

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DENGAN HIPERTENSI
PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG BABAKAN CAAH
KELURAHAN GALIH PAKUON KECAMATAN
LIMBANGAN KAB.GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan
Program Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

RIZKA PUSPITA Q

KHGA 20123



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

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DENGAN
HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG
BABAKAN CAAH KELURAHAN GALIH PAKUON
KECAMATAN LIMBANGAN KAB.GARUT

NAMA : RIZKA PUSPITA Q

NIM : KHGA20123


KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Siap Untuk Diujikan
Dihadapan Penelaah Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2023

Menyetujui

Pembimbing



Andri Nugraha, M.Kep

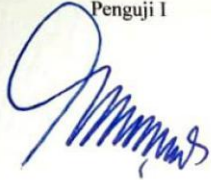
LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DENGAN
HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG
BABAKAN CAAH KELURAHAN GALIH PAKUON
KECAMATAN LIMBANGAN KAB.GARUT
NAMA : RIZKA PUSPITA Q
NIM : KHGA20123

Garut, Juli 2023

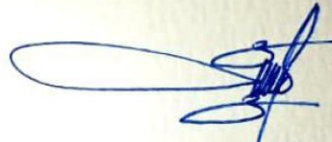
Karya Tulis Ilmiah Ini telah Disidangkan Dan Dipertanggungjawabkan
Di Hadapan Penguji
Menyetujui,

Penguji I



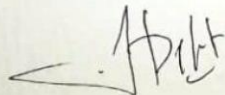
H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kep.

Penguji II



H. Zahara Farhan, M.Kep.

Mengetahui,
Ketua Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti., M.Kep.

Mengesahkan,
Pembimbing



Andri Nugraha, M.Kep.

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG BABAKAN CAAH KELURAHAN GALIH PAKUON KECAMATAN LIMBANGAN KAB.GARUT

Rizka Puspita Q, KHGA20123

IV Bab, 68 Halaman, 16 Tabel, 1 Bagan, 4 Lampiran

Lanjut usia adalah seseorang yang usianya mencapai lebih dari sama dengan 60 tahun berdasarkan Undang Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia (Kemenkes, 2016). Seseorang dikatakan hipertensi bila memiliki tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg. Pada pemeriksaan yang berulang. Tekanan darah sistolik merupakan pengukur utama yang menjadi dasar penentuan diagnosis hipertensi. Tujuan dibuatnya karya tulis ilmiah ini adalah untuk mendapatkan pengalaman yang nyata dalam melakukan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio-psikososial dan spiritual pada klien dengan hipertensi melalui pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Metode penulisan yang digunakan deskriptif berupa studi kasus. Adapun masalah yang ditemukan pada kasus tersebut yaitu nyeri akut, gangguan pola tidur, dan defisit pengetahuan. Perencanaan yang dibuat dalam penelitian ini fokus ditunjukkan pada masalah Kesehatan setiap orang dengan mengacu pada sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan. Dalam melakukan asuhan keperawatan tersebut difokuskan dalam mengatasi penyebab dari hipertensi yang dialami. Hasil evaluasi dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. R menunjukkan perkembangan dari tiga masalah keperawatan tersebut teratasi. Simpulan hasil karya tulis ilmiah ini adalah sesuai dengan perencanaan yang telah disusun sebelumnya, banyak peran keluarga yang mendukung, serta bimbingan dari pembimbing akademik dan adanya setiap tahapan implementasi asuhan keperawatan pada Ny. R dengan Hipertensi pada Katz Indeks A di Kp. Babakan caah Kelurahan Galih pakuon Kecamatan Limbangan Kab. Garut.

Kata Kunci : Lansia, Hipertensi, Asuhan Keperawatan

Daftar Pustaka : 21 buah (2011 – 2022) (buku, artikel dan jurnal)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirohim

Assalamu'alaikum Wr.wb

Puji syukur saya panjatkan kepada ALLAH S.W.T atas Rahmat serta karunia-nya, sehingga saya dapat menyusun dan menyelesaikan tugas akhir Program Studi Diploma III yaitu Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan Hipertensi pada Katz Indeks A di Kampung Babakan Caah Kelurahan Galih Pakuon Kecamatan Limbangan Kab. Garut” pada tahun 2023.

Tujuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah dalam rangka memenuhi syarat dalam menyelesaikan Pendidikan Perguruan Tinggi Diploma III Keperawatan untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan karya tulis ini penulis 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. Dr. H. Hadiat, MA., selaku Ketua Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Suryadi, SE.,M.Si., selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. K. Dewi Budiarti, S.Sos., M.Kes., selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

5. Andri Nugraha, M.Kep, selaku Dosen Pembimbing yang telah memberikan arahan kepada saya sehingga saya dapat Menyusun karya Tulis Ilmiah ini.
6. H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kep, Selaku penguji I dalam menyelesaikan KTI.
7. H. Zahara Farhan, M.Kep, Selaku penguji II dalam menyelesaikan KTI.
8. Seluruh staf dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis dalam pembuatan karya tulis ini dan mendidik penulis selama tiga tahun di STIKes Karsa Husada Garut.
9. Rekan – rekan mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut Program Studi D – III Keperawatan, terutama kelas III C yang yang tidak dapat penulis sebut satu persatu.
10. Ny. R yang telah bersedia menjadi responden dan kesediannya bekerja sama dengan penulis selama melakukan Asuhan Keperawatan.
11. Kedua orang tua saya yang begitu saya cintai, Bapak Zenal Faizin dan Ibu Dede Mulyani atas semua do'a, dukungan semangat, nasehat dan bantuan dalam finansial untuk penulis.
12. Saudara – saudara ku ineu rohmatusyifa, zakia fadilatu syafa dan keluarga besar, terucap rasa terimakasih yang tak terhingga atas untaian do'a dan nasehatnya.
13. Wildan Firdaus, terima kasih telah ikut serta mendo'akan, dan dukungannya.

Dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini, saya telah berusaha sebaik-baiknya dan saya menyadari bahwa dalam Penyusunan Laporan akhir ini, saya masih memiliki kekurangan. Maka dari itu, saya mengharapkan kritikan dan saran yang membangun dari Dosen Pembimbing dan Dosen Penguji terhormat agar saya jadikan pelajaran untuk lebih baik kedepannya dalam menyusun Laporan Akhir.

Akhir kata saya ucapkan terimakasih. Semoga Karya Tulisan Ilmiah ini bermanfaat bagi banyak orang dikemudian hari. Amin. Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Garut, juli 2023

Penulis

(Rizka Puspita Q/ 20123)

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL	vi
BAFTAR BAGAN	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
1. Tujuan Umum	
2. Tujuan Khusus	
C. Rumusan Masalah.....	5
D. Metode Penulisan.....	5
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	
A. KONSEP DASAR LANSIA	7
1. Definisi Lansia	7
2. Klasifikasi Lansia.....	8
3. Karakteristik Lansia	8
4. Permasalahan Lanjut Usia.....	9
B. KONSEP DASAR PENYAKIT	14
1. Definisi	14
2. Klasifikasi	15
3. Etiologi.....	15
4. Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia Pada Hipertensi.....	16
5. Manifestasi Klinis	18
6. Patofisiologi	19
7. Komplikasi.....	22
8. Pemeriksaan Penunjang	22
9. Penatalaksanaan	23
C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN.....	25
1. Pengkajian.....	25
2. Diagnosa Keperawatan	34
3. Perencanaan	35
4. Implementasi.....	38
5. Evaluasi.....	38
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	
A. Tinjauan Kasus	39
1. Pengkajian.....	39

2. Diagnosa.....	53
3. Proses Asuhan Keperawatan	55
4. Catatan Perkembangan.....	59
B. PEMBAHASAN	60
1. Tahap Pengkajian	61
2. Tahap Diagnosa Keperawatan.....	62
3. Tahap Perencanaan	63
4. Tahap Implementasi	64
5. Tahap Evaluasi	64
BAB VI EVALUASI DAN REKOMENDASI.....	
1. Kesimpulan	66
2. Saran	67
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN – LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi	15
Tabel 2.2 Katz Indeks.....	29
Tabel 2.3 Barthel Indeks	30
Tabel 2.4 Short Portable Mental Status Questioner	32
Tabel 2.5 Mini Mental Status Exam (MMSE)	33
Tabel 2.6 Perencanaan.....	35
Tabel 3.1 Aktivitas Sehari – hari (ADL)	45
Tabel 3.2 Katz Indeks.....	46
Tabel 3.3 Barthel Indeks	47
Tabel 3.4 Short Portable Mental Status Questioner	49
Tabel 3.5 Mini Mental Status Exam (MMSE)	49
Tabel 3.6 Pengkajian Apgar Keluarga.....	51
Tabel 3.7 Analisa Data	52
Tabel 3.8 Proses Keperawatan	55
Tabel 3.9 Catatan Perkembangan hari ke-1.....	59
Tabel 3.10 Catatan Perkembangan hari ke-2.....	60

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Phatway.....	21
------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lampiran 1 lembar persetujuan pembimbing
2. Lampiran 2 lembar pengesahan
3. Lampiran 3 lembar satuan acara penyuluhan hipertensi
4. Lampiran 4 lembar leaflet

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu indikator utama tingkat Kesehatan masyarakat adalah meningkatnya usia harapan hidup, dengan meningkatnya usia harapan hidup, berarti semakin banyak penduduk Lanjut Usia (Lansia) (Akbar, Nur, & Widya Nengsih, 2021). Lanjut usia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60. Lanjut usia mengalami berbagai perubahan baik secara fisik, mental maupun sosial. Perubahan yang bersifat fisik, stamina dan penampilan. Hal ini dapat menyebabkan beberapa orang menjadi depresi atau merasa tidak senang saat memasuki masa usia lanjut. Mereka menjadi tidak efektif dalam pekerjaan dan peran sosial, jika mereka bergantung pada energi fisik yang sekarang tidak dimilikinya lagi (Azizah, 2017).

Secara global angka kehidupan lansia di dunia akan terus meningkat. Proporsi penduduk lansia di dunia pada tahun 2050 diperkirakan meningkat menjadi 25,3% dan pada tahun 20100 diperkirakan menjadi 35,1% dari total penduduk (WHO, 2019). Seperti halnya yang terjadi di dunia, Indonesia juga mengalami penuaan penduduk tahun 2019, jumlah lansia Indonesia meningkat menjadi 27,5 juta atau 10,3% dan 57,0 juta jiwa atau 17,9% pada tahun 2045 (Kemenkes, 2019).

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (2021) menunjukkan pada tahun 2020 secara global terdapat 727 juta jiwa yang berusia 65 tahun atau lebih,

sedangkan jumlah lansia di Indonesia saat ini sekitar 29,3 juta orang atau hampir 10% dari total penduduk. WHO menetapkan hipertensi sebagai faktor risiko nomor tiga etiologi kematian di dunia, Perkiraan prevalensi hipertensi tahun 2021 secara global sebesar 1,28 juta diantaranya umur 30-79 tahun dari total penduduk dunia di negara berkembang dan menengah (World Health Organization, 2021).

Cakupan pelayanan Kesehatan penderita hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah dari Jawa Barat tahun 2020 sebesar 34,7%. Berdasarkan hasil Riskesdas 2018, prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran pada penduduk umur > 18 tahun sebesar 39,6 mengalami peningkatan dibandingkan hasil Riskesdas tahun 2013 yaitu sebesar 29,4.

Data Dinas Kesehatan Kabupaten Garut menunjukkan bahwa angka hipertensi di Kabupaten Garut masuk ke dalam 10 besar penyakit tidak menular yang menduduki peringkat ke lima dengan presentase 5,99%. (Puspita and Atoilah 2018). Sedangkan data yang didapatkan dari Puskesmas Limbangan dari tahun 2022 penderita hipertensi berada di peringkat ke 2 dari 10 penyakit dengan penderita sebanyak 202 orang.

Hipertensi yang diderita seseorang erat kaitannya dengan tekanan sistolik dan diastolik atau keduanya secara terus menerus. Tekanan sistolik berkaitan dengan tingginya tekanan pada arteri bila jantung berkontraksi, sedangkan tekanan darah diastolik berkaitan dengan tekanan arteri pada saat jantung relaksasi diantara dua denyut jantung (Hanum and Lubis, 2017).

Penyebab hipertensi pada lanjut usia dikarenakan terjadinya perubahan-perubahan pada elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun, sehingga kontraksi dan volumenya pun ikut menurun, kehilangan elastisitas pembuluh darah karena kurang efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigen, meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer. (Mulyadi, Sepdianto, and Hernanto 2019).

