

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.Y DENGAN
PENYAKIT HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI
KAMPUNG CILELES RT 002/ RW 001 DESA
CIRAPUHAN KECAMATAN SELAAWI
KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

Tasya Putri Ananditya
KHGA19131



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

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL KTI :ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.Y
DENGAN PENYAKIT HIPERTENSI PADA KATZ
INDEKS A DI KAMPUNG CILELES RT 002/ RW 001
DESA CIRAPUHAN KECAMATAN SELAAWI
KABUPATEN GARUT

PENYUSUN : TASYA PUTRI ANANDITYA

NIM : KHGA 19131

Karya Tulis Ilmiah Ini Disetujui
Untuk Di Sidangkan

Garut, 19 Juli 2022

Menyetujui,
Pembimbing



H. Engkus Kurnadi, S.Kep., M.Kes.

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL KTI :ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.Y
DENGAN PENYAKIT HIPERTENSI PADA KATZ
INDEKS A DI KAMPUNG CILELES RT 002/ RW 001
DESA CIRAPUHAN KECAMATAN SELAAWI
KABUPATEN GARUT

PENYUSUN : TASYA PUTRI ANANDITYA

NIM : KHGA 19131

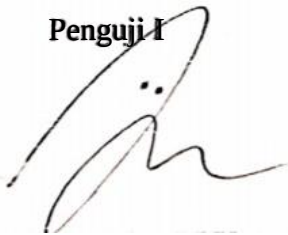
KARYA TULIS ILMIAH

Diujikan Pada Seminar Karya Tulis Ilmiah
Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, 26 Juli 2022

Menyetujui,

Penguji I



Andri Nugraha, M.Kep.

Penguji II



Devi Ratnasari, M.Kep.

Mengetahui,

Ketua Prodi D III Keperawatan



K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Pembimbing



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

ABSTRAK

IV Bab, 76 Halaman, 30 Tabel, 2 Bagan, 1 Lampiran

Seseorang dikatakan hipertensi bila memiliki tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolic ≥ 90 mmHg, pada pemeriksaan yang berulang. Tekanan darah sistolik merupakan pengukuran utama yang menjadi dasar penentuan diagnosis hipertensi. Hipertensi telah menjadi masalah utama dalam kesehatan dunia. Indonesia termasuk dalam lima besar Negara dengan jumlah lanjut usia terbanyak di dunia, pada tahun 2014, 18,781 juta jiwa dan diperkirakan pada tahun 2025 jumlahnya akan mencapai 36 juta jiwa dan hipertensi juga menjadi masalah kesehatan di Indonesia Tujuan pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah untuk meningkatkan kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan gerontik pada klien dengan hipertensi dimana metode yang digunakan adalah metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Dari hasil pengkajian ditemukan 3 diagnosis keperawatan yaitu nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral, gangguan pola tidur berhubungan dengan ketidakmampuan mengatasi nyeri dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi kognitif. Implementasi yang telah dilakukan penulis yaitu Memonitor tanda – tanda vital Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Mengidentifikasi skala nyeri. Menjelaskan strategi meredakan nyeri. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Evaluasi dan proses keperawatan yang telah dilaksanakan didapat semua diagnosa keperawatan yang muncul dapat teratasi. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis dapat melaksanakan pengkajian secara komprehensif, membuat rencana tindakan, melaksanakan keperawatan, mengevaluasi dari setiap tindakan keperawatan.

Kata Kunci : *Hipertensi*

Kepustakaan : 13 Sumber

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah mencurahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berbentuk studi kasus dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.Y DENGAN PENYAKIT HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG CILELES RT 002/ RW 001 DESA CIRAPUHAN KECAMATAN SELAAWI KABUPATEN GARUT”.

Karya tulis ini disusun dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Pendidikan D III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Penulis menyadari bahwa tanpa adanya bantuan dan peran serta dari semua pihak, karya tulis ini tidak dapat terwujud sesuai dengan yang diharapkan. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih terhadap semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini, khususnya kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA, selaku Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. D. Saefudin, S.Sos., M.Kes, selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut
5. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kep, selaku pembimbing yang telah memberi dukungan serta arahan kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Seluruh Staf Dosen Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidika.
7. Ibu Novie Melliasany, SE., M.Si, selaku pembimbing akademik yang telah memberikan motivasi dan semangat dalam menjalani pendidikan.

