

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK NY.Y DENGAN
GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER : HIPERTENSI
PADA KATZ KABUPATEN GARUT INDEKS A DI WILAYAH
PUSKESMAS CILAWU**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Program
Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

LALAN SAHRIL SIDIK

NIM : KHGA 19112



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

2022

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK NY.Y DENGAN
GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER : HIPERTENSI
PADA KATZ INDEKS A DI KP.CIKAMPIL, RT 001 RW 002
DESA NGAMPLANG, KEC CILAWU KAB GARUT

Nama : Lalan Sahril Sidik
NIM : KHGA 19112

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Disetujui
Untuk Disidangkan.

Garut, Juli 2022
Menyetujui,
Pembimbing
Karya Tulis Ilmiah



Iwan wahyudi.,M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK NY.Y DENGAN
GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER : HIPERTENSI
PADA KATZ INDEKS A DI KP.CIKAMPIL, RT 001 RW 002
DESA NGAMPLANG, KEC CILAWU KAB GARUT

Nama : Lalan Sahril Sidik

NIM : KHGA 19112

Garut, Juli 2022

Menyetujui,

Penguji 1



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

Penguji 2



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

Mengetahui,
Ka.Prodi D III Keperawatan



K. Dewi Budiarti., M.Kep

Mengesahkan,
Pembimbing STIKes Karsa Husada Garut



Iwan Wahyudi., M.Kep

ABSTRAK

Hipertensi merupakan keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan dan angka kematian. Terdapat beberapa cara pencegahan dan pengobatannya yaitu dengan menurunkan berat badan, mengurangi asupan garam, rutin berolahraga, berobat/kontrol secara teratur ke fasilitas kesehatan, kasus hipertensi di puskesmas Cilawu sebanyak 68. Mengingat komplikasi yang dapat ditimbulkan apabila penyakit hipertensi tidak segera ditangani dan diobati bisa menyebabkan penyakit jantung, stroke, dan berlanjut kematian. Adapun tujuan karya tulis ilmiah ini adalah untuk mendapatkan pengalaman yang nyata di lapangan dan menerapkan teori dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif melalui pendekatan proses keperawatan, dengan melakukan Asuhan Keperawatan kepada Ny. Y masalah yang ditemukan yaitu : nyeri akut, resiko jatuh, gangguan pola tidur, defisit pengetahuan. Hal ini sejalan dengan teori namun, beberapa data, masalah, intervensi yang ada dalam teori tidak ditemukan hal ini di pengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya karena manusia adalah makhluk yang unik, sehingga proses perawatan yang dilakukan pada setiap individu berbeda. Kesimpulannya penulis dapat melakukan Asuhan Keperawatan pada Ny. Y dengan hipertensi pada katz indeks A di Puskesmas Cilawu.

Kata Kunci : *Hipertensi;Asuhan Keperawatan;Gerontik*

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul ***“ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK NY.Y DENGAN GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER : HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS CILAWU ”*** yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi D-III Keperawatan dan memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menyadari sepenuhnya tidak terlepas dari segala dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Maka dari itu dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan rasa terimakasih yang sedalam-dalamnya kepada :

1. Nabi Muhamad SAW yang senantiasa menjadi inspirasi dan motivasi bagi penulis
2. Bapak DR.H.Hadiat,M.A selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. D. Saepudin,S.Sos.,MM.Kes., selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
4. Bapak H. Engkus Kusnadi,S.Kep.,M.Kes., selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut
5. Ibu K. Dewi Budiarti.,M.Kep., selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
6. Bapak Iwan wahyudi.,M.Kep selaku Pembimbing penyusunan KTI yang selalu memberikan arahan, dukungan serta motivasi untuk terus belajar kepada penulis.
7. Seluruh staf dan perawat yang ada di unit Puskesmas Cilawu, khususnya CI ruangan yang telah meluangkan banyak waktunya untuk memberikan pembelajaran serta pengalaman di lapangan kepada penulis demi kelancaran pembuatan karya tulis ini

8. Ny. Y beserta keluarga yang bersedia bersilaturahmi dan bekerjasama dengan baik dengan penulis
9. Seluruh civitas akademika yang ada di STIKes Karsa Husada Garut umumnya, beserta seluruh staf dosen Program Studi D-III Keperawatan khususnya, yang telah memberikan bantuan berupa motivasi serta ilmunya selama penulis mengikuti pendidikan Program Studi D-III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut ini.
10. Kepada Ayah dan Ibu yang tersayang Ibu Dede Sariningsih dan Ayah Ade Hikayat telah banyak memberikan cinta dan kasih sayang yang begitu besar kepada penulis sehingga menjadi motivasi terbesar bagi penulis dalam menyelesaikan studi ini. Semoga keringat dan air matanya dibalas dengan kebahagiaan di dunia dan akhirat oleh Allah SWT
11. Terimakasih kepada Keluarga Besar Cikandang Bapak H.Sambas Gunawan, S. Kep., Ners dan Ibu Rita Rohmayanti Beserta seluruh staf rekan kerja Klinik Al-Basmallah & Toko Ciptaniaga, Sahabat-sahabatku Rizwan Saepuloh, Zulfan Kustyana, Habil M Yusuf dan semua kelas 3A,B,C yang mana telah memberi dukungan serta semangat kepada penulis.
12. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, namun telah begitu banyak membantu selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna dikarenakan keterbatasan dan ketidakmampuan ilmu pengetahuan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Semoga karya tulis ilmiah ini bisa menambah wawasan dan bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi semua pihak serta mendapatkan keridhoan-Nya yang senantiasa selalu kita harapkan. Akhir kata penulis berharap semoga amal baik dari berbagai pihak mendapat balasan yang berlipat dari Allah SWT. Aamiin

Garut, Juli 2022

Penulis,

Lalan Sahril Sidik

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR BAGAN.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus.....	5
C. Metode Telaahan	6
D. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN TEORITIS	9
A. Konsep Dasar	9
1. Definisi Lanjut Usia	9
2. Batasan Lansia.....	10
3. Tipe Lansia.....	10
4. Proses menua.....	11
5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Proses Menua	12
6. Teori Teori Proses Penuaan.....	13
7. Perubahan Fisiologis Pada Lansia	16
8. Tugas Perkembangan Lansia.....	18
B. Konsep Dasar Penyakit.....	19
1. Definisi Hipertensi	19
2. Etiologi.....	20
3. Klasifikasi.....	21

4. Patofisiologi dan Pathway	21
5. Kriteria Hipertensi.....	24
6. Manifestasi Klinis	24
7. Pemeriksaan Penunjang.....	24
8. Penatalaksanaan	24
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	25
1. Pengkajian	26
2. Analisa data	39
3. Diagnosa Keperawatan.....	39
4. Perencanaan.....	40
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	50
A. Tinjauan Kasus.....	50
1. Pengkajian	50
2. Analisa Data	65
3. Diagnosa Keperawatan.....	66
5. Proses Keperawatan (Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi)	69
6. Catatan Perkembangan	75
B. PEMBAHASAN	82
1. Tahap Pengkajian	82
2. Tahap Diagnosa Keperawatan.....	85
3. Tahap Perencanaan.....	86
4. Tahap Implementasi	88
5. Tahap Evaluasi	90
6. Tahap Dokumentasi.....	91
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	92
A. Kesimpulan	92
B. Rekomendasi.....	94
1. Bagi Ny. Y.....	94
2. Bagi Puskesmas Cilawu	94
3. Bagi Institut Pendidikan	95
4. Bagi Mahasiswa	95

DAFTAR PUSTAKA	96
-----------------------------	-----------

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Jenis – jenis Penyakit yang di Derita Lansia DI Puskesmas Cilawu Periode Januari 2022	4
Tabel 2.1 Kriteria Hipertensi	24
Tabel 2.2 Katz Index	32
Tabel 2.3 Bartel Index	33
Tabel 2.4 SPMSQ.....	35
Tabel 2.5 MMSE	36
Tabel 2.6 Pengkajian Keseimbangan.....	37
Tabel 2.7 Rencana Intervensi I	41
Tabel 2.8 Rencana Tindakan Keperawatan Nyeri Akut.....	42
Tabel 2.9 Rencana Tindakan Keperawatan Intoleransi Aktivitas	43
Tabel 2.10 Rencana Tindakan Keperawatan Defisit Pengetahuan	44
Tabel 2.11 Rencana Tindakan Keperawatan Resiko jatuh.....	44
Tabel 2.12 Rencana Tindakan Keperawatan Gangguan Pola Tidur.....	45
Tabel 2.13 Rencana Tindakan Keperawatan Ansietas	46
Tabel 3.1 Pola Kegiatan Sehari-Hari.....	58
Tabel 3.2 Pemeriksaan Katz Indeks	59
Tabel 3.3 Pengkajian Fungsional Klien Dengan Menggunakan Bartel Indeks....	60
Tabel 3.4 Short Portable Status Quesioner (SPMSQ)	61
Tabel 3.5 MMSE (Mini Mental Status Exam)	62
Tabel 3.6 Pengkajian Keseimbangan	63
Tabel 3.7 Analisa Data	65
Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan.....	69
Tabel 3.9 Catatan Perkembangan Hari Ke 1-3.....	75

DAFTAR BAGAN

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

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Materi SAP	99
Lampiran 2. Leraflet.....	105
Lampiran 3. Daftar Riwayat Hidup.....	107
Lampiran 4. Lembar Bimbingan	108

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Proses penuaan dalam perjalanan hidup manusia merupakan suatu hal yang wajar, dan ini semua akan dialami oleh semua orang yang dikaruniai umur panjang. Hanya cepat dan lambatnya proses tersebut pada masing masing individu. Secara teori perkembangan manusia yang dimulai dari masa bayi, anak, usia lanjut dengan umur diatas 60 tahun. Menua (menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan kerusakan yang diderita (Nugrogho, 2015).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menggolongkan lanjut usia menjadi 4 yaitu: usia pertengahan (*middle age*) antara 45 sampai 59 tahun, lanjut usia (*elderly*) antara 60 sampai 74 tahun, lanjut usia tua (*old*) antara 75 sampai 90 tahun dan usia sangat tua (*very old*) antara 75 sampai 90 tahun dan usia sangat tua (*very old*) usia diatas 90 tahun (Nugroho, 2016).

Terdapat beberapa masalah kesehatan pada masa lanjut usia, masalah tersebut berawal dari kemunduran sel-sel tubuh, sehingga fungsi dan daya tahan tubuh menurun serta faktor resiko terhadap penyakit pun meningkat. Penyakit yang sering terjadi pada lanjut usia antara lain Hipertensi, Reumatik, Gangguan Pendengaran dan Penglihatan, Demensia, Osteoporosis, dsb. (Depkes, 2016).

World Health Organization (WHO) tahun 2015 menunjukkan sekitar 1,13 Miliar orang di dunia menyandang hipertensi, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis Hipertensi. Jumlah penyandang Hipertensi terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan pada tahun 2025 akan ada 1,5 Miliar. Hipertensi mengakibatkan kematian sekitar 8 juta orang setiap tahun, 1,5 juta kematian terjadi di Asia Tenggara, yang sepertiga populasinya menderita hipertensi (Hakim and Tazkiah 2019)

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan dan angka kematian. Tekanan darah 140/90 mmHg didasarkan pada dua fase dalam setiap denyut jantung yaitu fase sistolik 140 menunjukkan fase darah yang sedang dipompa oleh jantung dan fase diastolik 90 menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung (Triyanto, 2016).

Jumlah penderita hipertensi di seluruh dunia terus meningkat. Di usia 98,5 juta orang mengalami hipertensi dan bakal menjadi 151,7 juta orang pada tahun 2025. Di bagian lain lansia, tercatat 38,4 juta penderita hipertensi pada tahun 2012 dan prediksi akan menjadi 67,4 juta orang pada tahun 2025. Menurut WHO angka kejadian hipertensi di dunia cukup tinggi yaitu 10% dari populasi dunia. Data hypertension league 2012 menyebutkan bahwa hipertensi diderita lebih dari 1,5 miliar jiwa di seluruh dunia dan garam yang berlebihan adalah faktor utama dalam meningkatkan tekanan darah. Hipertensi dianggap hal yang biasa karena gaya hidup kehidupan modern. Asupan garam yang tinggi merupakan penyebab hipertensi yang banyak ditemukan dari tahun ke tahun (Harianto, 2021)

Di amerika, menurut *National Health and Nutrition Examination Survey (NHNESIII)*, paling sedikit 30% pasien hipertensi tidak menyadari kondisi mereka, dan hanya 31% pasien yang diobati mencapai target tekanan darah yang diinginkan dibawah 140/90 mmHg. Penelitian di amerika oleh *American Hypertension Association* (2006 dalam Triyanto,2016). Selain itu juga dalam lingkup penyakit kardiovaskuler, penyakit hipertensi menduduki peringkat pertama dengan penderita terbanyak (Triyanto,2016). Dimana secara global menurut data yayasan jantung indonesia, 7 juta jiwa meninggal setiap tahunnya akibat penderita hipertensi.

Kondisi di Indonesia sendiri. berdasarkan data Riskesdas tahun 2018 angka hipertensi mengalami kenaikan dari 25,8% menjadi 34,1% (Kemenkes 2018). Provinsi Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, dan Jawa Barat merupakan provinsi yang mempunyai prevalensi hipertensi lebih tinggi dari angka nasional. Prevalensi hipertensi tertinggi terdapat pada populasi perempuan dengan jumlah 60% dibandingkan dengan laki-laki dengan jumlah 40%. Semakin tinggi usia semakin tinggi pula prevalensinya atau bertambahnya usia kemungkinan terkena Hipertensi juga menjadi besar. Selain itu menurut data Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, didapatkan bahwa tahun 2020 penderita hipertensi di Kabupaten Garut sebanyak 572.242 orang dengan persentase 42,2% (Dinkes Kab Garut, 2020).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah peneliti lakukan di Puskesmas Cilawu, penyakit hipertensi ini juga menduduki peringkat ke dua penyakit dengan prevalensi terbanyak di Puskesmas Cilawu pada tahun 2022.

Tabel 1.1 Jenis – jenis Penyakit yang di Derita Lansia DI Puskesmas Cilawu
Periode Januari 2022

No	Jenis Penyakit	Jumlah Penderita
1	Gastritis	148
2	Hipertensi	68
3	Anemia	63
4	ISPA	63
5	DM	34
6	Artritis	34
7	PPOK	18
8	Infeksi Saluran Kemih	14
9	Stroke	7
	Jumlah	449

Sumber Laporan : Puskesmas Cilawu 2022

Pada tabel tersebut Penyakit Hipertensi pada lansia di Puskesmas Cilawu merupakan peringkat ke-2 dari 9 prevalensi penyakit dan Gastritis peringkat ke-1 tetapi apabila melihat komplikasi dari kedua penyakit tersebut penyakit Hipertensi komplikasinya lebih berisiko.

Berdasarkan data dan fakta maka penulis sebagai perawat berpendapat bahwa hipertensi memerlukan penanganan yang intensif serta asuhan keperawatan secara komprehensif dan memerlukan keikutsertaan klien untuk mencegah, mengobati, dan merehabilitasi penyakit Hipertensi. Hal tersebut menyatakan jika penyakit tersebut tidak ditangani maka akan menimbulkan komplikasi yang sangat berisiko terutama pada lansia yang terkena hipertensi. Komplikasi tersebut diantaranya : penyakit jantung, gagal jantung kongesif, stroke, gangguan penglihatan dan penyakit ginjal. Untuk itu penulis ingin mengetahui dan memahami lebih lanjut tentang penanganan terhadap pasien dengan Hipertensi yang tersusun dalam “ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK NY.Y

DENGAN GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER : HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI WILAYAH PUSKESMAS CILAWU KABUPATEN GARUT”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh gambaran nyata tentang asuhan keperawatan pada Ny.Y dengan Hipertensi pada Katz Indeks A secara langsung dan komprehensif melalui aspek bio, psiko, sosial, dan spiritual dengan pendekatan model keperawatan, di Puskesmas Cilawu..

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yaitu sebagai berikut:

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Ny. Y dengan Hipertensi Pada Katz Indeks A di Puskesmas Cilawu.
- b. Mampu menentukan diagnosa keperawatan dengan tepat pada Ny. Y dengan Hipertensi Pada Katz Indeks A di Puskesmas Cilawu.
- c. Mampu merencanakan Tindakan Keperawatan pada Ny. Y dengan Hipertensi Pada Katz Indeks A di Puskesmas Cilawu.
- d. Mampu melaksanakan tindakan Keperawatan pada Ny.Y dengan Hipertensi Pada Katz Indeks A di Puskesmas Cilawu.
- e. Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan pada Ny.Y dengan Hipertensi Pada Katz indeks A di Puskesmas Cilawu.

