidur O: a. Klien tampak lemah b. Konjungtiva pucat c. Tidur malam 4-5 jam d. Kualitas tidur tidak nyenyak A: Gangguan Pola Tidur P: Lanjutkan intervensi I: a. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	Sayyidah

		b. Mengidentifikasi factor yang mengganggu tidur c. Mengajukan klien untuk meningkatkan kenyamanan (pijat dan pengaturan posisi nyaman) E: Masalah teratasi Sebagian	
Kamis 24 April 2025 11.30 WIB	III	S: a. Klien mengatakan keluarga sudah memasak menu sesuai anjuran dan mengggonsumsi buah b. Klien mengatakan sudah mencoba membiasakan diri untuk beraktivitas olahraga sesuai dengan kemampuan\ O: a. Klien sudah menerapkan diet yang dianjurkan b. Klien sudah mengikuti arahan untuk melakukan aktivitas fisik sesuai kemampuan A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi DX II	Sayyidah
Jumat 25 April 2025 09.45 WIB	I	S : Klien mengatakan sedikit nyeri kepala O : a. Skala nyeri 1 (0-10) b. Td : 140/90 mmHg c. Nadi : 80x/ menit A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	Sayyidah
Jumat 25 Mei 2025 10.00 WIB	III	S; Klien mengataka sudah bisa tidur O: a. Klien tampak sedikit lebih segar b. Kualitas tidur nyenyak A : Masalah teratasi P : Hentikan Intervensi	Sayyidah

F. Pembahasan

Pada bab ini penulis mencoba membandingkan antar ateori dan tinjauan kasus yang setelah 5 hari telah dilakukan asuhan keperawatan gerontic pada Ny. W dengan hipertensi pada KATZ Indeks A Di Kampung Kebon Jati RT 06 RW 03 Kelurahan Limbangan Tengah Kecamatan Limbangan Diwilayah Kerja UPT Puskesmas BL Limbangan Garut. Dengan hasil perbandingan

tersebut akan dapat ditemukan antara kesenjangan antara teori dengan tinjauan kasus. Maka diperlukan pembahasa mengenai beberapa aspek mulai dari pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan. Implementasi keperawatan sampai evaluasi keperawatan.

Pada saat dilakukan pengkajian sampai dengan evaluasi didapatkan hasil yang nyata sesuai dengan gejala - gejala yang ditimbulkan penyakit pada klien. Penggunaan konsep asuhan keperawatan dapat membantu dalam melakukan praktek keperawatan, menyelesaikan masalah keperawatan klien dan memenuhi kebutuhan klien secara ilmiah dan sistematis dengan melalui tahap pengkajian, tahap diagnose, tahap perencanaan, tahap implementasi keperawatan, sampai evaluasi.

1. Tahap pengkajian

Dalam tahap pengkajian penulis melakukan anamnesa langsung kepada pasien mengenai identitas pasien, keluhan-keluhan yang dirasakan saat ini, Riwayat penyakit dahulu yang pernah dialami oleh pasien, Riwayat Kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik pada pasien, serta aktivitas sehari-hari pada pasien. Pada hasil pengkajian yang ditemukan pada Ny. W hanya muncul tanda dan gejala yang didapatkan adalah nyeri kepala, klien mengatakan nyeri dirasakan saat banyak melakukan aktivitas dan berkurang Ketika klien beristirahat, klien tampak meringis, klien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun di malam hari, klien tampak lemah, klien tidak mengetahui tentang kondisi penyakitnya.