Menurut (Sumarni, Sampurno, and Aprilia, 2016) penyebab yang mempengaruhi tekanan darah pada lanjut usia adalah usia, jenis kelamin, tingkat Pendidikan, aktivitas fisik, faktor genetic (keturunan), asupan makan, dan stress. Gejala yang dirasakan oleh penderita hipertensi antara lain : sakit kepala, pusing, pandangan mata kabur, marah-marah, sulit tidur, nyeri dada, pusing, tengkuk terasa pegal denyut jantung kuat dan cepat. Tanda dan gejala yang muncul ini dapat mengakibatkan perubahan secara fisik, psikologis, mental, sosial maupun spiritual yang terjadi pada lansia dan mempengaruhi kualitas hidup lansia (Pratiwi & Mumpuni, 2017). Hipertensi yang tidak terkontrol dapat menimbulkan gangguan gangguan target organ, dan dapat menyebabkan serangan jantung, stroke, gangguan ginjal, serta kebutaan (Widiani & Ani, 2017).

Kebutuhan dasar yang terganggu pada penderita hipertensi diantaranya adalah gangguan kebutuhan oksigenasi, gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit, gangguan kebutuhan aman nyaman, gangguan kebutuhan aktivitas, gangguan kebutuhan nutrisi. Selain itu, pada lansia hipertensi dapat muncul

masalah keperawatan antara lain : nyeri akut, gangguan pola tidur, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, resiko penurunan curah jantung, intoleransi aktivitas, resiko jatuh, dan defisit pengetahuan (Fajarnia, 2021).

Berdasarkan latar belakang diatas, dengan tingginya penyakit hipertensi pada lansia, maka dari itu penulis merasa tertarik mengambil judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan Hipertensi pada Katz Indeks A di Kampung Babakan Caah Kelurahan Galih Pakuon Kecamatan Limbangan Kab.Garut.”

B. Tujuan Penulisan

Berisi rumusan tujuan yang diharapkan dari hasil implementasi asuhan keperawatan, dianalisa dari konsep asuhan keperawatan.

1. Tujuan umum :

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio-psiko-sosial-spiritual dengan pendekatan proses keperawatan pada klien dengan Hipertensi.

2. Tujuan khusus :

- a. Mampu melakukan pengkajian keperawatan Lansia pada Hipertensi.
- b. Mampu menegakan diagnosa keperawatan berdasarkan Prioritas.
- c. Mampu menyusun rencana keperawatan yang sesuai dengan hasil pengkajian pada klien hipertensi
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah di tetapkan pada klien hipertensi
- e. Mampu mengevaluasi tindakan keperawatan secara objektif.

C. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang di uraikan oleh penulis diatas, maka penulis berniat membuat karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan gerontik pada pasien Hipertensi. Untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebai berikut “Bagaimanakah pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan Hipertensi pada Katz Indeks A di Kampung Babakan Caah Kelurahan Galih Pakuon Kecamatan Limbangan Kab.Garut.”

D. Metode Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang memberikan gambaran nyata dalam asuhan keperawatan yang diberikan, sedangkan teknik pengumpulan data dilakukan secara:

1. Wawancara, yaitu pengumpulan data melalui tanya jawab dengan klien sebagai data subjektif yang berhubungan dengan masalah Kesehatan lain.
2. Observasi, yaitu mengamati prilaku dan keadaan memperoleh data tentang tingkat Kesehatan klien.
3. Pemeriksaan fisik, dilakukan secara keseluruhan dari kepala sampai ujung kaki secara inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi.
4. Studi dokumentasi, yaitu pengumpulan data yang
5. Partisipasi aktif, yaitu berupa kerja sama dengan klien dalam memberikan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa yang tepat, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

E. Sistematika Penulisan

Penyusun Karya Tulis Ilmiah ini disusun secara sistematis yang terdiri dari lima bab, yaitu :

1. BAB I

Merupakan pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, rumusan masalah, metode penulisan, tujuan penulisan, dan sistematika penulisan.

2. BAB II

Merupakan tinjauan teori yang terdiri dari konsep dasar teori lansia dan penyakit hipertensi, konsep masalah keperawatan, konsep dasar Tindakan keperawatan, serta konsep dasar asuhan keperawatan pada pasien hipertensi.

3. BAB III

Merupakan kasus dan pembahasan berisi tentang asuhan keperawatan yang dilaksanakan di lapangan mulai dari pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Sedangkan pembahasan berisi tentang kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus yang ada di lapangan.

4. BAB V

Merupakan penutup yang berisi kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Lansia

1. Definisi Lansia

Lanjut usia adalah seseorang yang usianya mencapai lebih dari sama dengan 60 tahun berdasarkan Undang Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia (Kemenkes, 2016).

Lanjut usia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60. Lanjut usia mengalami berbagai perubahan baik secara fisik, mental maupun sosial. Perubahan yang bersifat fisik antara lain adalah penurunan kekuatan fisik, stamina dan penampilan. Hal ini dapat menyebabkan beberapa orang menjadi depresi atau merasa tidak senang saat memasuki masa usia lanjut. Mereka menjadi tidak efektif dalam pekerjaan dan peran sosial, jika mereka bergantung pada energi fisik yang sekarang tidak dimilikinya lagi (Azizah, 2017).

Menurut *World Health Organization* (WHO), lansia itu adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan kelompok pada manusia yang telah masuk ke tahap akhir di fase kehidupannya. Lanjut usia (lansia) adalah periode penutup dalam rentang hidup seseorang dimulai dari usia 60 tahun hingga meninggal yang ditandai dengan perubahan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain (gamy, 2016).

2. Klasifikasi Lansia

- a. Klasifikasi lansia menurut Burnside dalam Nugroho (2012):
 - 1) Young old (usia 60-69 tahun)
 - 2) Middle age old (usia 70-79 tahun)
 - 3) Old-old (usia 80-89 tahun)
 - 4) Very old-old (usia 90 tahun keatas)
- b. Menurut Depkes RI (2013) klasifikasi lansia terdiri dari:
 - 1) Pra lansia yaitu seseorang yang berusia antara 45-59 tahun
 - 2) Lansia ialah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih
 - 3) Lansia risiko tinggi ialah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah Kesehatan
 - 4) Lansia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa
 - 5) Lansia tidak potensial ialah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

3. Karakteristik Lansia

Karakteristik lansia menurut Ratnawati (2017); Darmojo & Martono (2006) yaitu :

a. Usia

Menurut UU No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia, lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia diatas 60 tahun (Ratnawati, 2017).

b. Jenis kelamin

Data Kemenkes RI (2015), lansia didominasi oleh jenis kelamin perempuan. Artinya, ini menunjukkan bahwa harapan hidup yang paling tinggi adalah perempuan (Ratnawati, 2017)

c. Status pernikahan

Berdasarkan badan Pusat Statistik RI SUPAS 2015, penduduk lansia ditilik dari status perkawinannya Sebagian besar berstatus kawin (60 %) dan cerai mati (37 %). Adapun perinciannya yaitu lansia perempuan yang berstatus cerai mati sekitar 56,04 % dari keseluruhan yang cerai mati, dan lansia laki-laki yang berstatus kawin ada 82,84 %. Hal ini disebabkan usia harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan usia harapan hidup laki-laki, sehingga presentase lansia perempuan yang berstatus cerai mati lebih banyak dan lansia laki-laki yang bercerai umumnya kawin lagi (Ratnawati, 2017).

4. Permasalahan Lanjut Usia

Menurut Suardiman (2011), Kuntjoro (2007), Kartinah (2008), dan siti (2008) usia lanjut rentan terhadap berbagai masalah kehidupan. Permasalahan yang terjadi pada lansia meliputi perubahan fisik, ekonomi, sosial, dan psikologis. Antara lain :

a. Perubahan fisik

1) Perubahan sel dan ekstrasel

Pada lansia mengakibatkan penurunan tampilan dan fungsi fisik. Lansia menjadi lebih pendek akibat adanya pengurangan lebar bahu dan pelebaran lingkaran dada dan perut, dan diameter pelvis. Kulit menjadi tipis dan keriput, masa tubuh berkurang dan masa lemak bertambah.

2) Perubahan kardiovaskuler

Yaitu pada katup jantung terjadi adanya penebalan dan kaku, terjadi penurunan kemampuan memompa darah (kontraksi dan volume) elastisitas pembuluh darah menurun serta meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat.

3) Perubahan sistem pernafasan

Otot-otot pernafasan kekuatannya menurun dan kaku, kapasitas residu meningkat sehingga menarik nafas lebih berat, alveoli melebar dan jumlahnya menurun, kemampuan batuk menurun dan terjadinya penyempitan pada bronkus.

4) Perubahan integument

Terjadi dengan bertambahnya usia mempengaruhi fungsi dan penampilan kulit, dimana epidermis dan dermis menjadi lebih tipis, jumlah serat elastis berkurang dan telinga menebal, vaskularisasi menurun, rambut memutih (uban), kelenjar

keringat menurun, kuku keras dan rapuh serta kuku kaki tumbuh seperti tanduk.

5) Perubahan sistem persyarafan

Terjadi perubahan struktur dan fungsi system saraf. Saraf pancaindra mengecil sehingga fungsi menurun seta lambat dalam merespon dan waktu bereaksi khususnya yang berhubungan dengan stress, berkurangnya atau hilangnya lapisan melin akson sehingga menyebabkan berkurangnya respon motorik dan refleksi.

6) Perubahan musculoskeletal

Sering terjadi pada Wanita pasca menopause yang dapat mengalami kehilangan desintas tulang yang massif dapat mengakibatkan osteoporosis, terjadi bungkuk (kifosis), persendiaan membesar dan menjadi kaku (atrofi otot), kram, tremor, tendon mengerut dan mengalami sklerosis.

7) Perubahan gastrointestinal

Terjadi pelebaran esofagus, terjadi penurunan asam lambung, peristaltic menurun sehingga daya absorpsi juga ikut menurun, ukuran lambung mengecil serta fungsi organ aksesoris menurun sehingga menyebabkan berkurangnya produksi hormon dan enzim pencernaan.

8) Perubahan genitourinaria

Terjadi pengecilan ginjal, pada aliran darah ke ginjal menurun, penyaringan di glomerulus menurun dan fungsi tubulus menurun sehingga kemampuan mengosentrasikan urine ikut menurun.

9) Perubahan pada vesika urinaria

Terjadi pada Wanita yang dapat menyebabkan otot-otot melemah, kapasitasnya menurun, dan terjadi retensi urine.

10) Perubahan pada pendengaran

Yaitu terjadi membrane timpani atrofi yang dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan tulang-tulang pendengaran mengalami kekakuan.

11) Perubahan pada penglihatan

Terjadi pada respon mata yang menurun terhadap sinar, adaptasi terhadap menurun, akomodasi menurun, lapang pandang menurun, dan katarak (Siti dkk, 2008).

a. Masalah ekonomi

Usia lanjut ditandai dengan penurunan produktivitas kerja, memasuki masa pension atau berhentinya pekerjaan utama. Disisi lain, usia lanjut dihadapkan pada berbagai kebutuhan yang semakin meningkat seperti kebutuhan akan makanan yang bergiziz seimbang, pemeriksaan Kesehatan secara rutin, kebutuhan sosial dan rekreasi. Lansia yang memiliki pension kondisi ekonominya

lebih baik karena memiliki penghasilan tetap setiap bulannya. Lansia yang tidak memiliki pension, akan membawa kelompok lansia pada kondisi tergantung atau menjadi tanggungan anggota keluarga (Sudirman, 2011).

b. Masalah sosial

Memasuki masa lanjut usia ditandai dengan berkurangnya ontak sosial, baik dengan anggota keluarga atau dengan masyarakat. Kurangnya kontak sosial dapat menimbulkan perasaan kesepian, terkadang muncul perilaku regresi seperti mudah menangis, mengurung diri, serta merengek-rengok jika bertemu dengan orang lain sehingga perilakunya Kembali seperti anak kecil (kuntjoro, 2007).

c. Masalah Kesehatan

Peningkatan usia lanjut akan diikuti dengan meningkatnya masalah Kesehatan. Usia lanjut ditandai dengan penurunan fungsi fisik dan rentan terhadap penyakit (suardirman, 2011)

d. Masalah psikososial

Masalah psikososial adalah hal-hal yang dapat menimbulkan gangguan keseimbangan sehingga membawa lansia kearah kerusakan atau kemorosotan yang progresif terutama aspek psikologis yang mendadak, misalnya, bingung, panik, depresif, dan apatis. Hal itu biasanya bersumber dari munculnya stressor

psikososial yang paling berat seperti, kematian pasangan hidup, kematian sanak saudara dekat, atau trauma psikis. (Kartinah, 2008)

B. Konsep Penyakit

1. Definisi

Seseorang dikatakan hipertensi bila memiliki tekanan darah sistolik \geq 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik \geq 90 mmHg. Pada pemeriksaan yang berulang. Tekanan darah sistolik merupakan pengukur utama yang menjadi dasar penentuan diagnosis hipertensi (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia, 2015).