- f. Mampu mendokumentasikan Proses Asuhan Keperawatan yang dilaksanakan pada Ny.Y dengan Hipertensi Pada katz Indeks A di Puskesmas Cilawu.

C. Metode Telaahan

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, metode yang digunakan adalah metode deskriptif dengan teknik studi kasus dan menerapkan asuhan keperawatan pada Ny.Y yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Sedangkan teknik pengumpulan data yang digunakan sebagai berikut :

1. Wawancara

Dengan pembicaraan terarah yang dilakukan untuk memperoleh data mengenai kasus Hipertensi data yang diperoleh yaitu dari klien dan tenaga kesehatan lainnya.

2. Observasi

Penulis melakukan pengamatan terhadap klien dengan cara melihat langsung kepada klien untuk memperoleh data yang objektif tentang masalah klien dengan hipertensi.

3. Pemeriksaan Fisik

Data data selanjutnya penulis mendapatkan langsung dengan pemeriksaan fisik secara sistematis dengan menggunakan teknik pemeriksaan secara inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi. Serta pengkajian khusus pada lansia seperti KATZ Indeks, Bartel Indeks, Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ) Mini Mental Status Exam (MMSE), dan Pengkajian Keseimbangan.

4. Studi Dokumentasi

Pengumpulan data yang didapatkan dari data klien dan laporan dari tenaga kesehatan melalui catatan dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan dan mempelajari buku buku atau referensi yang berguna untuk memperoleh dasar dasar teori yang berhubungan dengan hipertensi serta permasalahannya, sehingga dapat digunakan untuk landasan dalam pemberian asuhan keperawatan.

5. Studi Kepustakaan

Hal ini dilakukan dalam rangka mendapatkan landasan teoritis yang berkaitan dengan kasus yang dihadapi, sehingga dapat membandingkan teori yang didapat dengan fakta yang ada di lahan praktek, diperoleh kesenjangan mencari penyebab dan pemecahan masalah.

D. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan studi kasus ini, penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB I : Bab ini membahas mengenai latar belakang, tujuan umum dan tujuan khusus, metode telaahan, dan sistematika penulisan.

BAB II : Bab ini berisi tentang konsep dasar penyakit meliputi pengertian gangguan hipertensi, dampak hipertensi terhadap kebutuhan dasar manusia serta membahas tentang proses keperawatan gerontic dengan gangguan hipertensi meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi .

BAB III : Tinjauan kasus berisi dokumentasi asuhan keperawatan meliputi: pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan catatan perkembangan.

Sedangkan pembahasannya menguraikan tentang kesenjangan antara kasus dengan konsep Asuhan Keperawatan .

BAB IV : Dalam bab ini berisikan kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan serta rekomendasi yang operasional terhadap masalah yang ditemukan.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar

1. Definisi Lanjut Usia

Lanjut usia merupakan bagian dari proses tumbuh kembang. Manusia secara tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa dan akhirnya menjadi tua. Lansia merupakan suatu proses alami yang di tentukan oleh Tuhan Yang Maha Esa. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir (Azizah,2015).

Lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun ke atas pria maupun wanita yang masih aktif beraktivitas dan bekerja ataupun mereka yang tidak berdaya untuk mencari nafkah sendiri sehingga bergantung kepada orang lain untuk menghidupi dirinya (Ineko,2016).

Jadi, dapat disimpulkan bahwa lanjut usia bukan suatu penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang akan dijalani semua individu, ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan.

2. Batasan Lansia

a. Menurut WHO

Menurut Badan Kesehatan Dunia (World Health Organization) yang dikatakan lanjut usia tersebut di bagi kedalam tiga kategori yaitu :

- 1) Usia Lanjut : 60-74 tahun
- 2) Usia Tua : 75-89 tahun
- 3) Usia sngat lanjut : >90 tahun

b. Menurut Dep. Kes. RI

Departemen Kesehatan Republik Indonesia membaginya lanjut usia menjadi sebagai berikut :

- 1) Kelompok menjelang usia lanjut (45-54 tahun), keadaan ini dikatakan sebagai masa virilitas.
- 2) Kelompok usia lanjut (55-64 tahun), sebagai masa premium.
- 3) Kelompok-kelompok usia lanjut (>65tahun) yang dikatakan sebagai masa senium.

3. Tipe Lansia

Beberapa tipe lansia pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fidik, mental, sosial, dan ekonominya (Nugroho,2016). Tipe lansia tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut :

a. Tipe Arif Bijaksana

Kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi dan menjadi panutan.

b. Tipe Mandiri

Mengganti kegiatan yang lama dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman, dan memenuhi undangan.

c. Tipe Tidak Puas

Konflik lahir menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik, dan banyak menuntut.

d. Tipe Pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama, dan melakukan pekerjaan apa saja.

4. Proses menua

Menurut Constantine (1994, dalam Abdul Muhith, 2016). Penuaan adalah suatu proses yang mengubah suatu proses yang mengubah seorang dewasa sehat menjadi seorang yang frail dengan berkurangnya sebagian besar cadangan sistem fisiologis dan meningkatnya kerentanan terhadap berbagai penyakit dan kematian. Pada lanjut usia, individu mengalami banyak perubahan baik secara fisik maupun mental, khususnya kemunduran dalam berbagai fungsi dan kemampuan yang pernah dimilikinya. Penurunan tersebut mengenai berbagai sistem dalam tubuh seperti penurunan daya ingat, kelemahan otot, pendengaran, penglihatan, perasaan dan tampilan fisik yang berubah sebagai disfungsi biologis lainnya.

5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Proses Menua

Menurut Siti Bandiyah (2009, dalam Abdul Muhith, 2016) penuaan dapat terjadi secara fisiologis dan patologis. Penuaan dapat terjadi sesuai dengan kronologis usia. Faktor yang mempengaruhi yaitu hereditas atau genetik, nutrisi atau makanan, status kesehatan pengalaman hidup, lingkungan, dan stress.

a. Hereditas atau Genetik

Kematian sel merupakan seluruh program yang dikaitkan dengan peran DNA yang penting dalam mekanisme pengendalian fungsi sel. Secara genetik, perempuan ditentukan oleh sepasang kromosom X sedangkan laki-laki oleh satu kromosom X. Kromosom ini ternyata membawa unsur kehidupan sehingga perempuan berumur lebih panjang dari pada laki-laki.

b. Nutrisi/Makanan

Berlebihan atau kekurangan mengganggu keseimbangan reaksi kekebalan.

c. Status kesehatan

Penyakit selama ini selalu dikaitkan dengan proses penuaan, sebenarnya bukan disebabkan oleh proses menuanya sendiri, tetapi lebih disebabkan oleh faktor luar yang merugikan yang berlangsung tetap dan berkepanjangan.

d. Pengalaman Hidup

1). Paparan sinar matahari : kulit yang tak terlindung sinar matahari akan mudah ternoda oleh flek, kerutan, dan menjadi kusam.

2). Kurang olahraga : olahraga membantu pembentukan otot dan menyebabkan lancarnya sirkulasi darah.

3). Mengonsumsi alkohol : alkohol dapat memperbesar pembuluh darah kecil pada kulit dan menyebabkan peningkatan aliran darah dekat permukaan kulit.

a. Lingkungan

Proses menua secara biologik berlangsung secara alami dan tidak dapat dihindari, tetapi seharusnya dapat tetap dipertahankan oleh status sehat.

b. Stress

Tekanan kehidupan sehari-hari dalam lingkungan rumah, pekerjaan, ataupun masyarakat yang tercermin dalam bentuk gaya hidup akan berpengaruh terhadap proses penuaan.

6. Teori Teori Proses Penuaan

Menurut Shaiera Saul (1974 dalam Abdul Muhith, 2016), secara individual individual tahap proses menua terjadi pada orang dengan usia berbeda-beda. Masing-masing lanjut usia mempunyai kebiasaan yang berbeda sehingga tidak ada satu faktor pun yang ditemukan untuk proses mencegah proses menua. Teori-teori itu dapat digolongkan dalam dua kelompok teori biologis dan teori kejiwaan sosial.

a. Teori Biologi

Teori biologi adalah ilmu alam yang mempelajari kehidupan dan organisme hidup, termasuk struktur, fungsi pertumbuhan, evolusi,

persebaran, dan taksonominya. Ada beberapa macam teori biologis, diantaranya sebagai berikut :

1) Teori Genetik dan Mutasi (Somatic Mutaty Theory)

Menurut Hayflick (1961 dalam Sri Surini Pudjiastuti, 2015), menua telah terprogram genetik untuk spesies-spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul-molekul atau DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi.

2) Teori Intraksi Seluler

Menurut Berger (1994 dalam Noorkasami, 2016), bahwa sel-sel yang saling berinteraksi satu sama lain dan mempengaruhi keadaan tubuh akan baik-baik saja selama sel-sel masih berfungsi dalam suatu harmoni.

3) Teori Reflikasi DNA

Menurut Cunningham (2003, dalam Sandu Siyoto, 2016), teori ini mengungkapkan bahwa proses penuaan merupakan akibat akumulasi bertahap kesalahan dalam masa replikasi DNA terjadi kematian sel. Kerusakan DNA (rDNA) dan mempengaruhi masa hidup.

4) Teori Ikatan Silang

Menurut Year & Gilchrest (2007, dalam Abdul Muhith, 2016), proses penuaan merupakan akibat dan terjadinya ikatan saling silang progresif antara protein intraseluler dan intraseluler serabut kolagen. Ikatan silang meningkat sejalan dengan bertambahnya umur . Hal ini

mengakibatkan penurunan elastisitas dan kelenturan kolagen di membran basalis atau substansi dasar jaringan penyambung. Keadaan ini mengakibatkan kerusakan fungsi organ.

5) Teori Radikal Bebas

Menurut Cunningham (2003, dalam Sandu Siyoto, 2016), radikal bebas ini akan merusak enzim superoksida-dismutase (SOD) yang berfungsi mempertahankan fungsi sel sehingga fungsi sel menurun dan menjadi rusak. Proses penuaan pada kulit yang dipicu oleh sinar Ultraviolet merupakan salah satu bentuk implementasi dari teori ini.

6) Reaksi dari Kekebalan Sendiri

Menurut Goldteris & Brocklehurs (1989, dalam Siti Bandiyah, 2014) di dalam proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh menjadi lemah dan sakit.

b. Teori Kejiwaan Sosial

1) Aktifitas atau Kegiatan (Activity Theory)

Menurut Maslow (1954, dalam Noorkasiani, 2016) menyatakan bahwa para lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial.

2) Kepribadian Berlanjut (Continuity Theory)

Menurut Kontijoro (2016), dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lanjut usia. Teori ini merupakan gabungan dari teori di atas, bahwa perubahan yang terjadi pada lansia seseorang yang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe kepribadian yang dimilikinya.

3) Teori Pembebasan (Disengagement Theory)

Teori ini menerangkan putusnya pergaulan atau hubungan dengan individu lainnya (Henry, 2016).

4) Teori Subkultur

Teori ini menerangkan kelompok kelompok lansia seperti terkoordinasi dengan baik dan dapat menyalurkan aspirasinya dimana hubungan antar grup dapat meningkatkan proses penyesuaian pada masa lansia (Noorkasiani, 2016).

7. Perubahan Fisiologis Pada Lansia

a. Perubahan Fisik

1) Sistem indera

Ketajaman penglihatan dan adanya akomodasi dari jarak jauh atau dekat berkurang, penggunaan kacamata dan sistem penerangan yang baik dapat digunakan. Sistem pendengaran, prebiaskusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam (azizah, 2015).

2) Sistem muskuloskeletal

Perubahan pada kolagen merupakan penyebab turunnya fleksibilitas pada lansia sehingga menimbulkan dampak berupa nyeri, penurunan kemampuan untuk meningkatkan kekuatan otot, kesulitan bergerak dari duduk ke berdiri, jongkok, berjalan dan hambatan dalam melakukan kegiatan sehari hari (Azizah, 2015).

3) Sistem Pernafasan

Paru kehilangan elastisitas, kapasitas residu meningkat, menarik napas lebih berat, ukuran alveoli melebar, dan jumlahnya berkurang, reflek dan kemampuan untuk batuk berkurang (Nugroho, 2016).

4) Sistem Kardiovaskuler

Masa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertrofi dan kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat, konsumsi pada tingkat maksimal berkurang sehingga kapasitas paru menurun (Azizah, 2016).

5) Sistem Perkemihan

Menurut Eberslone dan Hess dalam Azizah (2016), pola berkemih tidak normal, seperti banyak berkemih di malam hari, sehingga menyebabkan mereka pergi ke toilet sepanjang malam. Hal ini menunjukkan inkontinensia urin meningkat.

6) Sistem Reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovary dan uterus. Terjadi atrofi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur angsur (Azizah, 2015).

b. Perubahan Kognitif

1) Memori (Daya Ingat)

Kenangan jangka panjang, beberapa jam sampai beberapa hari yang lalu dan mencakup beberapa perubahan. Kenangan jangka pendek atau seketika (0-10) (Nugroho, 2016).

2) Intelegentia Quocient (IQ)

IQ tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal. Penampilan, persepsi, dan keterampilan psikomotor berkurang. Terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan faktor waktu (Nugroho, 2016).

3) Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial menurut Azizah (2015) meliputi pensiun, perubahan aspek kepribadian, perubahan dalam peran sosial di masyarakat, penurunan fungsi, dan potensial seksual.

8. Tugas Perkembangan Lansia

Seiring tahap kehidupan, lansia memiliki tujuh kategori utama tugas perkembangan lansia (Perry& Potter, 2015) yaitu :

1. Menyesuaikan terhadap penurunan kekuatan fisik dan kesehatan sering terjadinya penuaan sistem tubuh, perubahan penampilan dan fungsi. Bagaimana meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit dengan pola hidup sehat.

2. Menyesuaikan terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan Lansia umumnya pensiun dari pekerjaan purna waktu, dan oleh karena itu mungkin perlu menyesuaikan dan membuat perubahan karena hilangnya peran bekerja. Meskipun kebanyakan lansia diatas garis kemiskinan, sumer finansial secara jelas mempengaruhi permasalahan dalam masa pensiun.

3. Menyesuaikan Terhadap Kematian Pasangan

Mayoritas lansia di hadapkan pada kematian pasangan, teman dan kadang anaknya. Kehilangan itu sering sulit diselesaikan, apalagi bagi lansia yang menggantungkan hidupnya dari seseorang yang meninggalkannya dan sangat berarti bagi dirinya. Dengan membantu lansia dengan proses berduka, dapat membantu mereka menyesuaikan diri terhadap kehilangan.

4. Menyesuaikan Diri Sendiri sebagai Individu Lansia

Beberapa lansia menemukan kesulitan untuk menerima diri sendiri selama penuaan mereka dapat memperlihatkan ketidakmampuannya sebagai koping dengan menyangkal penurunan fungsi.

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi Hipertensi

Penyakit hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan penigkatan angka kesakitan dan angka kematian. Tekanan darah 140/90 mmHg didasarkan pada dua fase dalam setiap denyut jantung yaitu fase sistolik 140 menunjukan fase darah yang sedang dipompa oleh jantung dan fase diastolik 90 menunjukan fase darah yang kembali ke jantung (Triyanto, 2016).

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan darah diastolik sedikitnya 90 mmHg (Reny, 2016). Faktor pemicu hipertensi dibedakan menjadi yang tidak dapat dikontrol seperti riwayat keluarga, jenis kelamin, dan umur. Faktor yang dapat dikontrol seperti obesitas, kurangnya aktivitas fisik, perilaku merokok, pola konsumsi makanan yang mengandung natrium dan lemak jenuh.

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa hipertensi adalah meningkatnya tekanan darah sistolik lebih besar dari 140 mmHg dan atau diastolik lebih besar dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu 5 menit dalam keadaan cukup istirahat (tenang).

2. Etiologi

Namun ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi:

- a. Genetik : respon neurologi terhadap stres atau kelainan eksresi atau transfor NA
- b. Obesitas
- c. Stres terhadap lingkungan
- d. Hilangnya elastisitas jaringan dan arteriosklerosis pada orang tua serta pelebaran-pelebaran pembuluh darah (Udjianti, 2017).

Penyebab hipertensi pada orang lanjut usia adalah terjadinya perubahan-perubahan pada :

- a. Elastisitas dinding aorta menurun
- b. Katup jantung menebal dan menjadi kaku

- c. Kemampuan jantung menompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun.