2. Tahap diagnosa keperawatan

Dalam tinjauan teori diagnosa keperawatan yang muncul pada penderita hipertensi menurut tim pokja SDKI, DPP PPNI, 2017 Sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri
- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi
- d. Resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah
- e. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload
- f. Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan

Sementara diagnosa keperawatan yang ditemukan pada klien yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri
- c. Deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

3. Tahap perencanaan

Perencanaan Tindakan keperawatan merupakan salah satu tahap dari proses keperawatan dimulai dari penentuan tujuan (umum/khusus), penetapan standar dan kriteria serta menentukan perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan

Dalam tahap perencanaan Tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan masalah yang terjadi pada Ny. W penulis menyesuaikan

perencanaan dengan sumber daya dan factor penunjang lainnya untuk tercapainya tujuan dari asuhan keperawatan tersebut. Adapun intervensi yang diberikan untuk masalah dkeperawatan pada Ny. W yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, untuk mengatasinya maka di berikan intervensi manajemen nyeri dengan melakukan identifikasi local, karakteristik, derasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dan skala nyeri. Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri tersebut dengan cara melatih Tarik nafas dalam, fasilitasi istirahat dan tidur, control lingkungan yang memperberat dan mengurangi rasa nyeri, dan kolaborasi dalam pemberian obat analgetic
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, untuk mengatasi gangguan pola tidur, terdapat intervensinya yaitu dukungan tidur dengan Tindakan awal identifikasi pola aktivitas dan tidur, seperti the dan kopi, identifikasi obat tidur yang dikonsumsi, anjurkan pada klien untuk menodifikasi lingkungan, batasi waktu tidur siang, jika perlu anjurkan sklien untuk meningkatkan skenyamanan, jelaskan pada klien pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan klien untuk menepati kebiasaan tidur, anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur.
- c. Defisit pengetahuan untuk mengatasi defisit pengetahuan mengenai penyakit yang di derita Ny. W diberikan intervensi edukasi Kesehatan yaitu mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi,

menyediakan media dan materi Pendidikan Kesehatan sesuai kedepakatan, memberikan kesempatan untuk bertanya dan menjelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan, mengajarkan perilaku hidup sehat.

4. Tahap implementasi keperawatan

Secara umum penulis mampu mengimplementasikan rencana Tindakan keperawatan yang telah disusun sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil serta berdasarkan rasionalnya, pada saat tahap pelaksanaan adanya Kerjasama yang baik Bersama klien, Adapun Tindakan yang diberikan kepada Ny. W yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, penulis melakukan Tindakan sesuai dengan yang direncanakan pada tahap perencanaan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri memberikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri.
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, penulis melakukan Tindakan sesuai dengan yang direncanakan pada tahap perencanaan yaitu mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi factor yang mengganggu tidur, mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, menganjurkan pada klien untuk meningkatkan kenyamanan, menjelaskan pada klien untuk menepati kebiasaan tidur.

- c. Deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi, penulis melakukan Tindakan sesuai dengan yang direncanakan pada tahap perencanaan yaitu mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyiapkan materi dan media Pendidikan Kesehatan sesuai dengan diagnose keperawatan, mrnjrlaskan pengaruh pentingnya diet dan menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap Kesehatan, mengidentifikasi makanan yang diperbolehkan dan dilarang beserta contoh bahan makananya. Mengidentifikasi bahan makanan yang terjangkau tetapi sesuai dengan diet yang di programkan, menganjurkan berolahraga sesuai dengan toleransi.

5. Tahap evaluasi

Taha evaluasi merupakan tahapan untuk menilai sejauh mana hasil yang telah dicapai selama melakukan asuhan keperawatan.

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan implementasi yaitu:

- a. Nyeri akut berhuubungan dengan agen oencedera fisiologis, masalah ini dapat teratasi hal ini terjadi karena klien mengatakan nyeri kepalanya sudah berkurang dengan skala nyeri 1 (0-5). Tekanan darah klien sudah membaik menjasi 140/90 mmHg. Dari hasil tersebut menunjukan bahwa masalah ini teratasi.
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, masalah ini dapat teratasi hal ini terjadi karena nyeri kepala klien sudah berkurang, klien

juga melakukan sesuai anjuran penulis seperti memodifikasi lingkungan terutama pengaturan pada cahaya ruangan saat akan tidur, dan klienpun konsisten dalam jadwal jan tidur. Dan hasil tersebut menunjukkan bahwa masalah ini teratasi.