Menurut JNC-8 disusun oleh Kayce Bell et al (2015) tentang tatalaksana pengelolaan hipertensi, batas tekanan darah yang masih dianggap normal adalah kurang dari 120/80 mmHg dan tekanan darah 120-139/80-89 mmHg dinyatakan sebagai prehipertensi. Hipertensi derajat 1 dengan tekanan darah 140-159/90-99 mmHg, dan hipertensi derajat 2 dengan tekanan darah $>160/>100$ mmHg.

Menurut chobanian di dalam Kurnia (2021) adalah kondisi peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg berdasarkan dua atau lebih pengukuran tekanan darah. Tekanan sistolik adalah tekanan Ketika jantung berkontraksi atau berdetak memompa darah. Sementara itu, tekanan diastolic adalah tekanan darah Ketika berelaksasi (Yanita, 2022).

2. Klasifikasi

Klasifikasi hipertensi pada orang dewasa menurut Joint National Committee / JNC – 7 (2013), dalam Sya'diyah (2018) terbagi menjadi kelompok normal, prahipertensi, hipertensi stadium I, dan hipertensi stadium II.

Tabel 2.1
Klasifikasi Hipertensi menurut JNC-7

Klasifikasi tekanan darah	tekanan darah sistolik (mmHg)	Tekanan darah diastolic (mmHg)
Normal	<120	<80
Prahipertensi	120-139	80-89
Hipertensi ringan (stadium I)	140-159	90-99
Hipertensi sedang (stadium II)	>160	>100

3. Etiologi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi dipengaruhi oleh faktor genetic dan lingkungan. Faktor risiko terjadinya hipertensi dapat dibagi menjadi faktor risiko yang tidak dapat diubah dan faktor resiko yang dapat diubah (Penangannya n.d.).

a. Faktor risiko yang tidak dapat diubah

- 1) Riwayat keluarga / genetik
- 2) Usia
- 3) Jenis kelamin

b. Faktor risiko yang dapat

- 1) Pola makan tidak sehat
- 2) Kurangnya aktivitas fisik

- 3) Kegemukan
- 4) Konsumsi alkohol berlebihan
- 5) Merokok
- 6) Stres
- 7) Kolesterol tinggi
- 8) Diabetes
- 9) Obstructive sleep apnea atau henti nafas

4. Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia pada Hipertensi

a. Kebutuhan Oksigenasi

Pada penderita hipertensi gangguan kebutuhan yang terganggu salah satunya adalah kebutuhan akan oksigenasi. Gangguan pada fungsi sistem ini dapat secara bermakna memengaruhi kemampuan kita untuk bernapas, mengirimkan gas, dan berpartisipasi dalam aktivitas sehari-hari.

b. Kebutuhan Cairan dan Elektrolit

Pada penderita hipertensi dapat terjadi edema, pada kelebihan volume cairan, rongga intravaskular dan intersisial mengalami peningkatan kandungan air dan natrium.

c. Kebutuhan Aktivitas

Pada penderita hipertensi salah satu tanda dan gejalanya adalah lemas atau kelelahan. Hipertensi menyebabkan gangguan sirkulasi yang akibatnya memberikan dampak buruk pada sistem kardiovaskular, dan pernapasan. Saat ada gangguan sirkulasi pada pembuluh darah, terjadi

penurunan aliran darah sehingga suplai O₂ dan nutrisi ke sel menurun yang dapat menyebabkan fatigue dan intoleransi pada aktivitas.

d. Kebutuhan Nutrisi

Faktor yang memengaruhi nutrisi terhadap hipertensi yaitu keyakinan mengenai makanan, banyak orang mengurangi asupan lemak hewani sebagai respons terhadap bukti yang dipublikasikan melalui televisi, atau majalah, bahwa konsumsi lemak yang berlebihan adalah faktor risiko utama terjadinya penyakit kardiovaskular, misalnya hipertensi. Jadi, orang yang banyak mengonsumsi lemak akan berisiko terkena hipertensi. Pada obat-obatan antihipertensi seperti Hidralazin (Apresoline) dapat menyebabkan anoreksia, mual, muntah, dan konstipasi. Obat metildopa (Aldomet) meningkatkan kebutuhan vitamin B₁₂ dan folat yang dapat menyebabkan mulut kering, mual, muntah, diare, dan konstipasi.

e. Kebutuhan Aman dan Nyaman

Pada penderita hipertensi salah satu tanda gejalanya adalah nyeri kepala, nyeri kepala berhubungan dengan peningkatan darah serebral terjadi karena adanya peningkatan daya kerja jantung dalam memompa darah keseluruh tubuh sehingga terjadi peningkatan tekanan pada pembuluh darah di otak yang menekan serabut saraf di otak sehingga menyebabkan nyeri kepala, meningkatkan tahanan vaskular sebagai akibat dari peningkatan aliran. Sedangkan iskemia disebabkan kurangnya suplai darah akibat sumbatan sirkulasi.

f. **Kebutuhan Personal Hygiene**

personal adalah perawatan diri yang dilakukan orang seperti mandi, eliminasi, higiene tubuh secara umum, dan berhias. Higiene meliputi perawatan kulit, mata, telinga, dan area perineum dan genital. Pada klien dengan hipertensi, dapat terjadi intoleransi aktivitas atau keterbatasan aktivitas karena kelemahan yang diakibatkan oleh penurunan aliran darah sehingga suplai O₂ dan nutrisi tidak sampai ke sel.

5. Manifestasi klinis

Menurut (Aspiani, 2015), gejala umum yang ditimbulkan akibat menderita hipertensi tidak sama pada setiap orang, bahkan terkadang timbul tanpa gejala. Secara umum gejala yang dikeluhkan oleh penderita hipertensi sebagai berikut:

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

Gejala yang dirasakan oleh penderita hipertensi yang sudah berlangsung lama dan tidak diobati maka akan timbul gejala antara lain, sakit kepala, pandangan mata kabur, sesak napas dan terengah-engah, pembengkakan pada ekstremitas bawah, denyut jantung kuat dan cepat (Pratiwi & mumpuni, 2017).

6. Patofisiologi

Faktor predisposisi yang saling berhubungan juga turut serta menyebabkan peningkatan tekanan darah pada pasien hipertensi. Diantaranya adalah faktor primer dan factor sekunder. Factor primer adalah factor genetic, gangguan emosi, obesitas, konsumsi alcohol, kopi, obat-obatan, asupan garam, stress, kegemukan, aktivitas fisik yang berkurang. Sedangkan factor sekunder adalah kelainan ginjal seperti tumor, diabetes melitus, kelainan adrenal, kelainan aorta, kelainan, emdokrin lainnya seperti obesitas, resistensi insulin, hipertiroidisme dan pemakaian obat-obatan seperti kontrasepsi oral dan kortikosteroid (Wijaya & Putri, 2013).

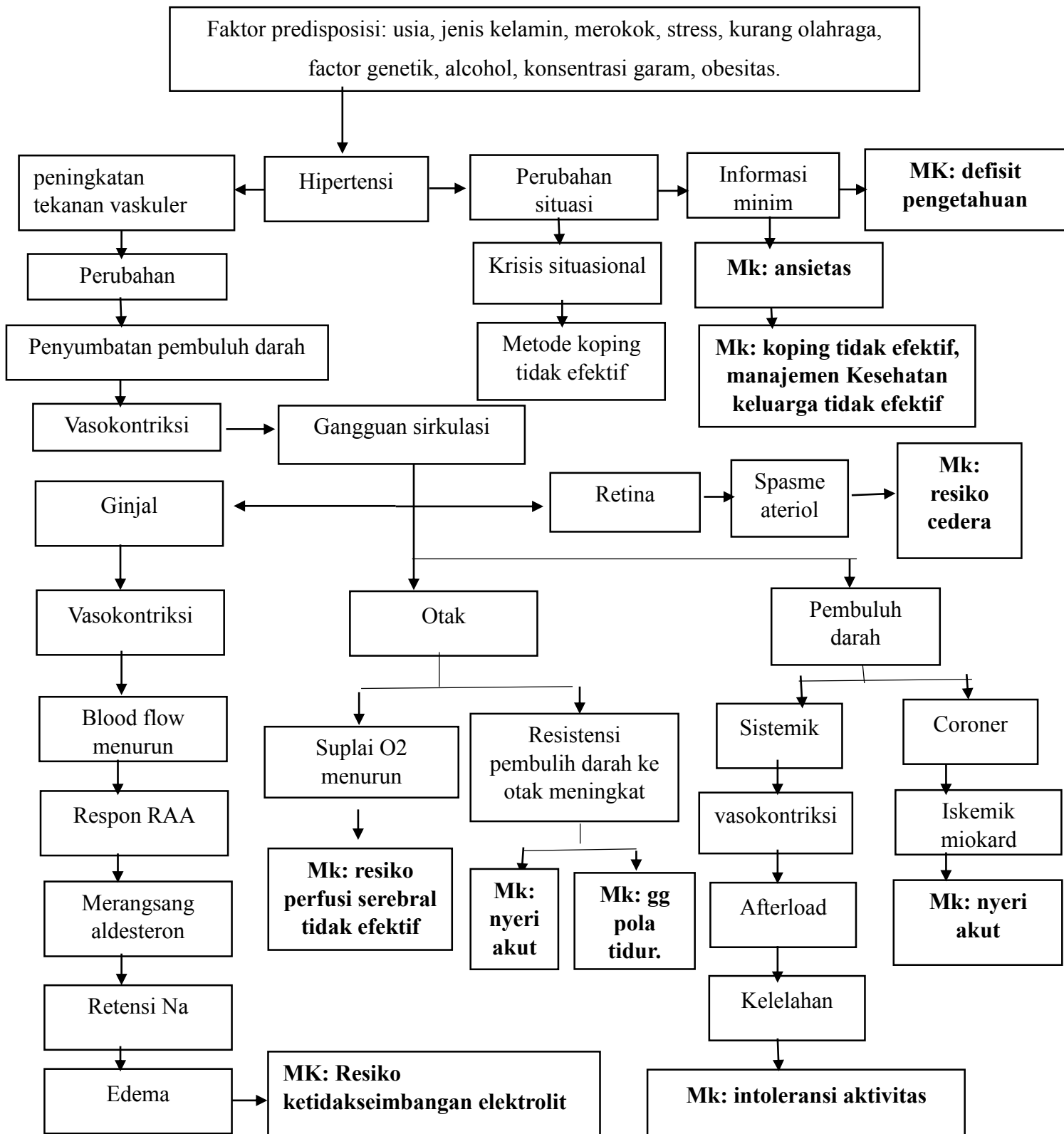
Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jarak saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuro preganglion melepaskan asetikolin, yang akan merangsang serabut saraf paska ganglion ke pembuluh darah. Berbagai factor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor (Nurhidayat, 2015).

Pada saat bersamaan dimana system saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla

adrenal mengsekresi epinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mengsekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah 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 factor tersebut cenderung pencetus keadaan hipertensi (Nurhidayat, 2015).

Pada lansia terjadi perubahan structural dan fungsional pada system pembuluh darah perifer yang bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat, dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang ada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan gaya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup) mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer. (Wijaya & Putri, 2013).

Pathway



Sumber: WOC dengan menggunakan SDKI 2016 (Fajarnia, 2021)

7. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi jika hipertensi tidak terkontrol, antara lain: (Sya'diyah, 2018):

- a. Krisis hipertensi.
- b. Penyakit jantung dan pembuluh darah, seperti: jantung coroner dan penyakit jantung hipertensi, gagal jantung.
- c. Stroke.
- d. Ensefalopati hipertensi, merupakan sindroma yang ditandai dengan perubahan neurologis mendadak yang muncul akibat tekanan arteri meningkat dan akan Kembali normal jika tekanan darah menurun.
- e. Nefrosklerosis hipertensi.
- f. Retinopati hipertensi.

8. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien hipertensi menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) yaitu:

- a. Pemeriksaan laboratorium
 - 1) Hb/Ht, untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (Viskosita) dan dapat mengindikasikan factor resiko seperti hipokoagubilita, anemia.
 - 2) BUN/Kreatinin, memberikan informasi tentang perfusi atau fungsi ginjal.

- 3) Glukosa, Hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin. Urinalis : darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.
- 4) CT scan, mengkaji adanya tumor cerebral, encephalopati.
- 5) EKG, dapat menunjukkan pola renggangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.
- 6) IVP, mengidentifikasi penyebab hipertensi, seperti batu ginjal, perbaikan ginjal.
- 7) Photo dada, menunjukkan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

9. Penatalaksanaan

Menurut Sya'diyah (2018) penatalaksanaan hipertensi secara garis besar dapat dibagi menjadi dua yaitu penatalaksanaan nonfarmakologi dan penatalaksanaan farmakologi:

a. Penatalaksanaan Nonfarmakologi

Tujuan penatalaksanaan hipertensi tidak hanya untuk menurunkan tekanan darah, melainkan juga untuk mengurangi dan mencegah komplikasi. Penatalaksanaan ini dapat dilakukan dengan cara memodifikasi gaya hidup yang dapat meningkatkan factor resiko yaitu dengan:

- 1) Konsumsi gizi seimbang dan pembatasan gula, garam dan lemak.
- 2) Mempertahankan berat badan ideal.
- 3) Gaya hidup aktif atau olahraga teratur.