3. Klasifikasi

Berdasarkan penyebab hipertensi dibedakan menjadi 2 yaitu :

- a. Hipertensi esensial/hipertensi primer

Penyebab pasti dari hipertensi esensial sampai saat ini masih belum diketahui. Kurang lebih 90% penderita hipertensi tergolong hipertensi esensial, sedangkan 10% nya tergolong hipertensi sekunder. Namun ada beberapa faktor yang lain : faktor keturunan, ciri perseorangan, dan gaya hidup (Smalzer & Bare, 2016).

- b. Hipertensi Sekunder

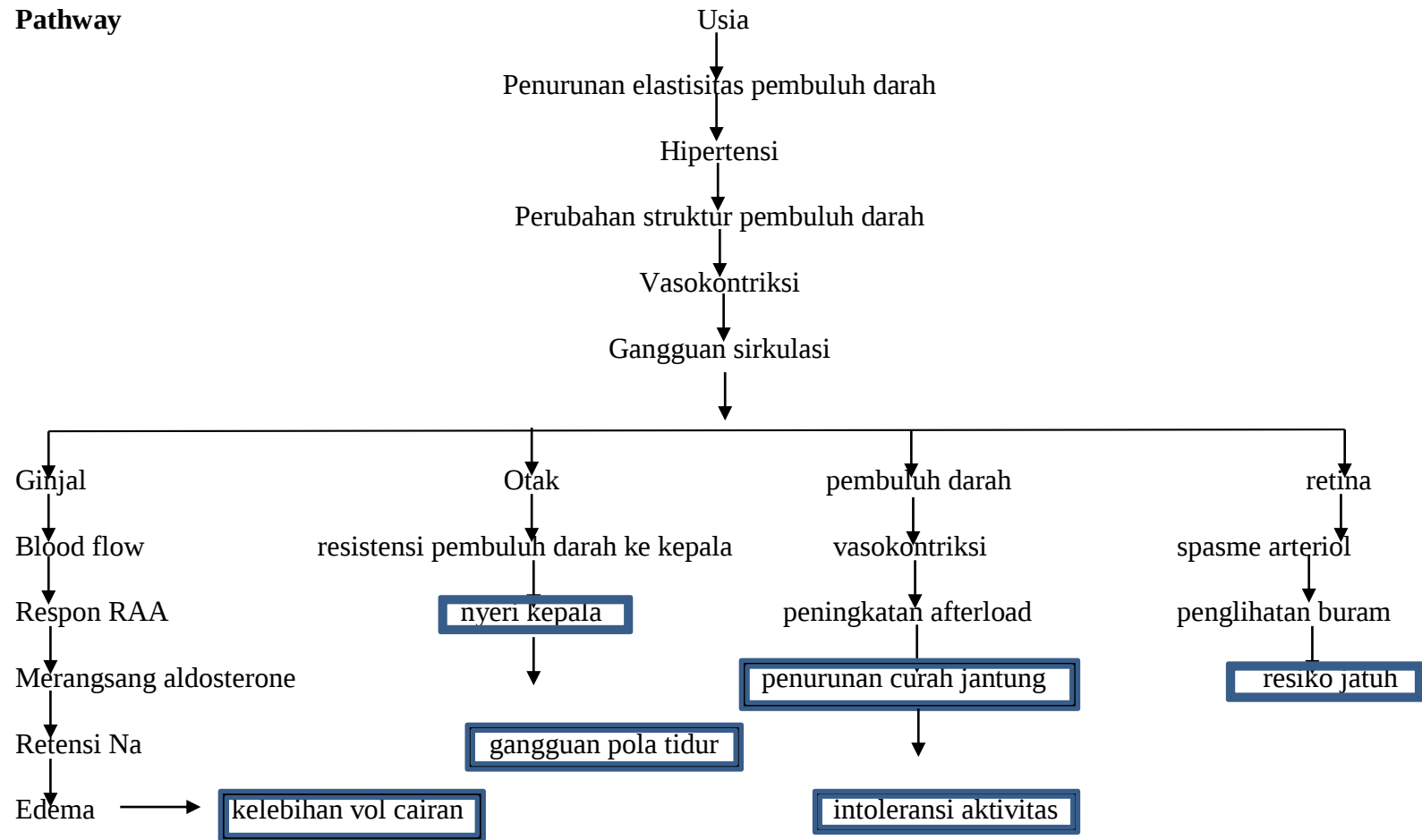
Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui, antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid, penyakit kelenjar adrenal. Golongan terbesar dari penderita hipertensi adalah hipertensi esensial, maka penyelidikan dan pengobatan lebih banyak ditunjukkan ke hipertensi esensial (Smalzer & Bare, 2015).

4. Patofisiologi dan Pathway

Mekanisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor ini bermula dari saraf simpatis yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak kebawah melalui saraf

simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin yang akan merangsang serabut saraf pascaganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norpinenefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah.

Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian di ubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosterone oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan keadaan hipertensi. (Reny, 2016).

Pathway

(Sumber: Reny, (2016))

Bagan 2.1 Pathway

5. Kriteria Hipertensi

Tabel 2.1 Kriteria Hipertensi

Kategori	Tekanan Darah Sistolik	Tekanan Darah Diastolik
Normal	Dibawah 130	Dibawah 85
Normal Tinggi	130-139	85-89
Stadium 1 (Ringan)	140-159	90-99
Stadium II (Sedang)	160-179	100-109
Stadium III (Berat)	180-209	110-119
Stadium IV (Maligna)	210	120

Sumber (Triyanto, 2016)

6. Manifestasi Klinis

- a. Sakit kepala
- b. Rasa pegal dan tidak nyaman
- c. Perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh
- d. Berdebar atau detak jantung terasa cepat
- e. Telinga berdenging (Novianti, 2015)

7. Pemeriksaan Penunjang

- a. Laboratorium
- b. EKG
- c. Ekhokardiogram
- d. Rontgen dada (Muttaqin, 2016).

8. Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan Non Farmakologi
 - (1) Pengaturan Diet
 - (2) Olahraga
 - (3) Penurunan Berat Badan
 - (4) Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat

b. Penatalaksanaan Medis

(1) Terapi Oksigen

(2) Pemantauan Hemodinamik

(3) Pemantauan Jantung

(4) Obat-obatan :

- a. Diuretic : Chiorthalidon, hydromax, Lasix, diuretic bekerja melalui berbagai mekanisme untuk mengurangi curah jantung dengan mendorong ginjal meningkatkan eksresi garam dan airnya.
- b. Penyekat saluran kalsium menurunkan kontraksi otot polos jantung atau arteri.
- c. Antagonis (penyekat) reseptor alfa (b-blocker) menghambat reseptor alfa di otot polos vascular yang secara normal merespon terhadap rangsangan saraf simpatis dengan vasokonstriksi.
- d. Vasodilator arterior langsung dapat digunakan untuk menurunkan TPR, misalnya : *Natrium, Nitroprusida, Nikarpidin, Hidrazalin, Nitrogliserin*, dll. (Brunner & Sudarth, 2016)

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan lanjut usia (gerontik) merupakan kegiatan yang dimaksudkan untuk memberikan bantuan atau bimbingan serta pengamasan, perlindungan, dan pertolongan kepada lanjut usia secara individu, kelompok,

seperti di rumah atau lingkungan, dan pertolongan kepada lanjut usia secara maupun puskesmas, yang diberikan oleh perawat (Nugroho, 2016).

Sifat keperawatan gerontik adalah independent (mandiri), interdependent (kolaborasi), humanistik, dan holistik. Peran dan fungsi keperawatan gerontik adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan secara langsung, sebagai pendidik lansia, keluarga, dan masyarakat perawat juga dapat memotivator dan inovator dalam memberikan advokasi pada klien serta sebagai konselor (Azizah, 2016).

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Ermawati, 2016).

a. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah mengumpulkan informasi yang sistematis tentang klien termasuk kekuatan dan kelemahan klien. Data dikumpulkan dari klien, keluarga, orang terdekat, masyarakat, grafik dan rekam medik. (Sugiono, 2016).

1) Biodata

Terdiri dari nama, usia, jenis kelamin, tempat tinggal, suku bangsa, agama dan pekerjaan.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada pemeriksaan riwayat kesehatan pada pasien dengan hipertensi pada umumnya didapat klien mengeluh pusing, sakit

kepala, nyeri dirasakan seperti ditimpa berat, sakit kepala akan tambah dirasakan apabila saat diistirahatkan, istirahat tidur terganggu, sehingga mengganggu aktivitasnya sehari hari. Untuk setiap keluhan diperjelas dengan PQRST :

Paliatif	Apa saja menjadi keluhan sehingga lebih berat
:	atau lebih ringan.
Quantitas	Bagaimana nyeri dirasakan, apakah seperti di
:	tusuk-tusuk
Region	Di daerah mana nyeri dirasakan, apakah
:	menyebar
Skala	Intensitas dari keluhan utama, apakah sampai
:	mengganggu aktivitas atau tidak, seperti
	bergantung pada derajat beratnya
Time	Kapan waktunya mulai terjadi keluhan
:	

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Apabila klien mempunyai masalah kesehatan seperti hipetensi, hiperlipoproteinemia terdiri dari peningkatan serum kolesterol, peningkatan trigliserida, peningkatan serum basa lemak bebas, dan klien biasanya mempunyai riwayat DM, rematik, dan menggunakan obat obat tertentu.

4) Riwayat kesehatan Keluarga

Untuk mengetahui apabila keluarga mempunyai penyakit kardiovaskuler, faktor predisposisi genetik penyakit jantung, diet, kepribadian, dan gaya hidup penuh stres.

5) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan di lakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

a. Tanda-Tanda Vital

Adanya peningkatan dalam tekanan darah dari normalnya 120/80 mmHg dan peningkatan frekuensi nadi dari normalnya 60-70x/menit.

b. Sistem Penginderaan (Penglihatan)

Terdapat gangguan penglihatan seperti penglihatan menurun, buta total, kehilangan daya lihat sebagian (kebutuhan monokuler), penglihatan ganda (diplopia)/ gangguan yang lain. Ukuran reaksi pupil tidak sama, kesulitan untuk melihat objek, warna dan wajah yang pernah dikenali dengan baik.

c. Sistem Pernafasan

Frekuensi pernafasan kemungkinan akan meningkat.

d. Sistem Kardiovaskuler

Peningkatan tekanan darah dan peningkatan denyut nadi.

e. Sistem Gastrointestinal

Ditemukannya keluhan tidak nafsu makan, mual dan muntah secara penurunan berat badan.

f. Sistem Integumen

Kulit tampak pucat, adanya nodule subkutan, terdapat oedema serta turgor kulit klien jelek akibat penuaan.

g. Sistem Muskuloskeletal

Kaji kekuatan dan gangguan tonus otot, pada klien hipertensi didapat klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kesemutan atau kebas.

h. Sistem Genitourinaria

Terjadi gangguan pada perkemihan menunjukan inkontinensia urin meningkat, serta penurunan fungsi ginjal, maka akan terjadi kerusakan genitourinaria.

i. Sistem Neurologi

(1) Nervus I (Olfactorius) = Penciuman

(2) Nervus II (Opticus) = Penglihatan

(3) Nervus III (Oculomotoris) = Gerak ekstraokuler mata dan konstriksi dilatasi pupil

(4) Nervus IV (Trochlearis) = Gerak bola mata ke atas ke bawah

(5) Nervus V (Trigeminus) = Sensori kulit wajah, penggerak otot rahang

(6) Nervus VI (Abdusen) = Gerak bola mata ke atas kesamping

(7) Nervus VII (Facialis) = Ekspresi fasial dan pengecapan

(8) Nervus VIII (Glosopharingeus) = Gangguan pengecapan, kemampuan menelan, gerak lidah

(9) Nervus IX (Vagus) = Sensasi faring, gerak vital suara

(10) Nervus X (hipoglossus) = Posisi lidah

(11) Nervus XI (Accesorius) = Gerakan kepala dan bahu

6) Pengkajian Psikososial

Menurut (*Marilynn E. Donge 2016*) yang perlu di kaji pada pasien hipertensi, riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi, euforia atau marah kronis.

a) Aspek Sosial

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

b) Identifikasi masalah emosional

Pertanyaan tahap 1 :

(1) Apakah klien mengalami sukar tidur ?

(2) Apakah klien sering merasa gelisah ?

(3) Apakah klien sering murung ?

(4) Apakah klien khawatir ?

Lanjutkan kepercayaan tahap dua jika jawaban “ya” lebih dari satu atau sama dengan satu.

Pertanyaan tahap II :

- (1) Adakah keluhan lebih dari 3 bulan dalam 1 bulan terakhir ?
- (2) Adakah keluhan lebih dari 1 kali dalam 1 bulan terakhir ?
- (3) Adakah masalah atau keluhan ?
- (4) Adakah gangguan/ masalah dengan anggota keluarga ?
- (5) Apakah klien menggunakan obat tidur atau penenang atas anjuran dokter ?
- (6) Apakah klien cenderung mengurung diri ?

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

7). Pengkajian Spiritual

Aspek spiritual yaitu tentang keyakinan nilai nilai ketuhanan yang dianut, keyakinan akan kematian, kegiatan keagamaan dan harapan klien.

8). Pemeriksaan Penunjang

EKG : Kemungkinan adanya pembesaran ventrikel kiri, pembesaran atrium kiri, adanya penyakit jantung koroner atau aritmia.

Laboratorium : Fungsi ginjal diantaranya urine lengkap (urinalisi) ureum, creatinin, BUN dan asam

urat, serta darah lengkap lainnya

Foto Rontgen : Kemungkinan ditemukan pembesaran jantung
vaskularisasi atau aorta yang lebar

Ekhokardiogram : Tampak penebalan ventrikel kiri, mungkin
sudah terjadi dilatasi dan gangguan fungsi
sistolik dan diastolik

9). Pengkajian Fungsional

a) KATZ Indeks

Indeks katz adalah suatu instrumen pengkajian dengan sistem penilaian yang di dasarkan pada kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsional dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat (Maryam, R. Siti, dkk, 2011).

Tabel 2.2 Katz Index

No	Kegiatan	Mandiri	Bantuan Sebagian	Bantuan Penuh
1	Mandi			
2	Berpakaian			
3	Pergi ke toilet			
4	Berpindah			
5	BAB dan BAK			
6	Makan			

Termasuk/ Kategori manakah klien?

(1) KATZ Indeks A: Mandiri dalam makan, kontinensia

(BAB, BAK), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah, dan mandi

- (2) KATZ Indeks B : Mandiri semuanya kecuali salah satu saja dari fungsi di atas
- (3) KATZ Indeks C : Mandiri, kecuali mandi dan satu lagi fungsi yang lainnya
- (4) KATZ Indeks D : Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi yang lainnya
- (5) KATZ Indeks E : Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan satu fungsi yang lain
- (6) KATZ Indeks F : Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan satu fungsi yang lain.
- (7) KATZ Indeks G : Ketergantungan untuk semua fungsi diatas

Keterangan :

Mandiri tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan aktif dari orang lain. Lansia yang menolak untuk melakukan suatu fungsi dianggap tidak melakukan fungsi, meskipun ia dianggap mampu.

b) Modifikasi dari Barthel Indeks

Indeks Bartel merupakan suatu instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien pasien yang mengalami gangguan keseimbangan, dan menggunakan 10 indikator

Tabel 2.3 Bartel Index

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	2	3	4	5

1.	Makan	5	10	Frekwensi : Jumlah : Jenis :
2.	Minum	5	10	Frekwensi : Jumlah : Jenis :
3.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya	5-10	15	
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	Frekwensi :
5.	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
6.	Mandi	5	15	Frekwensi :
7.	Jalan dipermukaan datar	0	5	
8.	Naik turun tangga	5	10	
9.	Mengenakan pakaian	5	10	
10.	Kontrol BAB	5	10	Frekwensi : Jenis :
11.	Kontrol BAK	5	10	Frekwensi : Jenis :
12.	Olahraga/latihan	5	10	Frekwensi : Jenis :
13.	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10	Frekwensi : Jenis :

Interprestasi

Skor 130 : Mandiri

Skor 65-125 : Ketergantungan sebagian

Skor <65 : Ketergantungan total

10) Pengkajian Status Mental

Ada dua pengkajian status mental identifikasi tingkat kerusakan intelektual yang pertama dengan menggunakan Short Portable Status

Status Questioner (SPSMQ) dan yang kedua dengan menggunakan Mini Mental Status Exam (MMSE).

Ada dua pengkajian status mental identifikasi kerusakan intelektual yang pertama dengan menggunakan Short Portable Status Questioner (SPSMQ) dan yang kedua dengan menggunakan Mini Mental Status Exam (MMSE). Intruksi : ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban.

Catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan dengan SPSMQ.

Tabel 2.4 SPMSQ

Benar	Salah	No	Pertanyaan
		1.	Tanggal berapa hari ini
		2.	Hari apa sekarang ?
		3.	Apa nama tempat ini ?
		4.	Dimana alamat ini?
		5.	Berapa umur anda ?
		6.	Kapan anda lahir? (Minimal tahun lahir)
		7.	Siapa presiden Indonesia sekarang ?
		8.	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?
		9.	Siapa nama ibu anda ?
		10.	Kurangi 3 dari 20 dan tetap kurangi sampai 3x pengurangan
$\Sigma =$			

Score total :

Interprestasi hasil :

Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : Kerusakan intelektuan ringan

Salah 6-8 : Kerusakan intelektuan sedang

Salah 9-10 : Kerusakan intelektual berat

11) Pengkajian Aspek Kongnitif dan Fungsi Mental

Tabel 2.5 MMSE

No	Aspek Kongnitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	2	3	4	5
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar : ° Tahun ° Musim ° Tanggal ° Hari ° Bulan
	Orientasi	5		Dimana kita sekarang berada ° Negara ° Propinsi ° Kota ° PATW/desa/kampong ° Wisma/alamat
2	Registrasi	3		Sebutkan nama 3 objek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tadi. (untuk disebutkan) ° Obyek ° Obyek ° Obyek
3	Perhatian dan Kalkulasi	5		Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat ° 93 ° 86 ° 79 ° 72 ° 65
4	Mengingat	3		Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 point untuk masing2 obyek.
5	Bahasa	9		Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien ° (missal jam tangan) ° (missal pensil) Minta klien untuk mengulang kata berikut : “taka da jika, dan, atau, tetapi”. Bila benar, nilai satu point.

				° Ambil kertas di tangan anda ° Lipat dua ° Taruh dilantai Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai 1 point) ° “Tutup mata Anda” Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat : dan menyalin gambar ° Tulis satu kalimat ° Menyalin gambar
NILAI TOTAL				

Interprestasi hasil :

>23 : Aspek kongnitif dari fungsi mental baik

18-22 : Kerusakan aspek fungsi mental ringan

<17 : Kerusakan aspek fungsi mental berat

12) Pengkajian Keseimbangan

Pengkajian keseimbangan dinilai dari dua komponen utama dalam bergerak, dari kedua komponen tersebut dibagi dalam beberapa gerakan yang perlu diobservasi oleh perawat. Dibawah ini adalah kedua komponen tersebut :

Tabel 2.6 Pengkajian Keseimbangan

KRITERIA	SKOR
1	2
a. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan - Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka - Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi usila mendorong tubuhnya keatas dengan tangan bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.	
Duduk dikursi (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka Menjatuhkan diri kekursi, tidak duduk dikursi,	
Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka	

Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi usila mendorong tubuhnya keatas dengan tangan atau gerakan kebagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.	
Duduk kekursi (dimasukkan dalam analisis) dengan mata tertutup Menjatuhkan diri kekursi, tidak duduk dikursi, Ket. Kursi harus yang keras tanpa lengan.	
Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.	
Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup. Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.	
Perputaran leher (klien sambil berdiri) Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki, keluhan pusing atau keadaan tidak stabil.	
Gerakkkkan menggapai sesuatu Tidak mampu menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung jari-jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan.	
Membungkuk Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bisa berdiri lagi dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun.	
b. Komponen gaya berjalan atau pergerakan	
Minta klien berjalan ketempat yang ditentukan. Ragu-ragu, tersandang, memegang objek untuk dukungan.	
Ketinggian langkah kaki Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (>5cm).	
Konsisten langkah kaki Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai.	
Kesimetrisan langkah Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit.	
Penyimpang jalur pada saat berjalan Tidak berjalan pada garis lurus, bergelombang dari sisi kesisi.	
Berbalik Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyangan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan.	
Skor Total	

Interprestasi hasil :

- 0-5 : Resiko jatuh rendah
- 6-10 : Resiko jatuh sedang
- 11-15 : Resiko jatuh tinggi

2. Analisa data

Dalam menganalisa data terdapat kesenjangan yang timbul pada klien. Data yang telah dikumpulkan sendiri maupun data dari hasil pemeriksaan tenaga kesehatan yang lain dianalisis dengan cara membandingkan hasil pengumpulan data dengan keadaan seharusnya yang dimiliki klien.

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman/respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan/ risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosa keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. (Buku SDKI). Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul adalah :

- a. Nyeri akut (D.007) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia.
- b. Intoleransi aktivitas (D.0056) berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai oksigen.

- c. Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan ketidakmampuan menemukan informasi.
- d. Resiko jatuh (D.0143) berhubungan dengan gangguan penglihatan.
- e. Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur
- f. Ansietas (D.0080) berhubungan dengan kecemasan

4. Perencanaan

Segala treatment yang dikerjakan perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang di harapkan.

- a) Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri meningkat.

Kriteria hasil :

- Tidak mengeluh nyeri
- Tidak meringis
- Tidak gelisah
- Tekanan darah membaik
- Melaporkan nyeri terkontrol
- Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat
- Kemampuan teknik non-farmakologis.

Tabel 2.7 Rencana Intervensi I

INTERVENSI	RASIONAL
1	2
1. Monitor tanda-tanda vital dan pengisian Kapiler	1. Perbandingan dari tekanan memberikan gambaran yang lebih lengkap tentang keterlibatan masalah vaskuler
2. Auskultasi bunyi nafas	2. Pada umumnya pada saat diauskultasi pada pasien hipertensi berat karena adanya hipertropi atrium, perkembangan s3 menunjukkan hipertensi ventrikel dan kerusakan organ tubuh
3. Berikan lingkungan yang nyaman dan tenang	3. Membantu untuk menurunkan rangsang simpatis, meningkatkan relaksasi.
4. Lakukan tindakan-tindakan yang nyaman seperti pijatan punggung dan leher, meningkatkan kepal tempat tidur	4. Mengurangi ketidaknyamanan dan dapat menurunkan rangsang simpatis
5. Anjurkan teknik relaksasi, panduan imajinasi, aktifitas penglihatan	5. Dapat mengurangi ketegangan otot

a) Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia.

Tujuan : Nyeri berkurang sampai dengan hilang

Kriteria hasil :

- Klien dapat mengetahui penyebab nyeri
- Nyeri berkurang
- Ekspresi wajah tenang

Tabel 2.8 Rencana Tindakan Keperawatan Nyeri Akut

INTERVENSI
Intervensi utama Manajemen nyeri Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan keyakinan tentang nyeri Terapeutik - Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan tehnik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi Pemberian analgesik

b) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kemampuan aktivitas rutin meningkat

Kriteria hasil :

- Kesusahan melakukan melakukan aktivitas sehari-hari menjadi bisa melakukan aktivitas sehari-hari
- Kecepatan jalan dari yang dibantu menjadi meningkat
- Jarak berjalan yang masih dibantu menjadi bias berjalan sendiri
- Toleransi dalam menaiki tangga menjadi meningkat
- Keluhan lelah dari yang Lelah menjadi menurun

- Tekanan darah 190/100 mmHg menjadi 130/80 mmHg

Tabel 2.9 Rencana Tindakan Keperawatan Intoleransi Aktivitas

INTERVENSI
Intervensi Utama Manajemen Energi Observasi - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Memonitor pola dan jam tidur - Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Teraupetik - Sediakan lingkungan yang nyaman) - Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif - Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan - Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi - Anjurkan tirah baring - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Anjurkan menghubungi mendatangi fasilitas kesehatan jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang - Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

- c) Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan menemukan informasi

Tujuan : Perilaku menjalankan anjuran membaik

Kriteria Hasil :

- Perilaku sesuai anjuran meningkat
- Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun
- Persepsi keliru tentang masalah menurun
- Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun

Tabel 2.10 Rencana Tindakan Keperawatan Defisit Pengetahuan

INTERVENSI
Intervensi utama Edukasi kesehatan Observasi - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi terapeutik - Sediakan materi dan pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan - Berikan kesempatan bertanya - Gunakan pendekatan promosi kesehatan dengan pengaruh dan hambatan dari lingkungan, social serta budaya Edukasi - Jelaskan penanganan masalah kesehatan - Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan - Ajarkan mengidentifikasi tujuan yang akan dicapai - Ajarkan program kesehatan dalam kehidupan sehari hari

d) Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun.

Kriteria Hasil :

- 1) Risiko jatuh dari tempat tidur menurun
- 2) Risiko jatuh saat berjalan menurun
- 3) Risiko jatuh saat berdiri menurun

Tabel 2.11 Rencana Tindakan Keperawatan Resiko jatuh

INTERVENSI
Pencegahan jatuh (I.14540) 1) Identifikasi factor risiko (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif,

hipotensi ortostatik. Gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2) Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3) Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Morse scale, humpty dumpty) d. Pasang handrail tempat tidur e. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpidah.

e) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan keluhan kesulitan tidur menurun

Kriteria hasil :

- 1) Gangguan pola
- 2) tidur berhubungan
- 3) dengan kurangnya
- 4) kontrol tidur

Tabel 2.12 Rencana Tindakan Keperawatan Gangguan Pola Tidur

INTERVENSI
Intervensi utama : Dukungan Tidur Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi Faktor Pengganggu Tidur 3. Ciptakan suasana lingkungan yang tenang dan nyaman 4. Beri kesempatan klien untuk istirahat/tidur

Terapeutik

1. tetapkan Jadwal tidur rutin
2. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) batasi waktu tidur siang
3. lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
4. sesuaikan jadwal pemberian obat dan/ atau 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

f) **Ansietas (D.0080) berhubungan dengan kecemasan**

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan kecemasan menurun

Kriteria hasil :

- 1) Verbalisasi kebingungan menurun
- 2) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- 3) Perilaku gelisah menurun
- 4) Perilaku tegang menurun
- 5) Keluhan pusing menurun

Tabel 2.13 Rencana Tindakan Keperawatan Ansietas

INTERVENSI
Terapi Relaksasi Observasi 1. Identifikasi penurunan tingkat energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan

teknik sebelumnya

4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan
5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi

Terapeutik

1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan
2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi
3. Gunakan pakaian longgar
4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama
5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai

Edukasi

1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis, music, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)
2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih
3. Anjurkan mengambil posisi nyaman
4. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih
5. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis, napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)

4. Implementasi

Tindakan keperawatan merupakan suatu aktivitas yang dimana dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan menurut (SIKI DPP PPNI, 2017). Tahap ini merupakan pelaksanaan dari semua rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pada tahap ini melibatkan kolaborasi dengan tim kesehatan lainya yang bertanggung jawab terhadap perawatan klien. Perencanaan tindakan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik jika klienn mempunyai keinginan

untuk berpartisipasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan (Nursalam, 2013)

5. Evaluasi

Evaluasi adalah membandingkan suatu hasil dengan standar untuk pengambilan keputusan yang tepat sehingga dapat diketahui sejauh mana tujuan tercapai. Evaluasi dilakukan secara terus menerus pada respon klien pada tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. (Nursalam, 2013).

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP ataupun SOAPIER, sebagai pola pikir :

- S : Ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh klien saat diberikan tindakan keperawatan
- O : Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi dengan menggunakan pengamatan objektif
- A : Analisa perawat setelah mengetahui respons subjektif dan objektif
- P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisa
- I : Implementasi tindakan yang dilakukan berdasarkan rencana keperawatan
- E : Evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan
- R : Kembali ke tindakan/perencanaan

6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi adalah suatu proses informasi, penerimaan, pengiriman, dan evaluasi pusat rencana yang dilaksanakan oleh seorang perawat professional (Ryan, 2009).

Hal-hal pokok dalam prinsip dokumentasi menurut Capernito (1991, dalam Nursalam, 2013) yaitu dokumentasi dilakukan segera setelah setiap langkah keperawatan, catat setiap respon pasien/keluarganya, pastikan kebenaran setiap data yang dicatat, data pasien harus objektif, dokumentasikan dengan baik bila ada perubahan kondisi, muncul masalah baru, harus dihindari dokumentasi yang baku, hindari penggunaan istilah penulisan yang tidak jelas, data ditulis secara sah dengan menggunakan tinta, tidak dibenarkan merubah dokumentasi untuk merubah kesalahan, cantumkan waktu, tanda tangan dan nama jelas perawat untuk setiap kegiatan dokumentasi, wajib membaca setiap tulisan dari anggota team kesehatan yang lain sebelum menulis data terakhir dan dokumentasi harus dibuat dengan tepat jelas dan lengkap.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Nama	: Ny. Y
Umur	: 74 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Status Perkawinan	: Cerai mati
Alamat	: Kp.Cikampil,RT 001 RW 002 Desa Ngamplang, Kec Cilawu Kab Garut
Suku Bangsa	: Indonesia
Tanggal Pengkajian	: 09 Mei 2022
Diagnosa Medis	: Hipertensi
Orang yang dapat di hubungi	: Tn. A
Hubungan dengan lansia	: Anak kandung

b. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri kepala.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang (PQRST)

Pada saat di kaji tanggal 09 Mei 2022 pukul 10.00 WIB, klien mengeluh nyeri kepala, klien tampak memegang kepala dan tampak meringis kesakitan, nyeri dirasakan hilang timbul pada malam hari dan pagi hari ketika bangun tidur, dengan skala nyeri 3 dari (0-5) nyeri dirasakan seperti di tusuk-tusuk. Nyeri dirasakan apabila klien banyak beraktivitas dan berkurang jika klien istirahat, hasil pemeriksaan TD : 170/100 mmHg.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut penuturan klien, dahulu klien mengalami penyakit darah tinggi hingga sekarang. Pengobatan yang dilakukan memeriksakan dirinya ke puskesmas terdekat.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut penuturan klien, bahwa diantara anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit hipertensi yang dirasakan klien saat ini. Klien juga menuturkan bahwa pada anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit menular ataupun penyakit lainnya.

c. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Kesadaran : Compos Mentis dengan GCS= 15
E=4, V=5, M=6.

Penampilan : Tampak Lemah

b. Pemeriksaan TTV

Tekanan Darah	: 170/100 mmHg
Nadi	: 78x/menit
Suhu	: 37°C
Respirasi	: 24x/menit

c. Aspek Biologis

1). Sistem Respirasi

- a). Hidung : lubang hidung simetris antara lubang hidung kiri dan kanan, tidak ada pernafasan cuping hidung, tampak bersih, fungsi penciuman baik, tidak ada nyeri tekan di daerah hidung.
- b). Paru – paru : bunyi paru sonor, bunyi nafas vesikuler, irama teratur, frekuensi nafas 24x/menit.

2). Sistem Kardiovaskuler

Bentuk dada simetris antara kanan dan kiri, tidak ada peningkatan JVP, nadi 78x/menit, irama jantung reguler, bunyi jantung lup dug (S1, S2), tekanan darah 170/100 mmHg.

3). Sistem Pencernaan

Mukosa bibir lembab, keadaan cukup bersih, warna bibir hitam kecoklatan, gigi tampak tidak lengkap, gigi tampak kekuningan, tidak terdapat karang gigi, fungsi menelan baik, fungsi pengecapan baik, bunyi perut tympani, tidak terdapat nyeri tekan dan bising usus 12xmenit.

4). Sistem Integumen

Penyebaran rambut merata, warna rambut hitam beruban, tercium bau pada rambut, warna kulit sawo matang, kulit keriput, turgor kulit ± 2 detik kembali, tidak ada lesi, bentuk kuku cembung, transparan, kuku panjang dan sedikit kotor CRT (*Capillary refill time*) ± 3 detik kembali.

5). Sistem Endokrin

Keadaan leher bersih, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, pergerakan leher baik dan tidak ada nyeri tekan.

6). Sistem Sensori

a). Sistem Mata

Letak mata simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva pucat, sklera putih, reflek pupil baik terbukti saat diberi rangsang gerak reflek mengikuti rangsangan tersebut dan pupil mengecil saat diberi rangsangan cahaya. Fungsi penglihatan kurang baik, terbukti klien tidak bisa membaca papan nama mahasiswa pada jarak ± 35 cm, kadang kadang muncul penglihatan ganda (diplopia).

b). Sistem Telinga

Letak telinga kiri dan kanan simetris, tidak ada edema/lesi maupun benjolan, tidak ada penumpukan

serumen, fungsi pendengaran baik terbukti klien tidak dapat menjawab semua pertanyaan perawat dengan tepat.