- c. Defisit pengetahuan dapat teratasi setelah dilakukan Tindakan selama 4 hari. Hal ini karena klien dapat melakukan program diet yang sudah dianjurkan seperti mengganti menu makanan sesuai diet yang diprogramkan, menganjutrkan berolahraga dan menganjurkan mengurangi konsumsi garam serta kafein.

6. Tahap dokumentasi

Dokumentasi keperawatan adalah proses pencatatan dan pengumpulan berbagai bukti dari seluruh pelaksanaan proses keperawatan. Proses dokumentasi ini menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang mencatat berbagai tanggapan dan respon pasien terhadap berbagai Tindakan medis dan Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawata (Prabowo, 2017).

Pada saat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan gerontic ini penulis mendapatkan kesulitan, namun dengan adanya teori dari berbagai sumber serta bimbingan dari dosen pembimbing , CI Pusskesmas, serta perawat senior yang ada di puskesmas limbangan penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan gerontic ini dari tahap pengkajian keperawatan, penegakan diagnose keperawatan,

perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan sampai evaluasi keperawatan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan yang meliputi tahap pengkajian data, diagnose, perencanaan, implementasi dan evaluasi serta hasil keperawatan pada Ny. W dengan hipertensi maka didapatkan kesimpulan sebagai berikut :

1. Tahapan mengkajian

Penulis dapat melakukan pengkajian secara komprehensif terhadap aspek – aspek yang ada dalam diri, serta lingkungan sekitarnya, dalam pengkajian klien mempunyai beberapa factor yang mendukung pada penyakit hipertensi

2. Tahap diagnose

Adapun data yang terkumpul, penulis menemukan masalah keperawatan pada Ny. W yaitu nyeri akut, gangguan pola tidur, deficit pengetahuan.

3. Tahap perencanaan

Pada tahap ini penulis dapat merencanakan Tindakan keperawatan pada Ny. W dengan hipertensi sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul pada hasil pengkajian dan disesuaikan dengan kondisi klien, kemampuan perawat dan fasilitas yang tersedia. Perencanaan ditujukan

untuk mengatasi rasa nyeri akut, gangguan pola tidur dan deficit pengetahuan.

4. Tahap implementasi keperawatan

Tahap implementasi / tahap pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan dan diagnosa keperawatan pada Ny. W, implementasi ini dilakukan sesuai dengan kebutuhan dan partisipasi klien dalam melaksanakan setiap Tindakan keperawatan.

5. Tahap evaluasi keperawatan

Evaluasi dilakukan pada Ny. W penulis dapat melakukan evaluasi dari tiga masalah yang muncul pada klien, masalah yang dapat diatasi yaitu nyeri akut, gangguan pola tidur, deficit pengetahuan.

6. Tahap dokumentasi

Penulis dapat melakukan pendokumentasian yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, sampai evaluasi keperawatan dengan menggunakan SDKI, SLKI, SIKI.

B. Rekomendasi

1. Pihak puskesmas

Diharapkan asil laporan ini dapat digunakan sebagai tambahan informasi, untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya hidup sehat dan pencegahan penyakit. Program ini dapat meliputi penyuluhan gizi, kegiatan olahraga, deteksi dini penyakit, dan lain

sebagainya.terutama pada penderita hipertensi umumnya penyakit – penyakit yang seing terjadi di masyarakat. Sehingga masyarakat dapt memahami secara jelas tentang penyakit yang di deritanya dan cara pengobatan yang harus dilakukan oleh masyarakat secara mandiri