8. Staf Administrasi dan Perpustakaan yang telah membantu dalam kelancaran penulis selama proses pendidikan dan selama penyusunan karya tulis ilmiah.
9. Ibu Ilis Siti Kulsum, S.Kep, selaku pembimbing lapangan Puskesmas Selaawi yang telah membimbing dalam penyusunan studi kasus.
10. Ny.Y dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
11. Keluargaku tercinta Mamah Yanti Lianinur, Mpah Permana, Aa Bagus dan Ade Raziq yang selalu mendo'akan, memberi motivasi tiada henti, memberikan dukungan baik secara moril maupun materil, serta tiada henti – hentinya memberikan curahan kasih sayang dan semangat kepada penulis selama pendidikan dan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
12. Keluarga kedua tercinta Bapak, Mamah dan Mas yang senantiasa mendoakan, memberi motivasi, dukungan serta dorongan kepada penulis.
13. Sahabat – sahabat terbaikku (Desti, Nadia, Nurul, Sri Ayu, Riska, Syahda dan Salwa) dan rekan – rekan 3C serta mahasiswa seperjuangan yang selalu memberi semangat, dukungan, dan motivasi selama ini.
14. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan dan do'anya selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu saya mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca untuk kelengkapan karya tulis ini.

Akhir kata, penulis ucapkan semoga karya tulis ini bisa bermanfaat bagi kita semua.

Garut, 19 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR BAGAN.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Metode Penulisan	4
D. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN TEORI	7
A. Konsep Dasar teori	7
1. Pengertian	7
2. Etiologi	8
3. Patofisiologi	11
4. Manifestasi Klinis	13
5. Pemeriksaan Penunjang	14
6. Komplikasi	14
7. Penatalaksanaan	15
B. Konsep Asuhan Keperawatan	18
1. Pengkajian	18
2. Pengumpulan Data	18
3. Analisa data	30
4. Diagnosa Keperawatan	32
5. Intervensi Keperawatan	33
6. Implementasi Keperawatan	37
7. Evaluasi Keperawatan	37

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	38
A. Tinjauan Kasus	38
1. Pengkajian	38
a. Pengumpulan data	38
1) Identitas Klien	38
2) Riwayat Kesehatan	38
3) Pemeriksaan Fisik	40
4) Pola Aktivitas Sehari – Hari	43
5) Pengkajian Psikososial	45
6) Pengkajian Fungsional	45
7) Pengkajian Status Kognitif, Afektif, Mental dan Sosial	48
8) Apgar Keluarga	52
b. Analisa Data	53
2. Diagnosa Keperawatan	54
3. Intervensi Keperawatan	56
4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	59
5. Catatan Perkembangan	61
B. Pembahasan	67
1. Tahap Pengkajian	67
2. Tahap Diagnosa Keperawatan	68
3. Tahap Intervensi Keperawatan	69
4. Tahap Implementasi Keperawatan	70
5. Tahap Evaluasi Keperawatan	71
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	74
A. Kesimpulan	74
B. Rekomendasi	76
DAFTAR PUSTAKA	77

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Distribusi Frekuensi 10 Besar Penyakit Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Selaawi Tahun 2021	2
Tabel 2.1 Etiologi Derajat Hipertensi	9
Tabel 2.2 Penatalaksanaan	16
Tabel 2.3 Pengkajian Umum.....	23
Tabel 2.4 Katz Indeks	25
Tabel 2.5 Modifikasi Dari Barthel Indeks.....	26
Tabel 2.6 SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire)	30
Tabel 2.7 MMSE (Mini Mental State Exam).....	31
Tabel 2.8 Analisa Data	32
Tabel 2.9 Intervensi Keperawatan	33
Tabel 3.1 Pola Aktivitas Sehari – Hari.....	43
Tabel 3.2 Kastz Indeks	45
Tabel 3.3 Barthel Indeks	46
Tabel 3.4 SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire)	48
Tabel 3.5 MMSE (Mini Mental State Exam).....	49
Tabel 3.6 Apgar Keluarga	52
Tabel 3.7 Analisa Data	53
Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan	56
Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan	59
Tabel 3.10 Catatan Perkembangan	61