7). Sistem Neurologi

a). Nervus I (*Olfactorius*)

Klien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan parfum.

b). Nervus II (*Opticus*)

Klien tidak dapat melihat tulisan dalam jarak $\pm 35\text{cm}$.

c). Nervus III (*Oculomotoris*)

Klien dapat menggerakkan bola mata ke kanan ke sisi pupil isokor.

d). Nervus IV (*Trochlearis*)

Klien dapat menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah.

e). Nervus V (*Abdusen*)

Klien dapat menggerakkan bola mata ke samping kiri dan samping kanan.

f). Nervus VI (*Trigeminus*)

Sensori sensoris kulit wajah klien baik, dapat merasakan goresan kapas pada pipi kanan.

g). Nervus VII (*Facialis*)

Klien dapat menggerakkan alis dan mengerutkan dahi.

h). Nervus VIII (*Vestibulococlear*)

Fungsi keseimbangan klien tidak baik, klien berjalan sempoyongan.

i). Nervus IX, X (Glosopharingeus vagus)

Reflek menelan klien baik.

j). Nervus XI (Hipoglossus)

Klien dapat berbicara baik, tetapi cara bicara klien kurang jelas di dengar dan fungsi lidah baik, terbukti lidah bisa di gerakkan ke segala arah.

k). Nervus XII (Accesorius)

Klien dapat menggerakkan kedua bahunya dan menggerakkan kepalanya.

8). Sistem Muskulosketal

a). Ekstremitas atas :

Letak tangan simetris antara kiri dan kanan, reflek bisep (+), kekuatan otot 4, tidak terdapat nyeri tekan di ekstremitas klien.

b). Ekstremitas bawah :

Letak tangan simetris antara kiri dan kanan, reflek patela (+), kekuatan otot 4, tidak terdapat nyeri tekan dan edema di ekstremitas bawah, kadang-kadang terasa pegal kaki

4	4
4	4

Keterangan :

0 : Otot sama sekali tidak mampu bergerak

1 : Tampak kontraksi ada sedikit gerakan

2 : Mampu menahan tegak tapi dengan sentuhan akan jatuh

3 : Mampu menahan tegak walaupun di dorong tetapi tidak mampu melawan tekan

4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi lain

5 : Kekuatan otot utuh

9). Sistem Perkemihan

Klien mengatakan tidak terdapat keluhan pada sistem perkemihan, dan tidak ada nyeri pada BAK, warna urine klien kuning jernih, menurut klien frekuensi berkemihnya 6-7x/ menit.

d. Pengkajian Psikososial dan Spiritual

a. Psikososial

Klien mampu berinteraksi dengan orang lain, status emosi Ny. Y stabil dan kooperatif ketika diajak bicara sikap, klien baik terhadap orang lain, komunikasi baik, meskipun kurang dimengerti/kurang jelas. Klien tampak bertanya tentang penyakitnya dan makanan pantangan serta cara pencegahan hipertensi.

Klien bisa mengenali orang lain yang ada di sekitar rumah. Baik para keluarga, masyarakat perawat maupun mahasiswa. Klien

berharap selalu bisa bersosialisasi dengan orang lain dan bisa selalu mengikuti setiap kegiatan.

Klien mengatakan tidak mengetahui tentang kondisi penyakit yang di deritanya, klien sering bertanya tanya tentang kondisi penyakitnya, klien tampak bingung ketika mahasiswa memberikan pertanyaan tentang penyakit yang di deritanya, seperti menanyakan penyebab hipertensi, cara mencegah mengobati hipertensi, klien tidak bisa menjawabnya.

b. Masalah Emosional

Pertanyaan tahap I :

- 1) Apakah klien mengalami sukar tidur ? Ya
- 2) Apakah klien sering merasa gelisah ? Ya
- 3) Apakah klien sering murung dan menagis ? Tidak
- 4) Apakah klien sering was-was atau khawatir ? Tidak

Interprestasi : Dilihat dari pertanyaan di atas terdapat jawaban “Ya” lebih dari satu sehingga dilanjutkan ke pertanyaan ke tahap 2 sehingga dapat disimpulkan bahwa klien memiliki masalah emosional, (+).

Pertayaan tahap II :

- 1) Adakah keluhan dari 3 bulan dalam 1 bulan terakhir ? Ya
- 2) Adakah keluhan lebih dari 1 kali dalam 1 bulan terakhir ? Ya
- 3) Adakah masalah atau keluhan ? Ya
- 4) Adakah gangguan/ masalah dengan anggota keluarga ? Tidak

5) Apakah klien menggunakan obat tidur atau penenang atas anjuran dokter ? Tidak

6) Apakah klien cenderung mengurung diri ? Tidak

Interprestasi dan identifikasi masalah emosional yaitu : Positif (+).

c. Pengkajian Spiritual

Klien beragama islam, klien selalu mengikuti pengajian, dan selalu melaksanakan shalat 5 waktu dan mengaji, klien merasa sehat, klien selalu berdoa agar selalu di beri kelancaran dan kemudahan. Klien juga beryakinan bahwa Allah SWT akan selalu melindungi hambanya.

d. Lingkungan Tempat Tinggal

Kondisi tempat tinggal klien sedikit berantakan, lantai klien sedikit licin, jarak kamar klien ke toilet $\pm$ 5 meter, penerangan kamar klien cukup, ventilasi udara cukup.

e. Pola Kegiatan Sehari-hari

Tabel 3.1 Pola Kegiatan Sehari-Hari

No	Jenis	Hasil
1	2	3
1	Nutrisi + cairan : - Nutrisi - Frekuensi - Jenis makanan - Nafsu makan - Frekuensi - Jenis minuman - Frekuensi minum	2-3x/hari (porsi habis) Nasi, sayur, lauk pauk Baik 3x/hari Air putih 6-7x/hari
2	Eliminasi BAK - Frekuensi - Warna - Keluhan	4-5x/hari Kuning jernih Tidak ada

	BAB - Frekuensi - Warna - Konstensitas - Keluhan	1x/hari Kuning khas feses Padat Tidak ada
3	Personal hygiene - Mandi - Gosok gigi - Keramas - Gunting kuku	1x/hari 1x/hari 1x/hari 1x/minggu
4	Istirahat tidur a. Tdur malam Kualitas b. Tidur siang Kualitas Keluhan	5-6 jam/hari Terbangun 1/2jam/hari Tidak nyenyak Klien mengeluh kurang tidur dan sering terbangun di malam hari
5	Aktifitas Latihan/Olahraga Frekuensi Keluhan dalam aktivitas	Senam 1x/minggu Cepat lelah
6	Rekreasi/pemanfaatan di waktu luang	Ngobrol dengan yang ada di sekitar rumah

f. Pengkajian fungsional

1. Katz Indeks

Tabel 3.2 Pemeriksaan Katz Indeks

No	Kegiatan	Mandiri	Bantuan sebagian	Bantuan penuh
1	Mandi	√		
2	Berpakaian	√		
3	Pergi ke toilet	√		
4	Brpindah (berjalan)	√		
5	BAB dan BAK	√		
6	Makan	√		

Interprestasi :

Ny. Y mandiri semuanya, baik mandi, berpakaian, pergi ke toilet, BAB dan BAK, dan makan, berpindah (berjalan) dengan tingkat kemandirian Katz Indeks A.

2. Modifikasi dan Bartel Indeks

Tabel 3.3 Pengkajian Fungsional Klien Dengan Menggunakan Bartel Indeks

No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	keterangan
1	Makan		10	Frekuensi : 3x/hari Jumlah makan: 1 porsi Jenis: nasi + lauk pauk
2	Minum		10	Frekuensi : 2-3 gelas/hari Jenis : air putih
3	Berpindah tempat		10	
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)		10	Frekuensi : 2x/hari
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)		10	
6	Mandi		10	Frekuensi : 2x/hari
7	Jalan dipermukaan datar		10	
8	Naik turun tangga	5		
9	Mengenakan pakaian		10	
10	Kontrol BAB		10	Frekuensi : 2x/hari Konsistensi: padat
11	Kontrol BAK		10	Frekuensi : 3x/hari Warna : putih ke kuning-kuningan
12	Olahraga/latihan		10	Frekuensi : 2x/minggu Jenis : jalan santai
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5		Frekuensi : setiap hari Jenis : nontelevisi, mencuci baju
	Jumlah	125		

Keterangan :

0-20 : ketergantungan penuh total

21-61 : ketergantungan berat

62-90 : ketergantungan moderat

91-99 : ketergantungan ringan

>100 : mandiri

Kesimpulan :

Dilihan dari data diatas Ny.Y skor 125, yaitu dengan keterangan Ny.Y melakukan aktivitas ketergantungan sebagian.

3. Pengkajian Status Mental

a) *Short portable Status Questioner (SPMSQ)*

Tabel 3.4 *Short Portable Status Quesioner (SPMSQ)*

Benar	Salah	No	Pertanyaan
√		01	Tanggal berapa hari ini ?
√		02	Hari apa sekarang ?
√		03	Apa nama tempat ini ?
√		04	Dimana alamat anda ?
√		05	Berapa umur anda
√		06	Kapan anda lahir?
√		07	Siapa presiden indonesia sekarang ?
√		08	Siapa presiden indonesia sebelumnya ?
√		09	Siapa nama ibu anda ?
√		10	Kurang 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari tiap angka baru semua menurun
$\Sigma=10$	$\Sigma=0$		

Skor total : 0

Interprestasi hasil : Fungsi intelektual utuh

Keterangan :

Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : Kerusakan intelektual ringan

Salah 6-8 : Kerusakan intelektual sedang

Salah 9-10 : Kerusakan intelektual berat

b) Identifikasi Aspek Kognitif dan Fungsi Mental dengan menggunakan MMSE (*Mini Mental Status Exam*)

Tabel 3. 5 MMSE (Mini Mental Status Exam)

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	2	3	4	5
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar: √ Tahun √ Musim √ Tanggal √ Hari √ Bulan
	Orientasi	5	5	Dimana kita berada: √ Negara indonesia √ Provinsi JABAR √ Kota Garut
2	Registrasi	3	3	Sbutkan nama 3 objek: √ Objek buku √ Objek pulpen √ Objek jam tangan
3	Perhatian dan kalkulasi	5	5	Meminta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat: 93, 86, 79, 72, 42.
4	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga objek pada no 2 (registrasi) tadi bila benar 1 poin untuk masing-masing objek
5	Bahasa	9	9	Tunjukan pada klien sesuatu benda dan tanyakan namanya pada klien √ Kursi √ Meja √ Jam tangan
				Minta klien untuk mengulangi kata berikut: tidak, ada, jika, dan tetapi, bila benar nilai 1 poin Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari

				3 langkah “ambil kertas di tangan anda, lipat dua dan taruh di lantai” - Ambil kertas di tangan anda - Lipat dua - Taruh di lantai Perintahkan pada klien untuk hl berikut (bila aktivitas sesuai perintah poin 1 - Tutup mata anda Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar - Tulis satu kalimat - Menyalin gambar
	Nilai	30	30	

Keterangan :

24-30 :Tidak ada gangguan kognitif

18-23 : Gangguan kognitif sedang

0-17 : Gangguan kognitif berat

Interprestasi :

Ny. Y memiliki skor 30 dengan keterangan bahwa Ny. Y tidak ada gangguan kognitif.

c) Pengkajian Keseimbangan

Tabel 3.6 Pengkajian Keseimbangan

KRITERIA		SKOR
1		2
1. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan		0
- Bangun dari tempat duduk (dimasukan dalam analisis) dengan mata terbuka		
- Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi usila mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau gerakan ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.		
- Duduk ke kursi (dimasukan dalam analisis) dengan mata terbuka		0

Menjatuhkan diri e kursi, tidak duduk dari kursi	
- Bangun dari tempat duduk (dimasukan dalam analisis) dengan mata terbuka tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi usila mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau gerakan ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.	0
- Duduk ke kursi (dimasukan dalam analisis) dengan mata tertutup Menjathkan diri ke kursi, tidak duduk di kursi. Ket. Kursi harus yang keras tanpa lengan	0
- Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.	0
- Perputaran leher (klien sambil berdiri) Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki, keluhan pusing atau keadaan tidak stabil.	1
- Gerakan menggapai sesuatu Tidak mampu mnggapaisesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung jari-jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan	0
- Membungkuk Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bisa berdiri lagi dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun.	0
2. Komponen gaya berjalan atau pergerakan	1
- Minta klien berjalan ke tempat yang di tentukan. Ragu-ragu, tersandung, memegang objek untuk dukungan	
- Ketinggian langkah kaki Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (>5cm)	0
- Kontinuitas langkah kaki Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai	1
- Kesimetrisan langkah Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit	0
- Penyimpangan jalur pada saat berjalan Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi	0
- Berbalik - Berhenti sebelum memulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan.	0
Skor total	3

Keterangan :

Interprestasi hasil dari pengkajian keseimbangan Ny. Y yaitu 3, rentang ada masalah dengan kriteria resiko jatuh rendah.

Interprestasi hasil :

0-5 : Reiko jatuh rendah

6-10 : Resiko jatuh sedang

11-15 : Resiko jatuh tinggi

2. Analisa Data

Tabel 3.7 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : a. Klien mengeluh nyeri kepala b. Skala nyeri 3 (0-5) DO : a. Klien tampak memegang kepala b. Klien tampak lemah c. Klien tampak meringis d. TTV : - TD : 170/100 mmHg - Nadi : 78x/Menit - Respirasi : 24x/Menit - Suhu : 37°C	Proses degenerative penurunan fisiologi tubuh salah satunya jantung mengalami penurunan fungsi arteri lalu pembuluh darah tidak dapat mengembang peningkatan tensi darah, tekanan vesikuler selebral ikut meningkat sehingga reseptor nyeri di selebral ikut meningkat sehingga reseptor nyeri di serebral teraktifkan sehingga nyeri di persepsikan.	Nyeri akut
2	DS : a. Klien mengatakan matanya berkunang-kunang DO : a. Penglihatan klien mengalami penurunan/ pengadangan (diplopia) b. Cara berjalan klien terlihat sempoyongan dan memegang benda yang ada di sekitarnya c. Lantai keramik klien sedikit licin d. Hasil pengkajian keseimbangan 3	kepala/pusing, adanya keterbatasan penglihatan, Hipertensi menyebabkan nyeri resiko cedera	Resiko jatuh
3	DS : a. Klien mengeluh kurang tidur dan sering terbangun pada malam hari b. Klien sering merasa gelisah DO : a. Klien tampak lemah b. Konjungtiva pucat	Hipertensi menyebabkan kerusakan struktur penyumbatan pembuluh darah, vasokonstriksi ke otak, resistensi pembuluh darah ke otak, gangguan pola istirahat tidur.	Gangguan pola tidur

	c. Frekuensi tidur siang ½ jam d. Frekuensi tidur malam 5-6 jam e. Kualitas tidur tidak nyenyak sering terbangun		
4	DS : a. Klien mengatakan tidak mengetahui tentang kondisi penyakit yang di deritanya DO : a. Klien tampak bingung b. Klien tampak tidak dapat menjawab pertanyaan perawat terhadap penyakit yang sedang di deritanya c. Klien tidak mengetahui cara mencegah hipertensi dan mengobatinya	Proses menua menyebabkan penurunan daya inga, kurang terpaparnya informasi, kurang pengetahuan tentang penyakitnya	Defisit pengetahuan

3. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia, ditandai dengan :

DS :

- a. Klien mengeluh nyeri kepala

DO :

- a. Klien tampak memegang kepala
- b. Klien tampak lemah
- c. Klien tampak meringis
- d. Skalanyaeri 3 (0-5)
- e. TTV :

- TD : 170/100 mmHg
- Nadi : 78x/Menit
- Respirasi : 24x/Menit
- Suhu : 37°C

2. Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan di tandai dengan :

DS :

- a. Klien mengataka matanya berkunang-kunang
- b. Klien mengatakn pusing saat hendak berjalan

DO :

- a. Penglihatan klien mengalami penurunan/pengadaan (diplopia)
- b. Cara berjalan klien terlihat sempoyongan dan memegang benda yang ada di sekitarnya

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur, ditandai dengan:

DS :

- a. Klien mengatakan kurang tidur dan sering terbangun pada malam hari
- b. Klien sering merasa gelisah

DO :

- a. Klien tampak lemah
- b. Konjungtiva pucat
- c. Frekuensi tidur siang ½ jam
- d. Frekuensi malam 5-6 jam
- e. Kualitas tidur tidak nyenyak dan sering terbangun

4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan menemukan informasi, ditandai dengan :

DS :

- a. Klien mengatakan tidak mengetahui tentang kondisi penyakit yang di deritanya

DO :