2. Institut Pendidikan

Agar ikut berkontribusi dalam mengurangi angka kesakitan pada lansia terutama dengan hipertensi dengan cara melakukan program atau kegiatan yang rutin dilaksanakan seperti pemeriksaan pada lansia, berbagai bentuk penyuluhan kesehatan lansia yang melibatkan mahasiswa untuk menambah pengetahuan lansia tentang hidup sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020. Jakarta: Kemenkes; 2021.
- Depkes RI. Pedoman Pengelolaan Hipertensi di Pelayanan Kesehatan Dasar. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan; 2018.
- Hidayat AA. Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data. Jakarta: Salemba Medika; 2021.
- Dinarti N, Muryanti R. Asuhan Keperawatan Lanjut Usia dengan Pendekatan SDKI, SLKI, dan SIKI. Yogyakarta: Pustaka Baru Press; 2017.
- Kementerian Kesehatan RI. Standar Prosedur Operasional Keperawatan di Puskesmas. Jakarta: Dirjen Pelayanan Kesehatan; 2017.
- Prabowo A. Praktik Dokumentasi Keperawatan Profesional: Konsep dan Implementasi. Yogyakarta: Nuha Medika; 2017.
- NANDA International. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021–2023. 12th ed. Thieme; 2021.
- Potter PA, Perry AG. Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice. 9th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2016.
- Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span. 10th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2015.
- Smeltzer SC, Bare BG. Textbook of Medical Surgical Nursing. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2016.
- SDKI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- SIKI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- SLKI. (2019). Standar Luaran Reperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)
HIPERTENSI PADA NY W DI KAMPUNG KEBONJATI
WILAYAH PUSKESMAS LIMBANGAN GARUT

Topik : Hipertensi

Sub pokok bahasan : 1. Pengertian hipertensi
2. Penatalaksanaan hipertensi
3. Diet hipertensi
4. Obat tradisional hipertensi

Sasaran : Keluarga Ny. W

Hari/ tanggal : Selasa, 29 april 2025

Waktu : 10.00 – 10.30 WIB

Tempat : Rumah keluarga Ny. W

Nama penyuluh : Sayyidah zakiyah ulfah

A. TUJUAN

1. Tujuan instruksional umum (TIU)

Setelah dilakukan pendidikan penyuluhan, diharapkan klien memahami tentang penatalaksanaan dan pengobatan hipertensi.

2. Tujuan intruksional khusus (TIK)

Setelah dilakkan penyuluhan 1x 30 menit keluarga mampu:

- Menyebutkan pengertian hipertensi
- Menyebutkan penatalaksanaan hipertensi

- Menyebutkan diit hipertensi
- Menyebutkan obat tradisional hipertensi

B. Strategi pelaksanaan

1. Metode : ceramah dan tanya jawab
2. Media : leaflet

C. Media leaflet

D. Ruang tepat

Ket :

1. Penyuluh
2. Anggota keluarga 1
3. Anggota keluarga 2
4. Anggota keluarga 3
5. Meja

E. Materi

1. Pengertian hipertensi
2. Penatalaksanaan hipertensi
3. Diit hipertensi
4. Obat tradisional hipertensi

F. Kegiatan penyulhan

No	Tahap kegiatan	Kegiatan penyuluhan	Respon	Waktu	Metode
1	Pendahuluan	1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan umum 4. Kontrak waktu	1. Menjawab salam 2. Memperhatikan 3. Memperhatikan 4. Memperhatikan	3 menit	Ceramah
2	Penyampaian materi	Penyampaian materi 1. Materi a. Menjelaskan pengertian hipertensi b. Menjelaskan penatalaksanaan hipertensi c. Menjelaskan diet hipertensi d. Menjelaskan obat tradisional	1. Memperhatikan penjelasan dan mencermati materi 2. Bertanya 3. Mempehatikan	15 menit	Ceramah tanya jawab

		hipertensi 2. Memberikan kesempatan untuk bertanya 3. Menjawab pertanyaan peserta			
3	Penutup	Penutup 1. Menyimpulkan hasil penyuluhan 2. Mengakhiri dengan salam	1. Memperhatikan 2. Menjawab salam	10 menit	ceramah