- 4) Stop merokok.
- 5) Membatasi konsumsi alkohol (bagi yang minum).
- 6) Istirahat yang cukup dan Kelola stress

b. Penatalaksanaan Farmakologi

Berikut penggunaan obat-obatan sebagai penatalaksanaan farmakologis untuk hipertensi:

1) Dieuretik

Obat-obatan jenis dieuretic bekerja dengan mengeluarkan cairan tubuh, sehingga volume cairan tubuh berkurang, tekanan darah turun dan beban jantung lebih ringan.

2) Penyakit beta (beta-blockers)

Mekanis kerja obat antihipertensi ini adalah melalui penurunan laju nadi dan daya pompa jantung. Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada penggunaan obat ini yaitu tidak dianjurkan pada penderita asma bronchial, dan penggunaan pada penderita diabetes harus hati-hati karena dapat menutupi gejala hipoglikemia.

3) Golongan penghambat Angiotensin Converting Enzyme (ACE) dan Angiotensin Receptor Blocker (ARB)

Penghambat Angiotensin Converting Enzyme (ACE inhibitor/ACEi) menghambat kerja ACE sehingga perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II (vasokonstriktor) terganggu. Sedangkan Angiotensin Receptot Blocker (ARB) menghalangi ikatan angiotensin II pada

reseptornya. ACEi maupun ARB mempunyai efek vasodilatasi, sehingga meringankan beban jantung.

4) Golongan Calcium Channel Blockers (CCB)

Calcium Channel Blockers (CCB) menghambat masuknya kalsium ke dalam sel pembuluh darah arteri, sehingga menyebabkan dilatasi arteri koroner dan juga arteri perifer (Kemenkes RI, 2013).

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Anamnesis

1) Identitas Klien

Meliputi nama klien, usia 65-80 tahun mempunyai risiko tinggi terkena hipertensi, terjadi pada semua jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan (Sibarani 2017 dalam Trijayanti 2019).

2) Keluhan Utama

Menurut (Aspiani, 2015), gejala umum yang ditimbulkan akibat menderita hipertensi tidak sama pada setiap orang, bahkan kadang timbul tanpa gejala. Pada penderita hipertensi tidak ada gejala awal, walaupun ada biasanya ringan dan tidak spesifik seperti pusing, tengkuk terasa pegal, dan sakit kepala (Pratiwi & Mumpuni, 2017).

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Gejala – gejala yang mudah diamati pada penderita hipertensi antara lain yaitu, gejala ringan seperti pusing, sakit kepala, sering gelisah, wajah merah, tengkuk terasa pegal, mudah marah, telinga berdenging,

sukar tidur, sesak napas, mudah Lelah, mata berkunang – kunang dan mimisan (Susanto, dalam nahak, 2019).

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Seperti Riwayat penyakit hipertensi sebelumnya, Riwayat pekerjaan yang berhubungan dengan peningkatan aktivitas, Riwayat penggunaan obat – obatan, Riwayat mengkonsumsi alcohol, merokok, dan Riwayat penyakit kronik lain yang diderita klien.

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karena genetik / keturunan.

b. Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan Vital Sign

Yang terdiri dari tekanan darah, nadi, pernafasan, dan suhu. Tekanan darah dan pernafasan pada pasien dengan pasien DM bisa tinggi atau normal, Nadi dalam batas normal, sedangkan suhu akan mengalami perubahan jika terjadi infeksi.

2) Pemeriksaan Kulit

Kulit akan tampak pucat karena Hb kurang dari normal dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan tidak elastis. kalau sudah terjadi komplikasi kulit terasa gatal.

3) Pemeriksaan Kepala dan Leher

Kaji bentuk kepala,keadaan rambut Biasanya tidak terjadi pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar getah bening, dan JVP (Jugularis Venous Pressure) normal 5-2 cmH₂.

4) Pemeriksaan Dada (Thorak)

Pada pasien dengan penurunan kesadaran acidosis metabolic pernafasan cepat dan dalam.

5) Pemeriksaan Jantung (Cardiovaskuler)

Pada keadaan lanjut bisa terjadi adanya kegagalan sirkulasi.

6) Pemeriksaan Abdomen

Dalam batas normal

7) Pemeriksaan inguinal, genetalia, anus

8) Pemeriksaan Muskuloskeletal

Sering merasa lelah dalam melakukan aktifitas, sering merasa kesemutan

9) Pemeriksaan Ekstremitas

Kadang terdapat luka pada ekstermitas bawah bisa terasa nyeri, bisa terasa baal

10) Pemeriksaan Neurologi

GCS :15, Kesadaran Compos mentis Cooperative(CMC)

c. Pola Kebiasaan Sehari – hari

1) Pola nutrisi

Menggambarkan pola nutrisi pada penderita hipertensi apakah diet rendah garam, apakah masih mengonsumsi alcohol, dan makan – makanan yang sehat untuk menjaga diri terbebas dari hipertensi.

2) Pola eliminasi

Menjelaskan pola fungsi ekresi, kandung kemih, defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, dan penggunaan kateter.

3) Pola aktivitas dan istirahat

Pada lansia yang kurang tidur menyebabkan gangguan pada gaya berjalannya lebih lambat, mudah Lelah, keseimbangan aktivitas menurun.

d. Pengkajian Psikososial dan Spiritual

Aspek psikososial adalah setiap perubahan dalam kehidupan individu, baik yang bersifat psikologik maupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik (Depkes, 2011).

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

1) Apakah secara teratur melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan agamanya

2) Apakah secara teratur mengikuti atau terlibat aktif dalam kegiatan agama

3) Apakah lanjut usia terlihat sabar dan tawakal

e. Pengkajian fungsional

1) KATZ Indeks

KATZ Indeks adalah suatu instrumen pengkajian dengan sistem penilaian yang di dasarkan pada kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari – hari secara mandiri. (Maryam,R,Siri,dk,2011).

Tabel 2.2
Pengkajian Katz Indeks

No	Kegiatan	Mandiri	Tergantung
1	Mandi	1	0
2	Berpakaian	1	0
3	Pergi ke toilet	1	0
4	Berpindah	1	0
5	BAB, BAK	1	0
6	Makan	1	0

Analisis Hasil :

Nilai A : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi dan berpakaian.

Nilai B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut.

Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.

Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan.

Nilai E : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.

Nilai F : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, kamar kecil, berpindah, dan satu fungsi tambahan.

Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut.

2) Barthel Indeks

Barthel Indeks merupakan suatu instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional

Tabel 2.3
Pengkajian Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10	Frekuensi Jumlah Jenis
2	Minun	5	10	Frekuensi Jumlah: Jenis
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya	5-10	15	
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, menggosok gigi)	0	5	Frekuensi
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka	5	10	

	tubuh, menyiram)			
6	Mandi	0	5	Frekuensi
7	Jalan diper permukaan datar	0	5	
8	Naik turun tangga	5	10	
9	Mengenakan pakaian	5	10	
10	Control BAB	5	10	Frekuensi Konsistensi
11	Control BAK	5	10	Frekuensi Warna
12	Olahraga / Latihan	5	10	Frekuensi Jenis

Interpretasi :

Skor 130 : mandiri

Skor 65-125 : ketergantungan Sebagian

Skor <65 : ketergantungan total

f. Pengkajian 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 ke pertanyaan 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 atau 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” maka masalah emosional positif (+).

g. Pengkajian Status Mental

Ada dua pengkajian status mental identifikasi tingkat kerusakan intelektual yang pertama dengan menggunakan SPMSQ dan yang kedua dengan menggunakan Mini Mental Status Exam (MMSE).

1) Short Portable Mental Status Questioner

Tabel 2.4
Pengkajian SPMSQ

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

Keterangan :

Salah 0 – 2 : fungsi intelektual utuh

Salah 3 – 4 : kerusakan intelektual ringan

Salah 5 – 7 : kerusakan intelektual sedang

Salah 8 – 10 : kerusakan intelektual berat.

2) Mini Mental Status Exam (MMSE).

Tabel 2.5
Pengkajian MMSE

No	Aspek kognitif	Nilai maksimal	Nilai klien	Kriteria
1	Orientasi	5		
	Orientasi	5		
3	Registrasi	3		
4	Perhatian dan kalkulasi	5		
5	Mengingat	3		
6	Bahasa	9		

Keterangan :

Nilai 24 – 30 : tidak ada gangguan kognitif / normal

Nilai 18 – 23 : gangguan kognitif sedang

Nilai 0 – 17 : gangguan kognitif sedang

h. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) yaitu:

1) Pemeriksaan laboratorium

- a) Hb/Ht, untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (Viskosita) dan dapat mengindikasikan factor resiko seperti hipokoagubilita, anemia.
- b) BUN/Kreatinin, memberikan informasi tentang perfusi atau fungsi ginjal.
- c) Glukosa, Hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin. Urinalis : darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.

- 2) CT scan, mengkaji adanya tumor cerebral, encephalopati.
- 3) EKG, dapat menunjukkan pola renggangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.
- 4) IVP, mengidentifikasi penyebab hipertensi, seperti batu ginjal, perbaikan ginjal.
- 5) Foto dada, menunjukkan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik actual ataupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Diagnosa yang muncul, antara lain:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077).
- b. Gangguan pola tidur (D.0055).
- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.00111).
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056).
- e. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.0009).

3. Perencanaan

Tabel 2.6
Perencanaan

No	Diagnosa	Tujuan & KH	Intervensi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 1x2 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. KH: (L.08066) 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Rekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri Terapeutik 1. Berikan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri 2. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Ajarkan Teknik nonfarmakologis Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.
2	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)	Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 1x2 jam, diharapkan pola tidur membaik. Dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun.	Dukungan tidur (I.05174) Observasi 1. Kaji pola aktivitas dan tidur. 2. Kaji factor pengganggu tidur Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan 2. Jelaskan pentingnya tidur yang cukup. Edukasi 1. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 2. Ajarkan factor – factor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur. 3. Ajarkan relaksasi otot progresif.

3	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi (D.00111).	Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 1x2 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 3. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 4. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 5. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 6. Presepsi yang keliru terhadap masalah menurun.	Edukasi perilaku upaya Kesehatan Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi terapeutik 2. Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Gunakan variasi mode pembelajaran 5. Gubakan pendekatan promosi Kesehatan dengan memperhatikan pengaruh dan hambatan dari lingkungan, sosial serta budaya 6. Berikan pujian dan dukungan terhadap usaha yang positif Edukasi 1. Jelaskan penanganan masalah Kesehatan 2. Informasikan sumber yang tepat yang tersedia di masyarakat 3. Anjurkan menggunakan fasilitas Kesehatan 4. Anjurkan menentukan perilaku spesifik yang akan diubah 5. Ajarkan mengidentifikasi tujuan yang akan dicapai 6. Ajarkan program Kesehatan dalam kehidupan sehari hari.
4	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara supali dan kebutuhan oksigen. (D.0056)	Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 1x2jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat. Dengan kriteria hasil: (I.05047) 1. frekuensi nadi meningkat 2. saturasi oksigen meningkat 3. .keluhan Lelah menurun 4. Dipnea saat aktivitas	Manajemen energi (I.05178) Observasi 1. Menentukan rencana tindakan keperawatan 2. Mengetahui durasi tidur klien yang menjadi penyebab kelelahan.

		menurun	
		5. Dipnea setelah aktivitas menurun	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memperbaiki kondisi tubuh menjadi aktif sedikit demi sedikit untuk mengurangi kelelahan fisik. 2. Memberikan kenyamanan. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi kelelahan fisik. 2. Melatih tubuh agar mampu beradaptasi dengan aktivitas. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan energi kondisi tubuh agar terhidar dari rasa kelelahan.
5	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.0009).	<p>Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 1x2jam diharapkan perfusi perifer adekuat. Dengan kriteria hasil:</p> <p>Perfusi perifer (L.02011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Edema perifer menurun 4. Pengisian kapiler membaik 5. Akral membaik 6. Turgor kulit membaik 	<p>Perawatan sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji sirkulasi perifer 2. Kaji factor resiko gangguan sirkulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan hidrasi pemantauan hasil laboratorium (I.09988) <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji pemeriksaan laboratorium yang diperlukan 2. Monitor hasil lab yang diperlukan 3. Periksa kesesuaian hasil lab dengan penampilan klinis pasien <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interpretasikan hasil pemeriksaan lab <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan dokter jika hasil laboratorium memerlukan intervensi media.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang dilakukan perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan Kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Implementasi merupakan pelaksanaan dari intervensi – intervensi yang telah direncanakan dan ditetapkan (padila, 2013).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan Langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Pada tahap ini evaluasi terdiri dari dua jenis yaitu :

- a. Evaluasi formatif yaitu evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respon segera.
- b. Evaluasi sumatif merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan. Di samping itu, evaluasi juga sebagai tolak ukur suatu tujuan yang mempunyai kriteria tertentu untuk membuktikan apakah tujuan tercapai, tercapai Sebagian atau tidak tercapai (A. Aziz Alimul H, 2009; Ns.Reni Yuli, 2015).