- a. Klien tampak bingung
- b. Klien tampak tidak dapat menjawab pertanyaan perawat terhadap penyakit yang sedang di deritanya
- c. Klien mengatakan tidak mengetahui cara mencegah dan mengobati penyakit hipertensi

5. Proses Keperawatan (Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi)

Nama : Ny. Y

Umur : 74 Tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Diagnosa : Hipertensi

Tabel 3. 8 Intervensi Keperawatan

1	Diagnosa keperawatan	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasionalisasi		
1	2	3	4	5	6	7
1	Nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia, ditandai dengan : DS : a. Klien mengeluh nyeri kepala b. Skala nyeri 3 (0-5) DO : a. Klien tampak memegangi Kepala	Dalam waktu 3x 12 jam gangguan nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil Jangka pendek : a. Skala nyeri berkurang (1) b. Tekanan darah dalam batas normal 120/80 mmHg c. Nadi normal 60/70x /menit	1. Kaji status nyeri (skala, lokasi, irama, kualitas). 2. Kaji TTV 3. Pertahankan tirah baring 4. Ajarkan teknik relaksasi dan	1. aktivitas yang meningkatkan vasokonstriksi menyebabkan sakit kepala karena adanya peningkatan tekanan vaskuler cerebral. 2. Untuk mengetahui status kesehatan klien. 3. Meminimalkan stimulus dan meningkatkan relaksasi 4. Tindakan yang dapat	Tanggal 10 Mei 2022 Jam 10.00 WIB 1. Mengkaji tingkat nyeri klien: skala nyeri 3 (0-5) 2. Mengkaji TTV : - Nadi: 78x/ Menit - TD: 170/100 mmHg. - Respirasi: 24x/menit	Tanggal 10 Mei 2022 Jam 10.15 WIB S : Klien mengatakan masih merasa pusing dan nyeri kepala O : - Klien tampak lemah - Skala nyeri 3 (0-5) - Klien tampak meringis

	b. Klien tampak lemah c. Klien tampak meringis d. TTV : ▪ TD : 170/100 mmHg ▪ Nadi : 78x/Menit ▪ Respirasi : 24x/Menit ▪ Suhu : 37°C	d.Suhu normal 36°C e.Klien tampak tenang Jangka panjang : a. Nyeri hilang Tekanan dalam batas normal b.Tekanan darah batas normal 120/80 mmHg-140/80 mmHg.	distraksi 5. Berikan obat nonfarmakologi (misalnya pepaya, jus mentimun, tomat, belimbing).	menurunkan tekanan vaskuler dan yang memperlambat respon simopatis efektif dalam menghilangkan sakit kepala dan komplikasi. 5. Tindakan untuk menurunkan tekanan darah secara obat herbal.	- Suhu :37°C 3. Mengajarkan klien untuk tirah baring /beristirahat 4. Membantu klien melakukan teknik relaksasi dan distraksi dengan cara menarik nafas dalam dan menganjurkan klien untuk mendengarkan musik yang di sukainya 5. Memberikan pengobatan non-farmakologi (mentimun, tomat, belimbing)	- TD : 170/100 mmHg A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Kaji status nyeri (skala, durasi, lokasi) - Kaji TTV - Pertahankan tirah baring - Anjurkan teknik relaksasi dan distraksi.
2	Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan di tandai dengan : DS : a. Klien mengatakan	Dalam waktu 1x 24 jam resiko cedera klien dapat teratasi dengan kriteria hasil : Jangka pendek : a. Tidak mengalami	1. Batasi pergerakan klien 2. Observasi lingkungan terhadap bahaya	1. Diharapkan klien dapat terhindar dari injury 2. Untuk menghindari sedini mungkin terhadap terjadinya	Tanggal 10 Mei 2022 Jam 10.20 WIB 1. Menganjurkan klien untuk membatasi pergerakan	Tanggal 10 Mei 2022 Jam 10.40 WIB S : - Klien mengatakan matanya berkunang kunang

	matanya berkunang-kunang b. Klien mengatakan pusing saat hendak berjalan DO : a. Penglihatan klien mengalami penurunan/pengadnaan (diplopia) b. Cara berjalan klien terlihat sempoyongan dan memegang benda yang ada di sekitarnya	dalam perawatan b. Pandangan normal c. Tekanan darah normal 120/80 mmHg d. Klien dapat membatasi gerak terhadap bahaya e. Lingkungan sekitar klien aman Jangka panjang : a. Klien tidak mengalami cedera b. Pandangan mata klien normal	keamanan yang potensial 3. Ubah lingkungan untuk menurunkan bahaya injury 4. Anjurkan dalam penggunaan alat bantu	injury 3. Agar klien terhindar dari bahaya injury 4. Diharapkan dapat membantu aktifitas klien	2. Mengobservasi lingkungan terhadap bahaya keamanan yang potensial - Menyiapkan dan menganjurkan klien untuk memakai sandal jepit 3. Mengajarkan dalam menggunakan alat bantu jalan - Mengajarkan klien memakai tongkat atau kreuk	O : - Penglihatan klien mengalami penurunan/pengadnaan (diplopia) - Cara berjalan klien terlihat sempoyongan dan memegang benda yang ada di sekitarnya - Lantai keramik klien licin - Hasil pengkajian keseimbangan klien 3 A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Batasi pergerakan klien - Observasi lingkungan terhadap bahaya keamanan yang
--	---	---	--	---	---	---

						potensial - Ajarkan dalam penggunaan alat bantu
3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur, ditandai dengan: DS : a. Klien mengatakan kurang tidur dan ering terbangun pada malam hari b. Klien sering merasa gelisah DO : a. Klien tampak lemah b. Konjungtiva pucat c. Frekuensi tidur siang ½ jam d. Frekuensi malam 5-6 jam	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam gangguan pola istirahat tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil : Jangka pendek : a. Kebutuhan tidur klien dalam batas normal 7-8 jam/hari b. Badan segar setelah bangun tidur c. Klien tidak gelisah Jangka panjang : a. Kualitas tidur klien nyenyak b. TTV dalam batas normal 120/80 mmHg	1. Kaji masalah gangguan istirahat tidur klien, dan penyebab kurang tidur 2. Anjurkan klien membereskan/ menciptakan tempat tidur yang nyaman, bersih, dan bantal yang nyaman 3. Anjurkan klien untuk tidur malam seperti pada jam 21.00 WIB malam euai dengan pola tidur klien	1. Memberikan dasar dalam menentukan rencana keperawatan 2. Untuk meningkatkan kualitas tidur 3. Mengatur pola tidur	Tanggal 11 Mei 2022 Jam 11.15 WIB 1. Mengkaji masalah gangguan istirahat tidur klien, dan penyebab kurang tidur Hasil :klien susah tidur dan sering terbangun di malam hari disebabkan karena nyeri kepala 2. Menganjurkan untuk membereskan/menciptakan tempat tidur yang nyaman, bersih, dan bantal yang	Tanggal 11 Mei 2022 Jam 12.00 WIB S : Klien mengatakan masih sulit tidur dan suka terbangun di malam hari O : - Klien tampak lemah - Konjungtiva masih pucat - Frekuensi tidur klien masih kurang dari 4 jam A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Kaji masalah gangguan istirahat tidur klien, karakteristik, dan

	e. Kualitas tidur tidak nyenyak dan sering terbangun				nyaman 3. Menganjurkan klien untuk tidur malam jam 21.00 WIB malam/tidak boleh tidur kemalaman	kurang tidur - Anjurkan klien untuk membereskan/menciptakan tempat tidur yang nyaman bersih, banatal yang nyaman, - Anjurkan klien untuk tidur malam seperti pada jam 21.00 WIB malam sesuai dengan pola tidur klien
4	Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan menemukan informasi, ditandai dengan : DS : a. Klien mengatakan tidak mengetahui kondisi penyakit yang di deritanya DO : a. Klien tampak	Dalam jangka 3x24 jam kurangnya pengetahuan dapat teratasi, dengan kriteria hasil : Jangka pendek : a. Klien mengetahui tentang penyakitnya b. Klien mengetahui cara mencegah hipertensi Jangka panjang ; a. Klien memahami	1. Kaji tingkat pengetahuan klien 2. Anjurkan klien untuk mengungkapkan perasaannya 3. Berikan pendidikan kesehatan tentang	1. Untuk mengetahui sejauh mana tingkat pengalaman klien terhadap penyakit 2. Mengurangi rasa cemas dan khawatir 3. Memberikan pengetahuan agar dapat di mengerti	Tanggal 12 Mei 2022 Jam 13.00 WIB 1. Mengkaji tingkat pengetahuan klien tentang penyakitnya, misalnya dengan menanyakan terlebih dahulu yang diketahui penyakitnya Hasil : klien	Tanggal 12 Mei 2022 Jam 13.30 WIB S : Klien sedikit mengetahui tentang penyakitnya O : Klien tampak terus bertanya-tanya tentang penyakitnya A : Masalah teratasi sebagian P :

	bingung b. Klien tampak tidak dapat menjawab pertanyaan perawat terhadap penyakit yang sedang di deritanya c. Klien mengatakan tidak mengetahui cara mencegah dan mengobati penyakit hipertensi	tentang penyakitnya b. Klien bisa mengobati penyakitnya dengan obat herbal	penyakit hipertensi 4. Berikan dukungan dan motivasi 5. Evaluasi tingkat pengetahuan klien	tentang penyakit hipertensi 4. Untuk memberikan rasa aman pada klien 5. Untuk mengetahui sejauh mana klien memahami	tampak bingung dan tidak bisa menjawab pertanyaan perawat 2. Mengajukan klien untuk mengungkapkan perasaannya 3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit hipertensi 4. Memberikan dukungan dan motivasi	Lanjutkan intervensi - Kaji tingkat pengetahuan klien - Berikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi - Berikan dukungan dan motivasi - Evaluasi tingkat pengetahuan
--	--	--	---	--	--	--

6. Catatan Perkembangan

Nama : Ny. Y

Umur : 74 Tahun

Diagnosa : Hipertensi

Tabel 3.9 CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 1-3

TGL/BLN/JAM	DX	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
1	2	3	4
10/05/2022 Jam 09.00 WIB	I	S : - Klien mengatakan masih merasa pusing dan nyeri kepala O : - Klien tampak lemah - Skala nyeri 3 (0-5) - Klien tampak meringis - TD : 170/100 mmHg A : Nyeri akut P : Lanjutkan Intervensi - Kaji status nyeri (skala, durasi, lokasi) - Kaji TTV - Pertahankan tirah baring - Anjurkan teknik relaksasi dan distraksi	Lalan Sahril Sidik
Jam 09.10 WIB		I : - Mengkaji skala nyeri, skala nyeri 3 (0-5) - Kaji TTV : Tekanan Darah = 170/100 mmHg - Menganjurkan klien meminum obat secara teratur atau meminum obat herbal (jus tomat, belimbing)	
Jam 13.00 WIB		E : Masalah belum teratasi	
10/05/2022 Jam 09.20 WIB	II	S : - Klien mengatakan matanya berkunang-kunang O : - Penglihatan klien mengalami penurunan/pengadaan (diplopia) - Cara berjalan klien terlihat sempoyongan dan memegang benda yang ada di sekitarnya - Lantai keramik klien licin	Lalan Sahril Sidik

Jam 09.30 WIB		- Hasil pengkajian keseimbangan klien 3 A : Resiko cedera P : Lanjutkan intervensi - Batasi pergerakan klien - Observasi lingkungan terhadap bahaya-bahaya keamanan yang potensial - Ajarkan dalam penggunaan alat bantu I : - Membatasi pergerakan klien - Mengobservasi lingkungan terhadap bahaya-bahaya keamanan yang potensial - Mengajarkan dalam penggunaan alat bantu E : Masalah belum teratasi	
10/05/2022 Jam 09.40 WIB Jam 09.40 WIB Jam 13.30 WIB	III	S : - Klien mengatakan masih sulit tidur dan suka terbangun di malam hari O : - Klien tampak lemah - Konjungtiva masih pucat - Frekuensi tidur klien masih kurang dari 4 jam A : Gangguan istirahat tidur P : Lanjutkan intervensi - Kaji masalah gangguan istirahat tidur klien, karakteristik, dan kurang tidur - Anjurkan klien untuk membereskan/menciptakan tempat tidur yang nyaman bersih, bantal yang nyaman - Anjurkan klien untuk tidur malam seperti pada jam 21.00 WIB malam sesuai dengan pola tidur klien I : - Mengkaji masalah gangguan istirahat tidur klien, karakteristik dan penyebab kurang tidur - Menganjurkan klien membereskan/menciptakan tempat tidur yang nyaman, bersih dan bantal yang nyaman - Menganjurkan klien untuk tidur malam jam 21.00 WIB malam/tidak boleh tidur kemalaman E : Masalah belum teratasi	Lalan Sahril Sidik

10/05/2022 Jam 09.50 WIB	V	S : - Klien sedikit mengetahui tentang penyakitnya	Lalan Sahril Sidik
Jam 10.00 WIB		O : - Klien tampak terus bertanya –tanya tentang penyakitnya A : Defisit pengetahuan P : Lanjutkan intervensi - Kaji tingkat pengetahuan klien - Berikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi - Berikan dukungan dan motivasi - Evaluasi tingkat pengetahuan	
Jam 13.50 WIB		I : - Mengkaji tingkat pengetahuan klien - Memberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi - Memberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi - Memberikan dukungan dan motivasi - Mengevaluasi tingkat pengetahuan E : Masalah belum teratasi	

TGL/BLN/JAM	DX	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
1	2	3	4
11/05/2022 JAM 09.00 WIB	I	S : - Klien mengatakan masih merasa pusing dan nyeri kepala	Lalan Sahril Sidik
Jam 09.00 WIB		O : - Klien tampak lemah - Skala nyeri 3 (0-5) - Klien tampak meringis - TD : 170/100 mmHg A : Nyeri akut P : Lanjutkan intervensi - Kaji status nyeri (skala, durasi, lokasi) - Kaji ttv - Pertahankan tirah baring - Anjurkan teknik relaksasi dan distraksi	
Jam 13.00 WIB		I : - Mengkaji skala nyeri, skala nyeri 3 (0-5) - Kaji TTV : TD = 170/100 mmHg	

		- Menganjurkan klien meminum obat secara teratur atau meminum obat herbal (jus tomat, belimbing) E : Masalah belum teratasi	
11/05/2022 Jam 09.20 WIB Jam 09.30 WIB Jam 13.00 WIB	II	S : - Klien mengatakan matanya berkunang-kunang O : - Penglihatan klien mengalami penurunan/pengadaan (diplopia) - Cara berjalan klien terlihat sempoyongan dan memegang benda yang ada di sekitarnya - Lantai keramik klien licin - Hasil pengkajian keseimbangan klien 3 A : Resiko cedera P : Lanjutkan intervensi - Batasi pergerakan klien - Observasi lingkungan terhadap bahaya-bahaya keamanan yang potensial - Ajarkan dalam penggunaan alat bantu I : - Membatasi pergerakan klien - Mengobservasi lingkungan terhadap bahaya-bahaya keamanan yang potensial - Ajarkan dalam penggunaan alat bantu E : Masalah belum teratasi	Lalan Sahril Sidik
11/05/2022 Jam 09.40 WIB Jam 09.40 WIB	III	S : - Klien mengatakan masih sulit tidur dan suka terbangun di malam hari O : - Klien tampak lemah - Konjungtiva masih pucat - Frekuensi tidur klien masih kurang dari 4 jam A : Gangguan istirahat tidur P : Lanjutkan intervensi - Kaji masalah gangguan istirahat tidur klien, karakteristik, dan kurang tidur - Anjurkan klien untuk membereskan/menciptakan tempat tidur yang nyaman bersih, bantal	Lalan Sahril Sidik

Jam 13.30		yang nyaman - Anjurkan klien untuk tidur malam seperti pada jam 21.00 WIB malam sesuai dengan pola tidur klien I : - Mengkaji masalah gangguan istirahat tidur klien, karakteristik, dan penyebab kurang tidur - Menganjurkan untuk membereskan/menciptakan tempat tidur yang nyaman, bersih, dan bantal yang nyaman - Menganjurkan klien untuk tidur malam jam 21.00 WIB malam/tidak boleh tidur kemalaman E : Masalah belum teratasi	
11/05/2022 Jam 09.50 WIB Jam 10.00 WIB Jam 13.50 WIB	V	S : - Klien sedikit mengetahui tentang penyakitnya O : - Klien tampak terus bertanya-tanya tentang penyakitnya A : Defisit pengetahuan P : Lanjutkan intervensi - Kaji tingkat pengetahuan klien - Berikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi - Berikan dukungan dan motivasi - Evaluasi tingkat pengetahuan I : - Mengkaji tingkat pengetahuan klien - Memberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi - Memberikan dukungan dan motivasi - Mengevaluasi tingkat pengetahuan E : Masalah belum teratasi	Lalan Sahril Sidik

TGL/BLN/JAM	DX	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
1	2	3	4
12/05/2022 Jam 09.00 WIB	1	S : - Klien mengatakan nyeri kepala sedikit berkurang	Lalan Sahril Sidik

B. PEMBAHASAN

Dalam pembahasan penulis akan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus selama 5 hari melaksanakan asuhan keperawatan gerontik dengan gangguan sistem kardiovaskuler : Hipertensi pada katz indeks A pada Ny. Y di Puskesmas Cilawu, dengan memperhatikan dan menganalisa tinjauan kasus dengan tinjauan teoritis. Dari hasil perbandingan tersebut akan muncul kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kenyataannya, maka perlu beberapa aspek yang perlu dibahas mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

Selama melakukan pengkajian sampai dengan evaluasi didapatkan hasil yang nyata sesuai dengan gejala-gejala yang ditimbulkan oleh klien. Dimana penggunaan asuhan keperawatan dapat membantu dalam melakukan praktek keperawatan, menyelesaikan masalah keperawatan klien dan memenuhi kebutuhan klien secara ilmiah, sistematis dan terorganisasi yang melalui tahapan-tahapan :

1. Tahap Pengkajian

Kriteria Hipertensi menurut (*Crowin dan Novianti 2015*)

- a. Nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah
- b. Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi

- c. Ayunan langkah yang tidak menutup karena kerusakan susunan saraf pusat (pusing)
- d. Muka merah
- e. Edema dependen dan perkembangan akibat peningkatan tekanan kapiler
- f. Keluar darah dari hidung secara tiba-tiba, tengkuk pegal dan tidak nyaman.