G. EVALUASI

1. Evaluasi struktur

- Media dan alat tersedia dan berfungsi dengan baik
- Tempat penyuluhan memadai dengan jumlah peserta penyuluhan

2. Evaluasi proses

- Pelaksanaan penyuluhan tepat waktu dan sesuai dengan alokasi waktu yang direncanakan
- Peserta antusias dan termotivasi mengikuti penyuluhan
- Peserta tidak keluar masuk, tenang dan tertib pada saat penyuluhan

- Peserta penyuluhan mengikuti penyuluhan sampai selesai dan tidak meninggalkan ruangan sebelum kegiatan penyuluhan selesai

3. Evaluasi hasil

Setelah dilakukan penyuluhan selama 30 menit peserta mampu

- Diharapkan klien dapat menjelaskan dan memahami pengertian hipertensi
- Diharapkan klien dapat menjelaskan dan memahami penatalaksanaan hipertensi
- Diharapkan klien dapat menjelaskan dan memahami diet dan obat tradisional hipertensi

MATERI PENYULUHAN HIPERTENSI

A. Definisi hipertensi

Hipertensi menurut Hasdinah dan Suprato (2016) yaitu merupakan bagian dari tekanan darah yang persisten dimana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan diastolik 90 mmHg.

Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya berisiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit syaraf, ginjal, dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah, makin besar risikonya.

B. Penatalaksanaan Hipertensi

1. Penatalaksanaan medis

2. Penatalaksanaan non medis

a. Pencegahan primer

- 1) Tidur yang cukup, antara 6-8 jam per hari
- 2) Kurangi makanan berkolesterol tinggi dan perbanyak aktivitas fisik untuk mengurangi berat badan
- 3) Kurangi konsumsi alkohol
- 4) Konsumsi minyak ikan
- 5) Suplai kalsium meskipun hanya menurunkan sedikit tekanan darah tapi kalsium juga cukup membantu

b. Pencegahan sekunder

- 1) Pola makan yang sehat
- 2) Mengurangi garam dan natrium di diet anda
- 3) Fisik aktif
- 4) Mengurangi alcohol intake
- 5) Berhenti merokok

c. Pencegahan tersier

- 1) Pengontrolan darah secara rutin
- 2) Olahraga dengan teratur dan sesuaikan dengan kondisi tubuh
- 3) Berhenti merokok
- 4) Pertahankan gaya hidup sehat
- 5) Belajar untuk rileks dan mengendalikan stress
- 6) Batasi konsumsi alcohol
- 7) Penjelasan mengenai hipertensi
- 8) Jika sudah menggunakan obat hipertensi teruskan penggunaannya secara rutin
- 9) Diet garam serta pengendalian berat badan
- 10) Periksa tekanan darah secara teratur

3. Perawatan hipertensi

- a. Usahakan untuk dapat mempertahankan berat badan yang ideal (tidak kegemukan).
- b. Batasi pemakaian garam.

- c. Mulai kurangi pemakaian garam sejak dini apabila di ketahui ada faktor keturunan hipertensi dalam keluarga.
- d. Perhatikan keseimbangan gizi, perbanyak buah dan sayuran.
- e. Hindari minum kopi yang berlebihan.
- f. Pertahankan gizi (diet yang sehat seimbang).
- g. Periksa tekanan darah secara teratur, terutama usia sudah mencapai usia 40 tahun

C. Diit Hipertensi

1. Makanan – makanan yang boleh di konsumsi

a. Sumber kalori

Beras, talas, kentang, mie bihun, tepung – tepungan, gula

b. Sumber protein hewani

Daging ayam, ikan, semua terbatas kurang lebih 50gr perhari, telur ayam, telur bebek, paling banyak 1 butir sehari, susu tanpa lemak.

c. Sumber protein nabati

Kacang – kacangan kering seperti tahu, tempe, oncom.