BAB III
TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas

Nama : Ny. R

Usia : 61 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Alamat : Kp. Babakan caah Ds. Galih pakuon
Kec.Limbangan Kab. Garut

Status : Menikah

Diagnosa Medis : Hipertensi

Tanggal Pengkajian : 6 – 4 - 2023

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri kepala.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dikaji tanggal 6 – 4 – 2023 pukul 10.00 WIB. Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala, klien tampak memegang kepala dan tampak merinigis menahan nyeri, nyeri dirasakan hilang timbul, dengan skala nyeri 5 (0 – 10), nyeri dirasakan seperti ditusuk – tusuk dan nyeri menyebar ke daerah tengkuk. Nyeri dirasakan apabila klien banyak beraktivitas dan berkurang jika klien istirahat. Klien juga mengeluh tidurnya terganggu dan sering terbangun pada malam hari apabila nyeri kepala timbul, waktu tidur pada malam hari pukul 23 – 00 WIB – 03 .30 WIB frekuensi tidur malam \pm 3 – 5 jam, mata klien tampak sayup. Klien juga mengeluh tidak mengetahui tentang kondisi penyakit yang dideritanya dan cara pengobatannya, klien tampak tidak dapat menjawab pertanyaan perawat terhadap penyakit yang sedang di deritanya, klien tampak bingung.

c) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan, menderita hipertensi sudah 2 tahun, Klien mengatakan ia pernah dirawat karena penyakit yang saat ini ia derita. Tekanan darah tertinggi klien pernah mencapai 180/100 mmHg dan tekanan darah terendah 130/80 mmHg. Klien mengatakan sering mengkonsumsi goreng – gorengan maupun ikan asin, dan riwayat kontrasepsi klien yaitu menggunakan Kb suntik.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut penuturan klien, ibu dari klien mempunyai Riwayat penyakit hipertensi.

3) Pemeriksaan Fisik

a) Status Kesehatan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda – Tanda Vital

Tekanan Darah: 170/100 mmHg

Nadi : 94 x/mnt

Suhu : 36,2 C

Respirasi : 22 x/mnt

Saturasi Oksigen : 97%

b) Pemeriksaan Fisik

(1)Kepala

Bentuk kepala simetris, tidak ada kelainan, rambut tampak hitam dan beruban, kulit kepala tidak berketombe, kulit kepala bersih, tidak ada benjolan. Pada saat dipalpasi tidak terdapat pembengkakan, tidak ada lesi kepala, terdapat nyeri tekan.

(2)Sistem Penglihatan

Mata tampak simetris antara kiri dan kanan, tidak ada lesi, fungsi penglihatan baik, konjungtiva pucat, sklera berwarna putih, pupil isokor, mata tampak sayup, area bawah mata tampak

hitam, tidak teraba adanya pembengkakan, tidak ada nyeri tekan di daerah mata.

(3) Sistem Pernafasan

Tidak ada pernafasan cuping hidung, pengembangan dada simetris, tidak ada lesi, tidak ada secret, klien tidak mengalami sesak dan tidak menggunakan otot – otot bantu pernapasan, tidak ada nyeri tekan, terdengar bunyi sonor (normal), pada bagian dada kanan dan kiri, suara nafas vesikuler, irama nafas teratur, tidak terdapat suara nafas tambahan.

(4) System Pendengaran

Telinga simetris, tidak terdapat serumen, fungsi pendengaran normal, tidak ada tinnitus, tidak ada nyeri tekan.

(5) System Kardiovaskuler

Bentuk dada simetris antara kiri dan kanan, tidak ada peningkatan vena jugularis. tidak teraba masa, tidak terdapat adanya bunyi pekak, irama jantung regular, suara jantung normal S1 - S2, TD : 170/100 mmHg.

(6) System Pencernaan

Bentuk abdomen sedikit bulat dan datar, tidak ada masa atau pembengkakan pada abdomen, tidak terdapat lesi, tidak ada nyeri tekan, terdengar bunyi tympani, bising usus peristaltic 16 x/menit.

(7)System Perkemihan

Pola BAK 7 kali sehari, warna urin kuning jernih, tidak ada pendarahan, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih.

(8)System Saraf

Kesadaran Ny. R composmentis, GCS : E4 V5 M6, Pengkajian 12 nervus pada Ny. R sebagai berikut :

(a)Nervus olfaktorius (NI)

Penciuman baik, klien dapat membedakan bau – bauan seperti bau minyak kayu putih dan kopi.

(b)Nervus Optikus (NII)

Penglihatan klien baik, klien mampu membedakan benda di sekitarnya.

(c)Nervus Okumolotorus, Trochlearis, Abdusen (NIII, IV, VI)

Pupil klien mengecil jika diberi rangsangan Cahaya, gerakan bola mata simetris, pergerakan mata keatas kebawah baik, pergerakan bola mata baik.

(d)Nervus Trigeminus (NV)

Klien dapat merasakan sentuhan kapas pada wajahnya saat matanya tertutup, dan klien mampu membuka dan menggerakkan rahang dengan baik.

(e)Nervus Fasialis (NVII)

Klien dapat menggrakan alis dan mengerutkan dahi.

(f) Nervus Vestibulo Kochlearis (NVIII)

Fungsi keseimbangan klien baik, saat berjalan klien berjalan dengan lurus.

(g) Nervus Glossofaringeus (NIX)

Reflek menelan baik / mengunyah dan tidak ada nyeri telan.

(h) Nervus Vagus (NX)

Klien dapat menelan.

(i) Nervus Assesorius (NXI)

klien dapat menggerakkan kepala dan menggerakkan kedua bahunya.

(j) Nervus Hipoglosus (NXII)

klien dapat mengeluarkan lidahnya, klien dapat berbicara baik dan jelas di dengar.

(9) System Integumen

Kulit tampak bersih, kulit berwarna sawo matang, turgor kulit baik, kulit teraba hangat, tidak ada lesi, tidak ada edema.

(10) System musculoskeletal

Kedua tangan dan kaki klien tampak sejajar dan sama Panjang, anggota gerak lengkap, tidak ada varises, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan.

4) Aktivitas Sehari – hari (ADL)

Tabel 3.1
Aktivitas Sehari – hari

No.	Pola Kegiatan	Saat Sehat	Saat Sakit
1	Nutrisi + Cairan		
	➤ Nutrisi		
	Frekuensi	3 x/hari (porsi habis)	3 x/hari (porsi habis)
	Jenis Makanan	Nasi, sayur, lauk pauk Tidak ada	Nasi, sayur, lauk pauk Tidak ada
	Keluhan		
	➤ Cairan	5 – 6 x/hari	5 – 6 x/hari
	Frekuensi	Air putih	Air putih
	Jenis	Tidak ada	Tidak ada
	Keluhan		
2	Eliminasi		
	➤ BAK		
	Frekuensi	5 – 7 x/hari	5 – 7 x/hari
	Warna	Kuning khas urin	Kuning khas urin
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	➤ BAB		
Frekuensi	1 – 2 x/hari	1 – 2 x/hari	
Warna	Kuning khas feces	Kuning khas feces	
Konsistensi	Lembek	Lembek	
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada	
3	Personal hygiene		
	Mandi	2 – 3 x/hari	2 – 3 x/hari
	Gosok gigi	2 x/hari	2 x/hari
	Keramas	2 x/minggu	2 x/minggu
	Gunting kuku	1 x/minggu	1 x/minggu
4	Istirahat tidur		
	➤ Tidur siang		
	Frekuensi	± 1 jam/hari	-
	Kualitas	Nyenyak	-
	Keluhan	Tidak ada	Ada
	➤ Tidur malam		
Frekuensi	± 7 jam/hari	± 3 – 5 jam	
Kualitas	Nyenyak	Tidak nyenyak	
Keluhan	Tidak ada	ada	
5	Rekreasi / pemanfaatan di waktu luang	Nonton tv	Jarang

5) Pengkajian Psikososial dan Spiritual

a) Data Psikologis

Klien dapat menjawab pertanyaan dengan jelas dan mudah dipahamai.

Klien mengatakan keadaan emosinya baik, jika ada masalah klien selalu menyelesaikan dengan kepala dingin.

b) Data Sosial

Klien mengatakan dapat bersosialisasi dan mudah bergaul dengan masyarakat dan tidak ada masalah dalam hubungan dengan masyarakat. Klien mengatakan hubungan dengan keluarga baik, harmonis, saling terbuka dan tidak ada masalah dalam hubungan dengan keluarga.

c) Data Spiritual

Klien mengatakan beragama islam dan taat melakukan ibadah shalat 5 waktu. Klien meyakini bahwa penyakit yang diderita adalah cobaan dari Allah Swt, dan terus berdo'a dan berupaya berobat.

6) Pengkajian Fungsional

a) Pengkajian Katz Indeks

Tabel 3.2
KATZ INDEKS

Kategori	Kriteria
KATZ Indeks A	Kemandirian dalam hal makasn, kontinensia (BAB/BAK), berpindah, pergi ke toilet, berpakaian dan mandi.
KATZ Indeks B	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari – hari, kecuali salah satu dari fungsi tersebut di atas.
KATZ Indeks C	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari – hari, kecuali mandi dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut diatas.

KATZ Indeks D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari – hari, kecuali mandi, berpakaian dan salah satu fungsi lain tersebut di atas.
KATZ Indeks E	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari – hari, mandi, berpakaian, ke toilet salah satu dari fungsi lain tersebut di atas.
KATZ Indeks F	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari – hari, mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan salah satu dari fungsi lain tersebut di atas.
KATZ Indeks G	Ketergantungan untuk semua (enam) fungsi yang tersebut di atas lain – lain.
Lain – lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C, D, E atau F.

Dari hasil pengkajian didapatkan Katz Indeks Ny. R berada pada Katz Indeks A yang berarti Ny. R mandiri dalam hal makan, kontinensia (BAB, BAK), berpindah, pergi ke toilet, berpakaian dan mandi

b) Modifikasi dari Barthel Indeks

Tabel 3.3
BARTHEL INDEKS

NO	KRITERIA	SCORE	KETERANGAN
1	Makan	10	Fekkuensi : 3 x/hari Jenis : nasi, sayur, daging Jumlah : 1 porsi habis
2	Minum	10	Frekuensi : 5 – 6 x/hari Jenis : Air putih
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur atau sebaliknya	15	Pasien tidak memakai kursi roda, dan pasien tidak menggunakan alat bantu lainnya.
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	5	Frekuensi cuci muka dan gosok gigi : 3 x/hari
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	10	Klien selalu mencuci pakaian, membersihkan tubuh secara mandiri tanpa bantuan orang lain.
6	Mandi	15	Frekuensi : 2 x/hari.
7	Jalan di permukaan datar	5	Klien tidak menggunakan alat bantu untuk berjalan, dan tidak dibantu oleh orang lain.
8	Naik turun tangga	10	Klien tidak menggunakan alat bantu untuk naik turun tangga, dan tidak

			dibantu oleh orang lain.
9	Menggunakan pakaian	15	Klien selalu mandiri dalam menggunakan pakaian.
10	Kontrol BAK	5	Frekuensi : 5 – 7 x/hari Warna : Kuning khas urin Keluhan : Tidak ada
11	Kontrol BAB	10	Frekuensi : 1 – 2 x/hari Warna : Kuning khas feces Keluhan : Tidak ada
12	Olahraga/Latihan	10	Jarang

Interpretasi Hasil :

Skor 130 : Mandiri

Skor 65 – 125 : Ketergantungan Sebagian

Skor <65 : Ketergantungan Total

Dari hasil pengkajian didapatkan nilai Barthel indeks pada Ny. R yaitu 130 yang berarti mandiri.

7) Pengkajian Emosional

Pertanyaan tahap 1 :

- 1) Apakah klien mengalami sukar tidur? Ya
- 2) Apakah klien sering mengalami gelisah? Tidak
- 3) Apakah klien sering murung/menangis sendiri? Tidak
- 4) Apakah klien sering was – was atau khawatir? Tidak
- 5) Apakah klien cenderung mengurung diri? Tidak

Interpretasi Hasil : Dari hasil pengkajian didapatkan bahwa masalah emosional Ny. R negatif (-).