Pada hasil pengkajian yang ditemukan pada Ny. Y hanya muncul tanda dan gejala yang didapatkan adalah :

- a. Nyeri kepala yang disebabkan karena berawal dari proses penuaan menyebabkan terjadinya perubahan-perubahan pada elastisitas dinding aorta terjadi penurunan, katup jantung menebal dan menjadi kaku menyebabkan hipertensi/tekanan darah tinggi. Akibat hipertensi tersebut terjadi kerusakan vaskuler pembuluh darah. Sehingga terjadi penyumbatan pada pembuluh darah dan mengakibatkan vasokonstriksi atau penyempitan pembuluh darah. Vasokonstriksi tersebut mengakibatkan gangguan sirkulasi di otak sehingga resistensi pembuluh darah otak meningkat dan terjadilah nyeri kepala
- b. Pusing yang disebabkan karena dari proses penuaan menyebabkan terjadinya perubahan-perubahan pada elastisitas dinding aorta terjadi penurunan, katup jantung menebal dan menjadi kaku menyebabkan hipertensi/tekanan darah tinggi. Akibat hipertensi tersebut terjadi kerusakan vaskuler pembuluh darah. Sehingga terjadi penyumbatan

pada pembuluh darah dan mengakibatkan vasokonstriksi atau penyempitan pembuluh darah. Vasokonstriksi tersebut mengakibatkan gangguan sirkulasi di otak sehingga suplay oksigen ke otak menurun. Selain itu pada orang dengan lanjut usia terjadi kehilangan elastisitas pembuluh darah. Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah untuk oksigen.

- c. Pola istirahat tidur terganggu karena kebanyakan lansia beresiko mengalami gangguan tidur yang disebabkan oleh banyak faktor. Selama penuaan pola tidur mengalami perubahan-perubahan yang khas yang membedakannya dengan orang-orang lebih muda. Perubahan-perubahan tersebut mencakup sulit tidur, terbangun pada dini hari peningkatan jumlah tidur siang. Ny. Y mengalami kesulitan untuk memulai tidur yang diakibatkan karena nyeri yang dirasakan akibat penyakit
- d. Penglihatan kabur akibat dari kerusakan retina akibat dari tekanan darah terlalu tinggi, menyebabkan dinding pembuluh darah retina menebal dan menyempit sehingga terjadi pembatasan aliran darah menuju retina dan menyebabkan retina menjadi bengkak.
- e. Kurang pengetahuan disebabkan karena ketidakmampuan menemukan informasi tentang penyakit.

Pada tahap pengkajian, klien terlihat cukup kooperatif dan mau mengungkapkan masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi

Ny. Y disini telah terjadi kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kenyataan yang ditemukan oleh penulis.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2017) diagnosa keperawatan yang mungkin muncul, pada klien dengan hhipertensi adalah :

- a. Nyeri akut (D.007) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia.
- b. Intoleransi aktivitas (D.0056) berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai oksigen.
- c. Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan ketidakmampuan menemukan informasi.
- d. Resiko jatuh (D.0143) berhubungan dengan gangguan penglihatan.
- e. Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur
- f. Ansietas (D.0080) berhubungan dengan kecemasan

Tetapi setelah dilakukan tahap pengkajian kepada Ny. Y berdasarkan analisa data yang diperoleh terdapat beberapa masalah keperawatan yaitu :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia.
- 2) Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan.
- 3) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur.

- 4) Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan menemukan informasi.

Masalah keperawatan tersebut muncul berkaitan dengan adanya nyeri akut (nyeri kepala) menyebabkan klien menjadi sulit untuk memulai tidur dan pusing serta mengalami pengaduan (diplopia) pada saat beraktivitas menyebabkan resiko cedera. Adanya gangguan istirahat tidur. Selain itu, klien belum memahami dan belum mengerti tentang penyakit yang dideritanya tersebut.

Kesenjangan yang terjadi pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus yaitu klien tidak mengalami kelebihan volume cairan karena penyakit yang di derita klien belum terlalu parah dan belum menyebabkan gangguan terhadap ginjal, klien tidak mengalami intoleransi aktivitas karena klien masih dapat membatasi aktivitas yang menimbulkan kelelahan sehingga klien masih bisa melakukan aktivitas sehari-hari. Klien juga tidak merasa ansietas karena menganggap penyakit yang di deritanya hal yang biasa akibat kurangnya pengetahuan penyakit yang di derita.

3. Tahap Perencanaan

Perencanaan merupakan suatu dokumentasi tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan dan intervensi keperawatan yang meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi atau mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosa keperawatan (Nursalam, 2016).

Adapun intervensi yang diberikan untuk masalah keperawatan pada Ny. Y yakni :

- a. Nyeri akut, untuk mengatasinya maka diberikan intervensi mengkaji tanda-tanda vital, menggunakan manajemen nyeri (mengajarkan penggunaan teknik non farmakologi : relaksasi, distraksi. Hal ini sesuai dengan intervensi utama manajemen nyeri dijelaskan sebagai pengurangan atau penurunan nyeri hingga mencapai tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien.
- b. Resiko jatuh, untuk mengatasinya maka diberikan intervensi dengan cara memberikan observasi lingkungan terhadap bahaya-bahaya keamanan yang potensial, ubah lingkungan untuk menurunkan bahaya injury, ajarkan dalam penggunaan alat bantu hal ini dikarenakan agar klien terhindar dari bahaya injury. Sehingga intervensi yang dilakukan sesuai dengan masalah keperawatan pada klien.
- c. Gangguan pola tidur, untuk mengatasinya maka diberikan. Kaji masalah gangguan istirahat tidur klien, karakteristik, dan penyebab kurang tidur, anjurkan klien untuk membereskan/menciptakan tempat tidur yang nyaman, bersih, dan bantal yang nyaman, anjurkan klien untuk tidur malam seperti pada jam 21.00 WIB malam sesuai dengan pola tidur klien karena dalam hal ini untuk meningkatkan kualitas tidur klien dengan normal. Sehingga intervensi yang dilakukan sesuai dengan masalah keperawatan pada klien.

- d. Defisit pengetahuan, kurangnya pengetahuan, untuk mengatasinya maka diberikan intervensi dengan cara memberikan kaji tingkat kemampuan/pengetahuan klien tentang penyakit hipertensi, dan pendidikan kesehatan tentang penyakit hipertensi meliputi pengertian, penyebab, tanda gejala, cara pencegahan. Sehingga intervensi yang dilakukan sesuai dengan masalah keperawatan pada klien dengan hasil. Klien bisa memahami pengetahuan tentang kondisi penyakitnya dengan hipertensi.

4. Tahap Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan pada nursing order untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan (Nursalam, 2016).

Adapun implementasi yang dilakukan terhadap masalah keperawatan Ny. Y yakni :

- a. Nyeri (kepala), implementasi yang dilakukan yaitu dengan menggunakan manajemen nyeri (teknik relaksasi dan teknik distraksi), seperti mengajarkan klien teknik relaksasi dan teknik distraksi yang dilakukan dengan cara nafas dalam, mengkaji tanda-tanda vital, membantu memberikan obat pengobatan non-farmakologi seperti (jus tomat, mentimun, belimbing, pepaya), serta mengajarkan senam hipertensi. Setelah dilakukan tindakan Ny. Y merasakan tenang da

berkurang rasa sakit kepala. Implementasi tersebut merupakan tindakan fokus yang dapat meningkatkan kenyamanan

- b. Resiko cedera, untuk mengatasinya dengan membantu pergerakan klien agar tidak terjadi resiko injury dengan cara membantu klien dalam bergerak respon klien menjadi hati-hati mengobservasi lingkungan terhadap bahaya-bahaya keamanan yang potensial cara menjauhkan barang-barang yang berbahaya bagi klien respon klien menjauhkan barang-barang yang berbahaya di sekitarnya, mengubah lingkungan untuk menurunkan bahaya injury. Setelah dilakukan tindakan keperawatan Ny. Y mengetahui agar dapat terhindar dari bahaya injury dengan cara berhati-hati dalam melakukan aktivitas seperti berjalan kaki
- c. Gangguan pola tidur, dilakukan yaitu mengkaji masalah gangguan istirahat tidur klien, karakteristik, dan penyebab kurang tidur, menganjurkan untuk membereskan/menciptakan tempat tidur yang nyaman, bersih, dan bantal yang nyaman, menganjurkan klien untuk tidur malam jam 21.00 WIB malam/tidak boleh tidur kemaleman. Implementasi tersebut merupakan tindakan fokus yang dapat meningkatkan kualitas tidur secara normal.
- d. Kurang pengetahuan, untuk mengatasi dengan mengkaji tingkat kemampuan klien, memberikan pendidikan kesehatan terkait konsep penyakit hipertensi sesuai dengan kondisi klien, dimana Ny. Y bisa menambah ilmu dan pengetahuan tentang kondisi penyakitnya

hipertensi agar klien bisa menjaga dan merawat sekaligus cara mencegah makanan yang harus dikonsumsi maupun makanan yang tidak boleh dikonsumsi. Implementasi tersebut merupakan domain fisiologis dasar yang mencakup perawatan yang meliputi cara pencegahan maupun pengobatan herbal secara alami dalam penyakit hipertensi

5. Tahap Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana intervensi dan implementasinya. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitori “kealpaan” yang terjadi selama tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi evaluasi (Nursalam, 2015).

Dari ke empat masalah yang muncul pada klien, masalah yang dapat diatasi yaitu gangguan pola istirahat tidur, dan defisit pengetahuan. Sedangkan masalah teratasi sebagian yaitu nyeri akut (nyeri kepala) dan resiko cedera karena memerlukan waktu yang panjang dalam proses keperawatan dan pengobatan untuk mencapai pemulihan kondisi yang optimal serta merupakan hal yang normal terjadi sebagai akibat proses penuaan, mengingat usia klien yang sudah memasuki tahapan lanjut usia.

6. Tahap Dokumentasi

Dokumentasi adalah suatu proses informasi, penerimaan, pengiriman, dan evaluasi pusat rencana yang dilaksanakan oleh seorang perawat profesional. Format renpra membantu perawat untuk memproses informasi yang di dapat selama tahap pengkajian dan diagnosa keperawatan (Nursalam, 2015).

Pada tahap ini saya menggunakan proses pengkajian lansia dengan menggunakan komunikasi terapeutik sehingga data yang di dapat bisa akurat dan benar terjadi pada permasalahan yang ada pada diri Ny. Y.

Tertulis pada bab III data data yang di dapat sehingga menghasilkan beberapa diagnosa dan yang di prioritas utamakan adalah “Hipertensi” karena data yang banyak timbulnya mengenai hipertensi diantaranya tekanan darah nya mencapai 170/100 mmHg, dalam tahap pendokumentasian ini saya selaku penulis menemukan beberapa kendala dalam tahap pendokumentasian dan dengan beberapa kali pertemuan dengan pembimbing dan memperbaiki beberapa kekurangan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada klien dengan hipertensi, masalah-masalah yang ditemukan pada klien hanya sebagian saja yang dapat teratasi dikarenakan waktu pelaksanaan intervensi yang begitu singkat. Meskipun begitu, sebagian masalah dapat teratasi berkat kerjasama antara penulis dengan perawat, klien dan tim kesehatan lainnya yang benar-benar ikut berperan dalam mengatasi masalah keperawatan yang dialami klien.

Setelah dilakukan proses keperawatan yang meliputi tahap pengkajian Data, Diagnosa, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi serta hasil Keperawatan pada Ny. Y dengan hipertensi maka didapatkan kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. Y dengan Hipertensi pada Katz Indeks A di Puskesmas Cilawu.

Dalam melakukan pengumpulan data sangat tergantung dari keterlibatan klien serta tingkat perkembangan klien, sehingga dapat dikumpulkan data yang lengkap saat pengkajian dan diatasi secara akurat dan benar pada saat pelaksanaan.

2. Penulis mampu menentukan diagnosa pada Ny. Y dengan Hipertensi pada Katz Indeks A di Puskesmas Cilawu. Respon manusia terhadap suatu masalah yang muncul dari koping individu atau klien itu sendiri.
3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Ny. Y dengan hipertensi pada Katz Indeks A di Puskesmas Cilawu.

Dalam merencanakan tindakan diperlukan pengetahuan tentang penyakit atau masalah yang muncul serta disesuaikan dengan kebutuhan, dalam merencanakan tindakan pada klien, penulis tidak menemukan hambatan, karena pelaksanaan sesuai dengan rencana dan kerja sama antara perawat dan tim kesehatan lainnya.

4. Penulis mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Ny. Y dengan Hipertensi pada Katz Indeks A di Puskesmas Cilawu.

Pada tahap ini penulis melakukan Asuhan Keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Hal yang mendukung dalam melaksanakan Asuhan keperawatan pada kasus ini adalah klien yang dapat diajak bekerjasama dengan baik juga ada dukungan pada saat pelaksanaan, dalam pelaksanaan ini penulis sangat memperhatikan sarana dan prasarana yang tersedia untuk melaksanakan tindakan.

5. Penulis mampu mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan pada Ny. Y dengan Hipertensi pada Katz Indeks A di Puskesmas Cilawu.

Dari empat masalah yang muncul pada klien diatasi yaitu, gangguan pola tidur dan defisit pengetahuan. Sedangkan masalah yang belum teratasi yaitu, nyeri akut (nyeri kepala) dan resiko jatuh.

Masalah keperawatan yang memerlukan waktu yang panjang pada saat proses keperawatan dan pengobatan untuk mencapai pemulihn kondisi yang optimal.

6. Penulis mampu mendokumentasikan proses keperawatan sesuai dengan teori dan tanpa adanya hambatan pada lansia Ny. Y dengan hipertensi pada katz indeks A di Puskesmas Cilawu .

B. Rekomendasi

Setelah penulis memberi Asuhan Keperawatan pada Ny.Y secara sistematis dan kompeherensif penulis akan mengemukakan beberapa saran tentunya yang bersifat membangun ke arah perbaikan bagi pihak-pihak yang terkait, saran-saran tersebut diantaranya ditunjukan kepada :

1. Bagi Ny. Y

Diharapkan klien dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan sekitar secara teratur minimal 1 bulan sekali, Ny. Y dapat memanfaatkan waktu luang dengan melakukan mengontrol tekanan darah dengan cara mengkonsumsi diet rendah garam dan meminum jus seledri, jus belimbing, serta mempertahankan sesuatu yang telah dicapai oleh klien Ny. Y dan jika perlu ditingkatkan lagi, agar tujuan diperoleh tidak hanya sesaat, melainkan tetap bisa mempertahankannya untuk mendapat kondisi yang lebih baik dalam meningkatkan status kesehatan Ny.Y.

2. Bagi Puskesmas Cilawu

Diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan dan meningkatkan kerjasama antara perawat serta seluruh komponen yang terlibat dalam

melakukan Asuhan Keperawatan. Seperti contoh dengan mengadakan program prolanis bagi lansia sebagai suatu usaha untuk kualitas hidup pada lansia dapat lebih baik lagi.