d. Sumber lemak

Santan kelapa encer dalam jumlah terbatas.

e. Sayuran

Sayuran yang paling tidak menimbulkan gas seperti bayam, kangkong, buncis, kacang Panjang, toge, labusiam, oyong, wortel.

f. Buah – buahan

Semua buah kecuali Nangka, durian, hanya boleh dalam jumlah terbatas.

g. Bumbu

Pala, kayu manis, asam, gula, bawang merah, bawang putih, garam tidak lebih 15 gr perhari.

h. Minuman

teh encer, coklat encer.

2. Makanan yang tidak boleh di konsumsi

a. Makanan yang banyak mengandung garam

- 1) Biscuit, krakers, cake, dan kue lain yang di masak dengan garam dapur atau soda.
- 2) Dengdeng, abon, kornet beef, daging asap, ikan asin, ikan pindang, sarden, ikan teri, telur asin.
- 3) Keju, margarin, dan mentega.

b. Makanan yang banyak mengandung kolestrol

Makanan dari hewan seperti otak, ginjal, hati, limpa, dan antung

c. Makanan yang banyak mengandung lemak jenuh

- 1) Lemak hewan : sapi, kambing, susu jenuh, krim, keju, mentega.
- 2) Kelapa, minyak kelapa, margarin.
- 3) Makanan yang banyak menimbulkan gas : kol, lobak.

D. Obat Tradisional Hipertensi

1. Mentimun
2. Daun sledri
3. Daun alpukat
4. Daun salam
5. Antanan
6. Belimbing wuluh



HIPERTENSI

APA ITU HIPERTENSI?



Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah, makin besar risikonya. (Amin & Hardhi 2015)

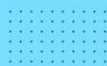


PENYEBAB

Dibagi menjadi 2 golongan:
a. Hipertensi primer (esensial)
Disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya.
Factor yang mempengaruhinya yaitu: genetik, lingkungan, hiperaktivitas saraf simpatis, system rennin.
b. Hipertensi sekunder
Penyebab yaitu: penggunaan estrogen, penyakit ginjal, sindrom cushing dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

TANDA GEJALA

1. Gejala ringan seperti pusing atau sakit kepala
2. Sering gelisah
3. Wajah merah
4. Tenguk terasa pegal
5. Mudah marah
6. Telinga berdengung
7. Sukar tidur
8. Sesak napas
9. Rasa berat ditenguk



FAKTOR RESIKO

1. Jenis kelamin
2. Umur
3. Keturunan (genetik)
4. Obesitas
5. Kebiasaan merokok
6. Mengonsumsi garam berlebih
7. Stres
8. Penyakit jasmani



UPAYA PENCEGAHAN

1. Cek Kesehatan secara berkala
2. Hindari Kegemukan
3. Hindari rokok dan alkohol
4. Hindari stress
5. Olah raga teratur / Aktifitas fisik
6. Batasi pemakaian garam
7. Istirahat cukup



DIET

1. Pisang
2. Sayuran Hijau kecuali daun singkong, daun melinjo dan bijinya
3. Buah-buahan kecuali buah durian
4. Yogurt dan olahan susu lainnya yang rendah lemak
5. Susu Skim
6. Oatmeal
7. Ikan



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Identitas

Nama : Sayyidah Zakiyah Ulfah
NIM : KHGA22032
TTL : Garut, 16 Juli 2003
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Kp Cigombong Desa Sukamurni Kecamatan Cilawu
Kabupaten garut
Email : sayyidahzakiyah9@gmail.com

Riwayat pendidikan

TK Al – Hoeriyah Cilawu : 2011 - 2012
SDN Sukamurni IV : 2012 - 2017
MTs Al – Hidayah Ciaro : 2017 - 2020
SMK Bhakti Kencana Limbangan : 2020 - 2022
STIKes Karsa Husada Garut : 2022 - 2025