8) Pengkajian Status Mental

a) Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)

Tabel 3.4
Pengkajian SPMSQ

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN & JAWABAN
✓		1	Tanggal berapa hari ini? 6
✓		2	Hari apa sekarang? Kamis
✓		3	Apa nama tempat ini? Rumah
✓		4	Dimana alamat anda? Kp. Babakan caah
✓		5	Berapa umur anda? 61
	✓	6	Kapan anda lahir? 61
✓		7	Siapa presiden Indonesia sekarang? Joko Widodo
	✓	8	Siapa presiden sebelumnya?
✓		9	Siapa nama ibu anda? Miya
✓		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari tiap angka baru semua secara menurun. 17, 14, 11.
Benar : 8 Salah : 2			

Keterangan :

Salah 0 – 2 : fungsi intelektual utuh

Salah 3 – 4 : kerusakan intelektual ringan

Salah 5 – 7 : kerusakan intelektual sedang

Salah 8 – 10 : kerusakan intelektual berat.

Interpretasi : Ny. R menjawab pertanyaan 2 salah, ini menunjukkan bahwa Ny. R memiliki fungsi intelektual utuh.

b) Pengkajian Mini Mental Stase Examination (MMSE)

Tabel 3.5
Pengkajian MMSE

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimum	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : ✓ 2023 ✓ Hujan ✓ 6 ✓ Kamis ✓ April
2	Orientasi	5	5	Dimana kita berada :

				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indonesia ✓ Jawa barat ✓ Garut ✓ Kp. Babakan caah ✓ Rumah
3	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 objek <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pulpen ✓ Penggaris ✓ Kertas
4	Perhatian dan Kalkulasi	5	3	Meminta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali. <ul style="list-style-type: none"> ✓ 93 ✓ 86 ✓ 79 • 72 • 65
5	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga objek pada no 2 (registrasi) tadi bila benar 1 poin untuk masing- masing objek.
6	Bahasa	9	8	<p>Memberi nama (naming) Tunjukan pada klien suatu benda dan tanyakan Namanya pada klien</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Jam tangan ✓ Hp <p>Pengulangan Minta klien untuk mengulangi kalimat setelah kita sebutkan lebih dahulu</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ “namun”, “tanpa”, “bila”. <p>Perintah 3 tahap Ucapkan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembar kosong.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ambil kertas ditangan anda ✓ Lipat dua ✓ Taruh dilantai <p>Membaca (reading) Minta klien untuk membaca dan klien melakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pejamkan mata anda <p>Menulis (writing) Berikan selembar kosong dan minta kliem menulis</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Saya sedang memasak nasi <p>Menyalin (copying) Minta klien untuk menyalin gambar. Interpretasi : pasien menggambar tidak sempurna.</p>
Skor : 28				

Keterangan :

Nilai 24 – 30 : tidak ada gangguan kognitif / normal

Nilai 18 – 23 : gangguan kognitif sedang

Nilai 0 – 17 : gangguan kognitif sedang

Hasil : Hasil skor didapatkan 28 yang artinya Ny. R tidak ada gangguan kognitif / normal.

9) Pengkajian Apgar Keluarga

Tabel 3.6
Apgar Keluarga

No	Uraian	Skor		
		Selalu (2)	Kadang – kadang (1)	Hampir tdk pernah (0)
1	Adaptation Saya puas bahwa saya dapat Kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya.	2		
2	Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya.	2		
3	Growth saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru	2		
4	Affection Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi - emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.	2		
5	Resolve Saya puas dengan cara teman – teman saya dan saya menyediakan waktu Bersama – sama.		1	

Interpretasi

8 – 10 : status fungsional keluarga (sangat berfungsi)

0 – 7 : status fungsional keluarga disfungsi sedang

0 – 3 : status fungsional keluarga tidak berfungsi

Dari hasil pengkajian didapatkan skor apgar keluarga pada Ny. R adalah 9 yang menunjukkan status fungsional berfungsi dengan baik.

b. Analisa Data

Tabel 3.7
Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	DS : a. Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan menyebar ke daerah tengkuk b. Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk – tusuk c. Klien mengeluh nyeri hilang timbul d. Klien mengatakan nyeri dirasakan Ketika klien banyak beraktivitas dan berkurang Ketika klien beristirahat. DO : e. Klien tampak memegang kepala f. Klien tampak meringis g. S : skala 5 (0-10)	penurunan suplai oksigen ke otak terjadi metabolisme anaerob peningkatan asam laktat sehingga merangsang reseptor nyeri	Nyeri akut (D.0077)
2	DS : a. Klien mengeluh kurang tidur dan sering terbangun pada malam hari apabila nyeri timbul DO : a. Konjungtiva pucat b. Mata tampak sayup dan tampak hitam pada area bawah mata c. Pola tidur berubah Sebelum sakit : ± 7 jam Saat sakit : ± 3 – 5 jam d. Frekuensi tidur siang jarang e. Tidur tidak nyenyak	Suplai oksigen menurun sehingga merangsang resptor nyeri dirasakan pada malam hari sehingga terjadi gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur (D.0055)

3	DS : a. Klien mengatakan tidak mengetahui tentang kondisi penyakitnya yang dideritanya. DO : a. Klien tampak bingung b. Klien tampak tidak dapat menjawab pertanyaan perawat terhadap penyakit yang sedang di deritanya. c. Klien tidak mengetahui cara pencegahan hipertensi dan pengobatannya.	Perubahan situasi, kurang terpapar informasi sehingga terjadi defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan (D.0111)
---	---	---	------------------------------

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan penurunan suplai oksigen ke otak, ditandai dengan:

DS :

- 1) Klien mengeluh nyeri kepala
- 2) Klien mengeluh nyeri hilang timbul
- 3) Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk – tusuk dan nyeri menyebar ke daerah tengkuk.
- 4) Klien mengatakan nyeri dirasakan Ketika klien banyak beraktivitas dan berkurang Ketika klien beristirahat.

DO :

- 1) Klien tampak memegang kepala
- 2) Klien tampak meringis
- 3) Skala nyeri 5 (0-10)
- 4) TD : 170/100 mmHg, Nadi : 94, Suhu : 36,2 C, Respirasi : 22, Saturasi Oksigen : 97%.

b. Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, ditandai dengan:

DS :

- 1) Klien mengeluh kurang tidur dan sering terbangun pada malam hari apabila nyeri kepala timbul

DO :

- 1) Konjungtiva pucat
- 2) Mata tampak sayup dan tampak hitam pada area bawah mata
- 3) Pola tidur berubah, Sebelum sakit : ± 7 jam dan Saat sakit : $\pm 3 - 5$ jam.
- 4) Frekuensi tidur siang jarang
- 5) Kualitas tidur tidak nyenyak sering terbangun

c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, ditandai dengan:

DS :

- 1) Klien mengatakan tidak mengetahui tentang kondisi penyakitnya yang dideritanya.

DO :

- 1) Klien tampak bingung
- 2) Klien tampak tidak dapat menjawab pertanyaan perawat terhadap penyakit yang sedang dideritanya.
- 3) Klien tidak mengetahui cara pencegahan hipertensi dan pengobatannya.

3. Proses Keperawatan (Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi)

Nama : Ny. R

Usia : 61 Tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Diagnosa : Hipertensi

Tabel 3.8 Proses Keperawatan (Perencanaan Implementasi Evaluasi)

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan				
		Tujuan & KH (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional	Implementasi	Evaluasi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan penurunan suplai oksigen ke otak	Tingkat nyeri Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 4x2 jam. Diharapkan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil: - Klien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri kepala - Skala nyeri 1 (0 – 5)	Manajemen nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Observasi TTV 3. Identifikasi skala nyeri klien 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik	Observasi 1. Untuk mengetahui lokasi nyeri. 2. Untuk mengetahui keadaan umum 3. Untuk mengetahui tingkat nyeri klien 4. Untuk mengetahui faktor memperberat dan memperingan pada nyeri klien. Terapeutik 1. Untuk mengurangi rasa nyeri	Tgl 7 – 4 – 2023 Jam 10.00 WIB Observasi 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. (P: nyeri, Q: seperti ditusuk – tusuk, R: nyeri bagian kepala, S:skala 4, T: hilang timbul) 2. Mengobservasi TTV	Tgl 7 – 4 – 2023 Jam 10.00 WIB S : - Klien mengatakan nyeri diarea kepala dan terasa pegal dibagian tengkuk - Klien mengatakan nyeri bertambah apabila beraktivitas O : - Klien tampak lemah

-	TD menurun	<p>3. Berikan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (relaksasi nafas dalam)</p> <p>4. posisikan klien senyaman mungkin</p> <p>Edukasi</p> <p>1. ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk meredakan rasa nyeri (relaksasi)</p> <p>2. ingatkan klien untuk mengkonsumsi obat (amlodipine 10 mg)</p>	<p>2. Untuk mengurangi rasa pusing</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Untuk mengurangi nyeri</p> <p>2. Agar klien tidak lupa mengkonsumsi obat</p>	<p>TD : 170/100 mmHg</p> <p>Nadi : 94 x/mnt,</p> <p>Suhu : 36,2 c,</p> <p>Respirasi : 22 x/mnt.</p> <p>3. Mengkaji skala nyeri (Skala nyeri 4)</p> <p>4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri. (Ny. R mengatakan nyeri bertambah apabila beraktivitas dan berkurang apabila beristirahat)</p> <p>Terapeutik</p> <p>5. Memberikan relaksasi nafas dalam (Ny. R tampak mampu melakukan terapi relaksasi)</p> <p>6. Membantu klien mengatur posisi (semi fowler)</p> <p>Edukasi</p> <p>7. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam (Ny. R bersedia dan mampu mempraktekannya)</p> <p>8. Mengingatkan klien akan rutin untuk meminum obat amlodipine 10 mg.</p>	<p>- Skala nyeri 4 (0-5)</p> <p>- TD : 170/100 mmHg</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>
---	------------	---	--	---	---

2.	Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 4x2 jam. Diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: - Klien mengatakan tidurnya nyenyak - Kualitas tidur dalam batas normal (7-8 jam)	<p>Dukungan tidur</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan 2. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 5. Ajarkan relaksasi napas dalam 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mrngetahui kebiasaan tidur klien 2. Untuk mengetahui penyebab yang mengganggu klien susah tidur 3. Beberapa jenis makanan dan minuman bisa membuat klien sulit tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu tubuh menjadi lebih rileks sehingga dapat mempermudah tidur 2. untuk menciptakan kualitas tidur yang optimal <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengetahui perkembangan pola tidur klien 2. supaya klien tetap tenang rileks dan dapat membantu kualitas nyenyak tidur klien 	<p>Tanggal 7 – 4 – 2023 Jam 10.45 WIB observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur (Ny. R mengatakan sering terbangun di malam hari apabila nyeri kepala timbul). 2. mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (terbangun karna sakit kepala) 3. mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (Ny. R mengatakan tidak mengkonsumsi minuman yang mengandung kafein) <p>terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi pada Ny. R) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 2. mengajarkan relaksasi napas dalam (Ny. R mampu melakukan) 	<p>Tgl 7 – 4 – 2023 Jam 11.00 WIB S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan tidurnya tidak nyenyak - klien mengatakan nyeri kepala menjadi faktor pengganggu tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak lemah - konjungtiva anemis - tidur klien kurang dari 5 jam <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>
----	---	--	--	--	--	---

3.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 4x2 jam. Diharapkan pengetahuan klien meningkat dengan kriteria hasil: - klien mengetahui cara mencegah dan pengobatan hipertensi - klien memahami penyakit hipertensi	Edukasi perilaku upaya Kesehatan Observasi 7. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 1. Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 2. anjurkan klien untuk tidak mengkonsumsi makanan dan minuman yang dapat meningkatkan tekanan darah 3. instruksikan kapan harus ke pelayanan.	Observasi 1. dalam mengidentifikasi kesiapan perawat dapat mengetahui kesiapan dalam menerima informasi terapeutik 2. memudahkan klien untuk menambah pengetahuan 3. mempermudah pelaksanaan penkes 4. memudahkan klien jika belum mengerti edukasi 1. memudahkan klien untuk hidup bersih dan sehat 2. untuk menghindari peningkatan tekanan darah	Tanggal 7 – 4 – 2023 Jam 11.15 WIB Observasi 1. mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi (Ny. R mengatakan bersedia) terapeutik 1. menyediakan leaflet hipertensi 2. melakukan pendidikan Kesehatan pada klien (klien tampak memperhatikan) 3. memberikan kesempatan untuk bertanya edukasi 1. mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat (cuci tangan 6 langkah) 2. menganjurkan pada klien untuk menghindari makanan asin (klien mengatakan sekarang jarang mengkonsumsi makanan tinggi garam).	Tgl 7 – 4 – 2023 Jam 11.50 WIB S : - Klien mengatakan masih kurang mengerti tentang penyakitnya - Klien mengatakan mulai berkurang dalam mengkonsumsi makanan asin O : Klien tampak bingung A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi
----	--	---	--	---	---	---