3. Bagi Institut Pendidikan

Dituntut agar mampu memberikan motivasi belajar pada mahasiswa dalam mendapat ilmu yang memadai guna melaksanakan Asuhan Keperawatan dengan praktis, efektif dan efisien serta tepat pada sasaran. Seperti contoh dengan pembekalan ilmu komplementer untuk menurunkan tekanan darah yang tinggi pada lansia dan juga pembekalan supaya bisa melakukan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat khususnya lansia dengan penyakit hipertensi.

4. Bagi Mahasiswa

Agar mahasiswa mampu menerapkan ilmu yang telah didapatkan dari profesi keperawatan yang dipelajari. Sebagai bahan evaluasi tentang pengetahuan penerapan konsep keperawatan gerontik yang didapatkan selama pendidikan untuk diaplikasikan dalam praktik keperawatan secara nyata dengan cara sering memberikan penyuluhan kepada lansia yang mengalami hipertensi dan juga masyarakat umum yang rentan terjadi hipertensi, sehingga wawasan pengetahuan dan keterampilan masyarakat khususnya lansia dapat meningkat sehingga pada akhirnya angka hipertensi pada lansia dapat ditekan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Muhith, 2016. Pendidikan Keperawatan Gerontik. Yogyakarta. CV
- Azizah. (2011). Keperawatan lanjut usia . Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Bandiyah, Siti. (2009). Lanjut Usia dan Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: Nuha Medika
- Brunner & Suddarth, (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2. Jakarta EGC
- Dalami, Ernawati, dkk, Asuhan keperawatan klien dengan gangguan jiwa. Jakarta: Trans Info Media; 2009. h. 18-27
- Depkes RI. (2012). Pedoman Pengelolaan Kegiatan Kesehatan di Kelompok
- Depkes RI. 2013. Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia. <http://www.depkes.go.id/pusdatin/infodatin-lansia.pdf>.
- Doenges, Marilyn E.dkk.2000.Rencana Asuhan Keperawatan & Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien. Edisi III.Alih Bahasa: I Made Kriasa.EGC.Jakarta
- Hakim, Lukman, and Misna Tazkiah. 2019. “Gambaran Karakteristik Penderita Hipertensi Di Puskesmas Pemurus Baru Banjarmasin.” Kendedes Midwifery Journal 1(3): 34–39.
- Hariyanto, A & Sulistyowati, R. (2015). Buku ajar keperawatan medikal bedah 1 : dengan diagnosa SDKI international. Yogyakarta : AR- RUZZ MEDIA. Ilmu.
- Lanjut Usia. Depkes : Jakarta
- Maryam. (2011). Penilaian Sederhana Dan Teori Katz Indeks
- Muhith, Abdul dan Sandu Siyoto. 2016. Pendidikan Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Muttaqin A. Pengantar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem kardiovaskular. Jakarta: Penerbit Salemba Medika; 2009.
- SDKI,SIKI,SLKI. 2017. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis. Jogjakarta: Mediaction.

- Novianti,N., Rahayu,S.M.,& Sarinengsih, Y 2012,'Hubungan Motivasi Intrinsik Pasien Dalam Melaksanakan Kontrol Tekanan Darah Dengan Kejadian Hipertensi Berulang Di Puskesmas Cibiru Tahun 2012', Bhakti Kencana Medika, Vol.2, No.4, Hlm 1-5.
- Nugroho (2008). Keperawatan Gerontik. Buku Kedokteran EGC: Jakarta.
- Nugroho, W. 2015. Keperawatan Gerontik & Geriatrik Edisi 3. Jakarta: EGC
- Nugroho, W. 2015. Keperawatan Gerontik & Geriatrik Edisi 3. Jakarta: EGC
- Nursalam (2002). Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional. Jakarta : Salemba Medika.
- Potter & Perry. 2005. Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Prasetyo, S. N. 2010. Konsep dan Proses Perawatan Nyeri. Yogyakarta: Graha
- Pudjiastuti, sri surini. (2008). Fisioterapi Pada Lansia. Jakarta: EGC
- Reni Windarti. (2018). Hubungan Antara Tingkat Stres Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di Posyandu Bodronoyo Kelurahan Ngegong Kecamatan Manguharjo Kota Madiun. Jurnal Skripsi,Stikes Bhakti Husada Mulia, Madiun.
- Smeltzer & Bare. (2001). Buku AjarKeperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth Vol 2. Jakarta : EGC
- Triyanto, Endang. 2014. Pelayanan Keperawatan bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu. Yogyakarta : Graha Ilmu

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
HIPERTENSI**



**Disusun Oleh :
Lalan Sahril Sidik
KHGA 19112**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
2022**

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Pokok Bahasan : Hipertensi
 Sub Pokok Bahasan : Klien Mengetahui Tentang Hipertensi
 Sasaran : Klien
 Tanggal Pelaksanaan : 09 Mei 2022
 Waktu : 1x45 Menit
 Penyaji : Lalan Sahril Sidik

A. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah mendapatkan penyuluhan, klien mampu memahami dan mengaplikasikan materi penyuluhan dalam kehidupan sehari-hari.

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah mengikuti penyuluhan selama 1x30 menit, klien mampu :

1. Menjelaskan kembali pengertian hipertensi dengan bahasanya sendiri dengan benar.
2. Menyebutkan 4 penyebab hipertensi dengan baik
3. Menyebutkan 5 tanda dan gejala hipertensi dengan baik
4. Menyebutkan contoh makanan yang dianjurkan untuk penderita hipertensi
5. Menyebutkan penatalaksanaan hipertensi dengan baik cara mengatasi dan mencegah hipertensi.

C. MATERI PENYULUHAN

1. Pengertian hipertensi
2. Penyebab hipertensi
3. Klasifikasi hipertensi
4. Tanda dan gejala hipertensi
5. Komplikasi hipertensi
6. Cara mengatasi dan mencegah hipertensi
7. Pengobatan tradisional

D. MEDIA PENYULUHAN

1. Materi pengajaran
2. Leaflet
3. Laptop

E. MEDIA PENYULUHAN

1. Ceramah dan diskusi / tanya jawab tentang hipertensi

F. KEGIATAN PENYULUHAN

No	Waktu	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta
1	3 menit	Pembukaan - Salam perkenalan - Mengingatkan kontrak - Tujuan penyuluhan	- Menjawab salam - Mendengarkan - Mendengarkan

		- Menyebutkan materi yang akan diberikan	- memperhatikan
2	15 menit	Pelaksanaan Menjelaskan tentang : - pengertian hipertensi - penyebab hipertensi - klasifikasi hipertensi - tanda dan gejala hipertensi - komplikasi hipertensi - cara mengatasi dan mencegah hipertensi - pengobatan tradisional - membuka sesi pertanyaan - diskusi dengan klien	- memperhatikan - memperhatikan dan bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan - memperhatikan bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan
3	10 menit	Evaluasi : - mengajukan pertanyaan pada klien - memberikan reinforcement positif atas jawaban yang diberikan	- menjawab pertanyaan
4	2 menit	Terminasi : - mengucapkan terima kasih atas peran serta klien - mengucapkan salam penutup	- mendengarkan - menjawab salam

G. EVALUASI

Evaluasi yang dilakukan dengan tanya jawab adalah :

1. Bagaimana pengertian hipertensi
2. Apa saja penyebab hipertensi
3. Menyebutkan klasifikasi hipertensi
4. Bagaimana tanda dan gejala hipertensi
5. Apa saja komplikasi hipertensi
6. Bagaimana cara mengatasi dan mencegah hipertensi
7. Pengobatan tradisional

MATERI

HIPERTENSI

A. PENGERTIAN

Hipertensi adalah kenaikan tekanan darah melebihi normal, yaitu systole lebih dari 140 mmHg.

B. PENYEBAB HIPERTENSI

Penyebab hipertensi antara lain :

- Stress
- Usia
- Diet
- Merokok
- Obesitas (kegemukan)
- Alkohol
- Faktor keturunan
- Faktor lingkungan (gaduh/bising)

C. KLASIFIKASI

KATEGORI	SISTOLIK mmHg	DIASTOLIK mmHg
Optimal	<120	<80
Normal	<130	<85
High Normal	130-139	85-89
Hipertensi		
Derajat 1	140-159	90-99
Derajat 2	160-179	100-109
Derajat 3	>180	>110

D. TANDA DAN GEJALA

- a. Gelisah
- b. Kepala pusing
- c. Jantung berdebar

- d. Tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg
- e. Gangguan penglihatan
- f. Nafsu makan menurun
- g. Sulit konsentrasi
- h. Mual muntah
- i. Mudah tersinggung

E. KOMPLIKASI

- a. Stroe
- b. Gagal Jantung
- c. Kerusakan gagal ginjal
- d. Kerusakan jaringan otot
- e. Kebutaan

F. CARA MENGATASI DAN PENCEGAHANNYA

Cara mengatasi dan mencegah hipertensi adalah :

- a. Makan – makanan yang bergizi
- b. Menghindari makanan yang berlemak dan mengurangi asin
- c. Menghindari makanan dengan bahan pengawet
- d. Menjaga berat badan agar tetap stabil
- e. Menghindari minum – minuman keras
- f. Menghindari merokok
- g. Istirahat yang cukup
- h. Belajar untuk tenang, menikmati hidup dan selalu bersyukur
- i. Peran keluarga dan individu sangat ditekankan dalam rangka mengatasi hidup orang dengan hipertensi dan mencegah hipertensi.

G. PENGOBATAN TRADISIONAL

- a. Dua buah timun di makan pagi dan sore atau di parut, di peras, diambil airnya diminum pagi dan sore
- b. Dua buah belimbing dimakan pagi dan sore atau parut, diperas, dan diambil airnya diminum pagi dan sore hari
- c. Sepuluh lembar daun salam direbus dalam 2 gelas air sampai rebusannya tinggal 1 gelas, diminum pagi dan sore

- d. Sepuluh lembar daun alpukat direbus dalam 2 gelas air sampai airnya tinggal satu gelas
- e. Satu genggam daun saledri di tumbuk dengan sedikit air di peras lalu di minum pagi dan sore.

DAFTAR PUSTAKA

Budiarto, Eko dan Dewi Anggraini. 2012. Keperawatan Kardiovaskuler edisi 2. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC

Bustan MN. 2012. Pengantar Kardiologi, Jakarta : Rineka Cipta

[Http://www.google.com/book-6341P_hipertensi_pada_lansia-ed2](http://www.google.com/book-6341P_hipertensi_pada_lansia-ed2)

HIPERTENSI

APA ITU HIPERTENSI

Hipertensi yaitu merupakan bagian dari tekanan darah yang persistemnya dimana tekanan sistolik diatas 140 mmHg dan diastolik diatas 90 mmHg.



Penyebab Hipertensi

- Keturunan
- Usia
- Obesitas / Kegemukan
- Kolesterol
- Garam
- Stress
- Rokok
- Kafein
- Alkohol
- Kurang Olahraga

Tanda Dan Gejala

- Sakit kepala,
- Pusing,
- Lemas,
- Sesak nafas,
- Kelelahan,
- Kesadaran menurun,
- Mual,
- Gelisah,
- Muntah,
- Kelemahan otot,
- Sulit tidur
- Epitaksis bahkan ada yang mengalami perubahan mental.

Perawatan

- cegah kegemukan
- Batasi pemakaian garam
- Mulai kurangi pemakaian garam sejak dini
- perbanyak buah dan sayuran
- Hindari minum kopi yang berlebihan
- diet yang sehat seimbang
- Periksa tekanan darah secara teratur.

Pencegahan

- Jaga berat badan
- Kurangi makan makanan berlemak dan garam
- Berhenti merokok dan alkohol
- Kurangi atau tidak minum kopi
- Cukup istirahat dan tidur
- Hindari stress
- Olahraga secara teratur
- Banyak makan sayur dan buah
- Gangguan penyerapan makanan
- Kanker lambung

Makanan yang boleh dikonsumsi

- Beras, tales, kentang, makaroni, mie, bihun, tepung-tepungan,
- Daging ayam, ikan, semua terbatas kurang lebih 50 gram sehari, telur paling banyak satu butir sehari
- Kacang-kacangan kering seperti tahu, tempe, oncom.
- Santan kelapa encer dalam jumlah terbatas
- Sayur yag tidak menimbulkan gas seperti bayam, kangkung, buncis, kacang panjang, taoge, labu siam, oyong, wortel.

Makanan yang boleh dikonsumsi

- f. Semua buah kecuali nangka, durian hanya boleh dalam jumlah terbatas.
- g. Pala, kayu manis, asam, gula, bawang merah, bawang putih, garam tidak lebih 15 gram perhari.
- h. Teh encer, coklat encer

Makanan yang tidak boleh dikonsumsi

- a. Biscuit, krakers, cake dan kue lain yang dimasak dengan garam dapur atau soda
- b. Dendeng, abon, cornet beaf, daging asap, ikan asin, ikan pindang, sarden ikan teri, telur asin
- c. Keju, margarine dan mentega
- d. Makanan yang banyak mengandung kolesterol
- e. sapi, kambing, susu jenuh, cream, keju, mentega, Kelapa, minyak kelapa, margarine

Pengobatan Tradisional

- 1) Buah belimbing
- 2) Mentimun
- 3) Bawang putih
- 4) Daun seledri
- 5) Melon
- 6) Megkudu

Ramuan Obat Tradisional

- 1. $\frac{1}{2}$ kg buah mentimun dicuci bersih
- 2. Dikupas kulitnya kemudian diparut
- 3. Saring airnya menggunakan penyaring/kain bersih
- 4. Diminum setiap hari $\pm$ 1 kg untuk 2 kali minum pagi dan sore hari.

Semoga Lekas Sembuh

SATUAN ACARA PENYULUHAN HIPERTENSI



Oleh :
Lalan Sahril Sidik
KHGA19112

Program Studi DIII
Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut
2022

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Pribadi

Naman Lengkap : Lalan Sahril Sidik
NIM : KHG19112
Tempat, Tanggal Lahir : Garut 25 Desember 1995
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Alamat : Kp.Bunisari RT004 RW006 Desa Sukawargi
Kec.Cisurupan Kab Garut
Email : lalansahrilsidik@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

Tahun 2002 s/d 2008 : SD Negri Sukawargi 1, Kec.Cisurupan, Kab.Garut
Tahun 2008 s/d 2011 : SMP Negri 2 Cisurupan, Kec.Cisurupsn, Kab.Garut
Tahun 2011 s/d 2014 : SMK Negri 9 Garut
Tahun 2019 s/d sekarang : STIKes Karsa Husada Garut
Proram Studi D-III Keperawatan

FORMAT BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
STIKES KARSA HUSADA GARUT

Nama : Lalan Sahril Sidik

NIM : KHGA 19112

Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK NY.Y DENGAN GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER HIPERTENSI
PADA KATZ INDEKS A DI KP.CIKAMPIL, RT 001 RW 002 DESA NGAMPLANG, KEC CILAWU KAB GARUT

Pembimbing : Iwan wahyudi.,M.Kep

NO	TANGGAL	MATERI	SARAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING	PARAF MAHASISWA
1.	29 Juni 2022	Hipertensi	a. Memberikan arahan membuat KTI b. Tanya jawab seputar KTI		
2.	02 Juli 2022	Hipertensi	a. Acc judul b. Lanjut Bab 1		
3.	04 Juli 2022	Hipertensi	Revisi + relevansi data nya kurang lengkap		

4.	06 Juli 2022	Hipertensi	a. Acc Bab 1 b. Lanjut Bab 2		
5.	10 Juli 2022	Hipertensi	a. Tabel sesuai aturan yang ada b. Pahami untuk materi		
6.	11 Juli 2022	Hipertensi	a. Acc Bab 2 b. Lanjut Bab III		
7.	13 Juli 2022	Hipertensi	a. Lengkapi tabel pengkajian keseimbangan b. Dan tabel nya tidak boleh ada tabel yang menggantung		
8.	15 Juli 2022	Hipertensi	Revisi + Lengkapi pembahasan		
9.	16 Juli 2022	Hipertensi	a. Acc Bab III b. Lanjut Bab IV		

10.	17 Juli 2022	Hipertensi	Untuk evaluasi sesuaikan dengan Bab III		
11.	19 Juli 2022	Hipertensi	a. Untuk Bab IV sesuaikan dengan teori b. Untuk bagian daftar pustakanya sesuai dengan materi + revisi		
12.	22 Juli 2022	Hipertensi	a. Acc b. Lanjut siding		