4. Catatan Perkembangan

Nama : Ny. R

Umur : 61 Tahun

Dignosa : Hipertensi

Tabel 3.9
Catatan perkembangan ke – 1

Tgl/Bln/Thn/Jam	No. DX	Catatan perkembangan	Paraf
Tgl 8 – 4 -2023 Jam 10 – 00 WIB	1	S : - Klien mengatakan pusing dan nyeri berkurang - Skala nyeri 3 (0 – 10) O : - Klien tampak lemah - Klien tampak masih meringis - TD : 150/100 mmHg A : - Masalah nyeri akut teratasi Sebagian P : Lanjutkan intervensi I : - Kaji ttv - Kaji status nyeri - Anjurkan Teknik relaksasi E : Masalah teratasi sebagian	Rizka
Tgl 8 – 4 – 2023 Jam 10.15 WIB	2	S : - Klien mengatakan masih kurang nyenyak tidurnya O : - Klien tampak lesu - Konjungtiva anemis - Pola tidur meningkat dari Sebelum sakit : ± 7 jam Saat sakit : ± 4 – 5 jam - Kualitas tidur tidak nyenyak A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi I : - Identifikasi penyebab gangguan tidur - Manajemen lingkungan (kenyamanan) - Terapi relaksasi E : Masalah belum teratasi	Rizka
Tgl 8 – 4 – 2023 Jam 10.25 WIB	3	S : - Klien mengetahui penyakitnya O :	Rizka

-	Klien tampak mengerti dan paham
-	Klien tampak bisa menjelaskan Kembali tentang penyakit hipertensi
A :	Masalah teratasi
P :	Pertahankan intervensi

Tabel 3.10
Catatan Perkembangan Hari ke – II

Tgl /Bln/Thn/Jam	No DX	Catatan Perkembangan	Paraf
Tgl 10 – 4 -2023 Jam 10 – 00 WIB	1	: - Klien mengatakan sudah tidak merasa pusing dan nyeri - Skala nyeri 2 (0 – 10) O : - Klien tampak membaik - TD : 14 0/90 mmHg A : - Masalah nyeri akut teratasi P : Hentikann intervensi	Rizka
Tgl 10 – 4 -2023 Jam 10 – 20 WIB	2	S : - Klien mengatakan tidak ada keluhan sulit tidur pada malam hari tadi. O : - Klien tampak segar - Pola tidur meningkat dari Sebelum sakit : ± 7 jam Saat sakit : ± 5 – 6 jam - Kualitas tidur cukup nyenyak A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi	Rizka

B. Pembahasan

Dalam pembahasan ini, penulis akan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus dari tanggal 6 sampai 10 April 2023, selama 5 hari melakukan Asuhan Keperawatan pada Ny, R dengan Hipertensi pada katz indeks A di Kampung Babakan Caah Kelurahan Galih Pakuon Kecamatan Limbangan Kab. Garut. Dari hasil perbandingan tersebut akan muncul kesenjangan – kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kenyataanya, maka

perlu beberapa aspek yang perlu dibahas mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

Dalam memberikan asuhan keperawatan penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terbagi dalam lima tahapan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

Tahapan – tahapan tersebut yaitu :

1. Tahap pengkajian

Pada tahap pengkajian, penulis berusaha menjelaskan maksud dan tujuan asuhan keperawatan kepada klien sebagai Langkah awal dalam prosesnya. Untuk pengkajian, penulis menggunakan metode wawancara secara langsung dengan klien guna memperoleh data subjektif, serta melakukan pemeriksaan fisik untuk memperoleh data objektif dari klien.

Dalam proses keperawatan menurut Aspiani, 2015 gejala hipertensi yaitu nyeri kepala, rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk, perasaan berputar, sesak, berdebar atau detak jantung terasa cepat, dan telinga berdenging. Sementara pada Ny. R berdasarkan hasil pengkajian yang ditemukan yaitu nyeri kepala, dan menyebar pada daerah tengkuk.

Berdasarkan data tersebut muncul beberapa kesenjangan antara teori dan kenyataan yang terjadi yaitu klien tidak mengalami sesak nafas karena kategori hipertensi belum mencapai kategori yang berat dan didapatkan respirasi klien 22x/menit. Nadi 94x/menit, Klien mengatakan tidak ada merasa berputar seperti ingin jatuh dan telinga tidak berdenging.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakan berdasarkan dari tanda dan gejala yang di rasakan oleh Ny. R. Diagnosa keperawatan yang pertama muncul pada masalah Ny. R yaitu nyeri akut berhubungan dengan penurunan suplai oksigen ke otak dengan data subjektif klien mengatakan nyeri kepala dengan skala nyeri 5 dan data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak meringis, klien tampak memegang kepala, dan tekanan darah klien 170/100 mmHg.

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik actual ataupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Penderita hipertensi salah satu tanda gejalanya adalah nyeri kepala, nyeri kepala berhubungan dengan peningkatan darah serebral terjadi karena adanya peningkatan daya kerja jantung dalam memompa darah keseluruh tubuh sehingga terjadi peningkatan tekanan pada pembuluh darah di otak yang menekan serabut saraf di otak sehingga menyebabkan nyeri kepala, meningkatkan tahanan vaskular sebagai akibat dari peningkatan aliran. Sedangkan iskemia disebabkan kurangnya suplai darah akibat sumbatan sirkulasi.

Berdasarkan fakta dan teori dalam kasus ini menurut penulis sangat sesuai bisa dilihat dari keluhan dan tanda gejala yang dirasakan oleh klien karena data sudah sesuai maka ditegakan diagnose utama yang sangat spesifik dengan keluhan tanda dan gejala yang dialami klien.

3. Tahap Perencanaan

Berdasarkan Standar Intervensi keperawatan indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), berdasarkan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan penurunan suplai oksigen ke otak maka diberikan intervensi mengkaji tanda – tanda vital, monitor skala nyeri, menggunakan manajemen nyeri yaitu mengajarkan teknik nonfarmakologi (relaksasi nafas dalam) , dan distraksi.

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan Langkah – langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan, dan penilaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisa data dan diagnosa keperawatan.

Menurut penulis pada kasus ini perencanaan yang diutamakan untuk mengatasi diagnose utama yang telah ditegakan yaitu memperhatikan tanda tanda vital, monitor skala nyeri, manajemen nyeri yaitu mengajarkan relaksasi nafas dalam, dan distraksi. Hal ini sesuai dengan intervensi utama manajemen nyeri dijelaskan untuk pengurangan nyeri atau pnurunan nyeri hingga mencapai tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien.

4. Tahap Implementasi

Implementasi yang dilakukan dengan menggunakan manajemen nyeri yaitu Teknik relaksasi dengan mengajarkan klien cara tarik nafas dalam dan mengkaji tanda – tanda vital. Setelah dilakukan Tindakan tersebut Ny. R merasakan lebih tenang dan berkurang rasa sakit kepala. Implementasi tersebut merupakan Tindakan fokus yang meningkatkan kenyamanan.

Implementasi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang dilakukan perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan Kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Implementasi yang dilakuka dengan menggunakan manajemen nyeri yaitu Teknik relaksasi dengan mengajarkan klien cara Tarik nafas dalam dan mengkaji tanda – tanda vital. Setelah dilakukan Tindakan tersebut Ny. R merasakan lebih tenang dan berkurang rasa sakit kepala. Implementasi tersebut merupakan Tindakan fokus yang meningkatkan kenyamanan.

5. Tahap Evaluasi

Evaluasi pada hari pertama dalam kasus ini belum teratasi karena belum terlihat adanya perubahan pada klien dan saat dilakukan evaluasi hari ke dua Ny.R mengatakan nyeri kepala berkurang dengan skala nyeri 2 pusing hilang, dan nyeri pada daerah tengkuk hilang dan merasa lebih baik.

Evaluasi dapat dibedakan menjadi dua jenis yaitu : Evaluasi formatif dan Evaluasi sumatif. Untuk evaluasi formatif yaitu evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respon segera. Sedangkan evaluasi sumatif merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan (A. Aziz Alimul H, 2009; Ns.Reni Yuli, 2015).

Nyeri akut berhubungan dengan penurunan suplai oksigen ke otak dapat teratasi, karena Ny.R mengatakan nyeri kepala berkurang dengan skala nyeri 2 hal ini sudah memenuhi tujuan yang sudah direncanakan, pusing hilang, dan nyeri pada daerah tengkuk hilang dan merasa lebih baik. Saat dilakukan pemeriksaan tekanan darah, didapatkan hasil tekanan darah 140/90 mmHg.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. R dengan hipertensi pada Katz Indeks A di kampung babakan caah Keluهران galih pakuon Kecamatan limbangan Kab.garut, maka penulis menyimpulkan sebagai berikut:

6. Penulis mampu melakukan pengkajian terhadap status Kesehatan fisik, psikologi, sosial, kultural, dan spiritual yang meliputi penyebab masalah Kesehatan dan masalah keperawatan pada Ny. R.
7. Penulis dapat mengidentifikasi hasil Analisa data yang diperoleh sehingga penulis mampu menegakan diagnose keperawatan pada Ny. R.
8. Asuhan keperawatan pada Ny. R dengan Hipertensi penulis menegakan tiga diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut b.d peningkatan tekanan vaskuler, gangguan pola tidur b.d kurangnya kontrol tidur, dan defisit pengetahuan b.d informasi minim.
9. Penulis mampu Menyusun rencana Tindakan keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan yang timbul pada Ny. R dan terfokus pada tujuan berdasarkan Analisa data yang telah didapat. Selain itu intervensi yang penulis susun berdasarkan teori, situasi, dan kondisi.
10. Berdasarkan dari tiga diagnosa keperawatan penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan yang diangkat pada Ny. R.

11. penulis mampu melakukan evaluasi Tindakan pada Ny. R, Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada tanggal 6 – 10 april 2023 menunjukan bahwa tiga diagnosa keperawatan semuanya teratasi.
12. Penulis mampu mendokumentasikan seluruh proses asuhan keperawatan pada Ny. R dengan Hipertensi di Kampung Babakan Caah Kelurahan Galih Pakuon Kecamatan Limbangan Kab. Garut, yang telah dilakukan.

B. Saran

1. Bagi Penulis

Diharapkan penulis mampu menyampaikan Pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan terapi relaksasi untuk mengurangi nyeri khususnya pada penderita hipertensi.

2. Bagi Klien

Diharapkan klien mampu mengaplikasikan pengetahuan tentang hipertensi dan terapi relaksasi.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Kerja sama maupun komunikasi antar mahasiswa dengan dosen atau pembimbing telah berjalan dengan baik. Akan tetapi diharapkan dapat menambah waktu dalam tahap pengkajian dan perencanaan sehingga dapat diperoleh data yang lebih lengkap.

4. Bagi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan melalui studi kasus ini, pelayanan Kesehatan kedepannya mampu memberikan Pendidikan Kesehatan tentang hipertensi.

5. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya dapat melakukan studi kasus yang lebih mendalam dengan waktu yang lebih lama dan melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan standar operasional prosedur yang telah ditetapkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, Fredy et al. 2020. "Karakteristik Hipertensi Pada Lanjut Usia Di Desa Buku (Characteristics of Hypertension in the Elderly)." *Jwk* 5(2): 2548–4702.
- Akbar, Fredy, Darmiati Darmiati, Farmin Arfan, and Andi Ainun Zanzadila Putri. 2021. "Pelatihan Dan Pendampingan Kader Posyandu Lansia Di Kecamatan Wonomulyo." *Jurnal Abdidas* 2(2): 392–97.
- Aspiani, R. Y. (2019). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler Aplikasi NIC & NOC.
- Azizah, L. M. (2017). Keperawatan Lanjut Usia. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Depkes RI, 2011. Profil Indonesia Sehat. Jakarta, PT Rineka Cipta
- Depkes RI. (2013). Buletin Jendela Data & Informasi Kesehatan. Departemen Kesehatan Republik IndonesiaKemenkes RI.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. (2015). Profil Kesehatan Garut. Dinkes Garut, Garut.
- Hanum, Parida, and Rahayu Lubis. 2017. "Hubungan Karakteristik Dan Dukungan Keluarga Lansia Dengan Kejadian Stroke Pada Lansia Hipertensi Dirumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan Support Fro." *Jumantik* 3 (1): 72–88.
- Hastuti, apriyani puji. 2022. *Hipertensi*. 2nd ed. ed. R. I Made Ratih. Srikaton, RT 003, RW 001, Pucangmiliran, Tulung, Klaten, Jawa Tengah: Lakeisha.
- Fajarnia, P. A. H. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Gangguan Pola Tidur Pada Diagnosa Medis Hipertensi Di Desa Gedangklutuk Beji. POLITEKNIK KESEHATAN KERTA CENDEKIA SIDOARJO.
- Kayce Bell, P. D. C. 2015, June Twiggs, P. D. C. 2015, & Bernie R. Olin, P. D. (2015). Hypertension : The Silent Killer : Updated JNC-8 Guideline. Albama

Pharmacy Association, 1–8.

Kemkes RI. (2019). Hipertensi Si Pembunuh Senyap. Kementerian Kesehatan RI, 1–5.
<https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-hipertensi-si-pembunuh-senyap.pdf>

Kemkes RI. 2019. Hipertensi. Infodation Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.

Kurnia, A. (2021). Self-Management Hipertensi (T. Lestari (ed.)). CV. Jakad Publishing.

Nahak, G. R. (2019). Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Tn.C.N dengan Hipertensi di Wisma Kenanga UPT Panti Sosial Penyantun Lanjut Usia Budi Agung Kupang [Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang].
http://repository.poltekeskupang.ac.id/1541/1/KARYA_TULIS_ILMIAH.pdf.

Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) NIC-NOC Edisi Revisi Jilid 2. Yogyakarta : Media Hardy.

Padila. (2013). Buku Ajar Keperawatan Gerontik : Dilengkapi aplikasi kasus asuhan Keperawatan gerontik terapi Modalitas, dan sesuai kompetensi standar. Yogyakarta: Nuha Medika.

Pratiwi, E., & Mumpuni, dr. Y. (2017). Tetap Sehat Saat Lansia-Pencegahan dan Penanganan 45 Penyakit yang Sering Hinggap di Usia Lanjut (F. S. Suyantoro, Ed.; 1st ed.). Yogyakarta: Rapha Publishing.

Penangannya, D A N. “H i p e r t e n s i: Kenali Penyebab, Tanda Gejala Dan Penangannya.”

Puspita, T, and E M Atoilah. 2018. “Kepatuhan Penderita Hipertensi Terhadap Diet Di Wilayah Kerja Puskesmas Guntur Kabupaten Garut.” *Medika Cendikia* 5: 80–86.

https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=53WYInQAAAAJ&pagesize=100&citation_for_view=53WYInQAAAAJ:qxL8FJ1GzNcC.

Sarpini, dr. R. (2013). *Anatomi dan Fisiologi Tubuh Manusia Untuk Paramedis* (edisi revi). Penerbit IN MEDIA

Sya'diyah, H. (2018). *Keperawatan Lanjut Usia Teori dan Aplikasi* (1st ed.). Sidoarjo: Indomedia Pustaka

Tasikmalaya, Lppm-universitas Muhammadiyah, Iwan Shalahuddin, Udin Rosidin, and Nina Sumarni. 2020. "Abdimas Umtas : Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Aplikasi Program ' RW Geulis ' (RW Genep Ulah Hipertensi) Di RW 6 Desa Jayawaras Garut."

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia - Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia - Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standart Luaran Keperawatan Indonesia - Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Trijayanti, T. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Lansia Penderita Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Pola Tidur Di Pelayanan Sosial Tresna Werdha (Pstw) Magetan*. <http://eprints.umpo.ac.id/5387/>

Widiana, I. M. R., & Ani, L. S. (2017). *Prevalensi dan Karakteristik Hipertensi pada Pralansia dan Lansia di Dusun Tengah, Desa Ulakan, Kecamatan Manggis*. *E-Jurnal Medika*, 6(8), 1–5. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/view/33478/20284>.

World Health Organization. (2021). Hypertension.

<https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/hypertension>

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN (SAP)

Pokok Bahasan	: Hipertensi
Hari/Tanggal	: Sabtu, 8 april 2023
Waktu	: 20 menit
Sasaran	: Ny. R
Tempat	: Rumah Ny. R
Penyaji	: Rizka Puspita Q

A. Karakteristik Peserta Didik

Karakteristik peserta didik adalah yang mempunyai penyakit hipertensi.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan tentang hipertensi selama 1 x 20 menit Ny.H dapat memahami dan mengaplikasikan materi penyuluhan dalam kehidupan sehari-hari.

2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan selama 1 x 20 menit Ny.H mampu menjelaskan kembali tentang:

- a. Pengertian hipertensi
- b. Penyebab hipertensi
- c. Tanda dan gejala hipertensi

- d. komplikasi
- e. Penatalaksanaan
- f. Pengobatan tradisional

C. Sasaran

Ny. R

D. Strategi Pelaksanaan

Hari/Tanggal Pelaksanaan : sabtu, 8 april 2023

Waktu : 20 menit

Tempat : Rumah Ny.R

E. Materi

Terlampir

F. Kegiatan Penyuluhan

No	Kegiatan	Pengajar	Keluarga/sasaran	Waktu
1	Pembukaan	<ul style="list-style-type: none"> a. mengucapkan salam b. memperkenalkan diri c. menjelaskan topic dan tujuan d. menanyakan kesiapan keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> a.menjawab salam b.memperhatikan c.mendengarkan 	2 menit
2	Kegiatan inti	<ul style="list-style-type: none"> a. menjelaskan materi: <ul style="list-style-type: none"> - pengertian penyakit hipertensi. -penyebab penyakit hipertensi. -tanda & gejala hipertensi. -upaya pencegahan hipertensi. b. berikan kepada audience untuk bertanya jawab. c. menjawab pertanyaan audience. 	<ul style="list-style-type: none"> a. menyimak materi b. audience bertanya c. menyimak jawaban dari pengajar 	13 menit

3	Penutup	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengevaluasi klien b. menyimpulkan materi yang telah disampaikan. c. mengucapkan salam penutup. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Klien menyebutkan ulang hasil materi yang dijelaskan. b. Klien menyimak c. menjawab salam penutup 	5 menit
---	---------	--	--	------------

G. pengorganisasian

Rizka Puspita Q

H. Metode

Metode yang digunakan adalah:

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Diskusi

I. Media/Alat

Lembar Balik dan Leaflet

J. Denah Lokasi

Terlampir

K. Evaluasi

1. Kegiatan penyuluhan berjalan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.
2. Adanya kesepakatan masyarakat dengan perawat dalam melaksanakan implementasi keperawatan selanjutnya.
3. Adanya tambahan pengetahuan tentang hipertensi yang diterima oleh audience dengan melakukan evaluasi melalui teslisan di akhir ceramah.

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian

Menurut chobanian di dalam Kurnia (2021) adalah kondisi peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg berdasarkan dua atau lebih pengukuran tekanan darah. Tekanan sistolik adalah tekanan Ketika jantung berkontraksi atau berdetak memompa darah. Sementara itu, tekanan diastolic adalah tekanan darah Ketika berelaksasi (Yanita, 2022).

B. Penyebab

1. Faktor risiko yang tidak dapat diubah
 - a) Riwayat keluarga / genetik
 - b) Usia
 - c) Jenis kelamin
2. Faktor risiko yang dapat diubah
 - a) Pola makan tidak sehat
 - b) Kurangnya aktivitas fisik
 - c) Kegemukan
 - d) Konsumsi alkohol berlebihan
 - e) Merokok
 - f) Stres
 - g) Kolestrol tinggi
 - h) Diabetes
 - i) Obstructive sleep apnea atau henti nafas

C. Tanda dan gejala

1. Sakit atau nyeri pada kepala
2. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk tengkuk
3. Perasaan berputar
4. Berdebar atau detak jantung secara cepat
5. Telinga denging

D. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi jika hipertensi tidak terkontrol, antara lain:

(Sya'diyah, 2018):

1. Krisis hipertensi.
2. Penyakit jantung dan pembuluh darah, seperti: jantung coroner dan penyakit jantung hipertensi, gagal jantung.
3. Stroke.
4. Ensefalopati hipertensi, merupakan sindroma yang ditandai dengan perubahan neurologis mendadak yang muncul akibat tekanan arteri meningkat dan akan Kembali normal jika tekanan darah menurun.
5. Nefrosklerosis hipertensi.
6. Retinopati hipertensi.

E. Penatalaksanaan

1. Pengobatan nonfarmakologik
 - a) Konsumsi gizi seimbang dan pembatasan gula, garam dan lemak
 - b) Mempertahankan berat badan ideal

- c) Olahraga teratur atau aktivitas fisik
- d) Stop merokok
- e) Menghindari alkohol
- f) Istirahat yang cukup dan Kelola stress.

2. Pengobatan farmakologi

Pada obat – obatan antara lain obat deuretik, penekat betha, antagonis kalsium, atau penghambat ACE dapat digunakan sebagai obat tunggal awal dengan memperhatikan keadaan penderitanya dan penyakit diderita penderita.

DAFTAR PUSTAKA

- Kurnia, A. (2021). *Self-Management Hipertensi* (T. Lestari (ed.)). CV. Jakad Publishing.
- Penangannya, D A N. “H i p e r t e n s i: Kenali Penyebab, Tanda Gejala Dan Penangannya.”
- Sya'diyah, H. (2018). *Keperawatan Lanjut Usia Teori dan Aplikasi* (1st ed.). Sidoarjo: Indomedia Pustaka

Lembar leaflet

HIPERTENSI

Disusun oleh
Rizka puspita q
(KHGA20123)
STIKes Karsa
Husada Garut



HIPERTENSI ITU APA SIH???

Hipertensi adalah kondisi peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg (chobanian di dalam kurnia 2021)

APA PENYEBAB NYA?

1. Hipertensi Primer (tidak diketahui penyebabnya) genetik, lingkungan, tipe kelamin, gaya hidup, dan obesitas.
2. Hipertensi sekunder, terjadi akibat pemicu yang jelas. Penyebabnya Penggunaan estrogen, penyakit ginjal, dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

TANDA GEJALA

1. Sakit / nyeri kepala
2. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk
3. Perasaan berputar
4. Berdebar atau detak jantung terasa cepat
5. Telinga berdenging

KOMPLIKASI

1. Krisis hipertensi
2. Stroke
3. Gagal ginjal
4. Gagal jantung
5. Kerusakan pada mata



PENATALAKSANAAN

Nonfarmakologi

- a. Konsumsi gizi seimbang dan pembatasan gula, garam dan lemak.
- b. Mempertahankan berat badan ideal.
- c. Olahraga teratur / aktivitas fisik.
- d. Stop merokok.
- e. Menghindari alkohol.
- f. Istirahat yang cukup dan kelola stres.

Farmakologi
Dalam obat antara lain obat deuretik, Penekat Betha, Antagonis kalsium, atau penghambat ACE dapat digunakan sebagai obat tunggal awal dengan memperhatikan keadaan penderitanya dan penyakit diderita penderita.

TERIMA KASIH




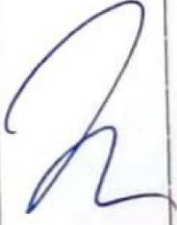
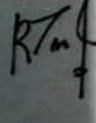
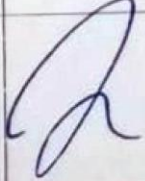
LEMBAR KONSUL KTI

Nama : Rizka Puspita Q

NIM : KHGA20123

Pembimbing : Andri Nugraha M.Kep

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan Hipertensi pada Katz
Indeks A di Kampung Babakan Caah Kelurahan Galih Pakuon
Kecamatan Limbangan Kab.Garut.

No	Tanggal	Materi konsul	Saran	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1	5-6-2023	Bab I dan Bab II	Bab I menambahkan KDM, dan sistematika penulisan. Bab II menambahkan KDM.		
2	7-6-2023	Bab II	Masukan teori pengkajian khusus pada bab II.		
3	8-6-2023	Bab I dan Bab II	Acc untuk Bab I		

			dan II. Lanjut pengerjaan Bab III.	Rmb	R
4	16-6-2023	Bab III	Revisi data subjektif objektif dan pemeriksaan fisik.	Rmb	R
5	19-6-2023	Bab III	Revisi perencanaan dan implementasi keperawatan.	Rmb	R
6	22-6-2023	Bab III	Acc Bab III, lanjut untuk pengerjaan Bab IV.	Rmb	R
7	23-6-2023	Bab IV	Peringkasan untuk kesimpulan dan saran.	Rmb	R
8	26-6-2023	Bab IV dan PPT	Acc bab IV, Konsul PPT dan Acc persetujuan sidang KTI.	Rmb	R
9					
10					

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

Nama : Rizka Puspita Q
NIM : KHGA20123
Program Studi : D – III Keperawatan
Tempat, Tanggal Lahir : Purwakarta, 20 November 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Kp.Slaganggeng rt 09 / rw 04 Ds.Cilingga
Kec.Darangdan Kab.Purwakarta

B. Riwayat Pendidikan

1. SDN 3 Cilingga
2. MTsN Bojong
3. SMAN 1 Darangdan
4. STIKes Karsa Husada Garut