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway	12
Bagan 3.1 Genogram	39

DAFTAR LAMPIRAN

1. Satuan Acara Penyuluhan tentang Hipertensi
2. Leaflet tentang Hipertensi
3. Daftar Riwayat Hidup
4. Format Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Seseorang dikatakan hipertensi bila memiliki tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolic ≥ 90 mmHg, pada pemeriksaan yang berulang. Tekanan darah sistolik merupakan pengukuran utama yang menjadi dasar penentuan diagnosis hipertensi. (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia, 2015)

Hipertensi merupakan factor risiko pertama utama penyebab kematian di dunia. Hipertensi sangat dipengaruhi oleh cara dan kebiasaan hidup seseorang yang sering disebut sebagai *the killer disease* karena penderita tidak mengetahui jika dirinya mengidap hipertensi. Penderita datang berobat setelah timbul kelainan organ akibat hipertensi. Hipertensi juga dikenal sebagai *heterogeneous group of disease* karena dapat menyerang setiap orang dari berbagai kelompok umur, sosial, dan ekonomi. (WHO, 2015)

Di negara – negara yang sedang berkembang, penyakit tidak menular (PTM) seperti penyakit jantung, kanker dan depresi akan segera menggantikan penyakit menular dan malnutrisi sebagai penyebab kematian dan disabilitas. Jumlah penderita hipertensi didunia terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan pada tahun 2025 akan ada 1,5 miliar orang yang terkena hipertensi. Diperkirakan juga setiap tahun ada 9,4 juta orang meninggal akibat hipertensi dan komplikasi.

Hipertensi telah menjadi masalah utama dalam kesehatan dunia. Indonesia termasuk dalam lima besar Negara dengan jumlah lanjut usia terbanyak di dunia, pada tahun 2014, 18,781 juta jiwa dan diperkirakan pada tahun 2025 jumlahnya akan mencapai 36 juta jiwa dan hipertensi juga menjadi masalah kesehatan di Indonesia. Prevalensi hipertensi pada penduduk usia ≥ 18 tahun mengalami peningkatan dari tahun 2013

sebanyak 25.8% menjadi 34.1% dari jumlah penduduk Indonesia.(Riskesdas, 2018).

Berdasarkan prevalensi di Kabupaten Garut, jumlah kasus hipertensi pada tahun 2018 menurut Badan Pusat Statistik Kabupaten Garut mencatat 76.663 kasus. Dimana, hipertensi menduduki peringkat ketiga dari sepuluh penyakit terbanyak yang ada di Kabupaten Garut (Badan Pusat Statistik Kab.Garut, 2018).

Sementara data yang diperoleh dari laporan bulanan Puskesmas Selaawi, 10 penyakit terbesar terhitung pada tahun 2021, didapatkan data tentang kasus hipertensi dibawah ini :

Tabel 1.1

**Distribusi Frekuensi 10 Besar Penyakit Di Wilayah Kerja
UPT Puskesmas Selaawi Tahun 2021**

No	Jenis Penyakit	Jumlah Penderita	Presentase %
1	Gastritis	4988	23%
2	Myalgia	3473	16%
3	Nasofaringitis Akut	3388	16%
4	Granyloma Piogenik	2066	9%
5	Hipertensi	1917	9%
6	Infeksi Saluran Nafas	1658	8%
7	Sakit Kepala	1327	6%
8	Influenza	1297	6%
9	Diare	927	4%
10	Demam	778	4%
	Jumlah	21819	100%

Sumber : Puskesmas Selaawi periode tahun 2021

Berdasarkan tabel diatas, menunjukkan bahwa penyakit hipertensi termasuk kedalam 10 besar penyakit yang ada di UPT Puskesmas Selaawi dan menempati urutan ke 5 dengan jumlah 1917 jiwa pada tahun 2021.

Pasien dengan hipertensi akan mengalami berbagai gangguan pemenuhan kebutuhan dasar, diantaranya adalah gangguan pemenuhan kebutuhan dasar pada oksigen, aman nyaman, cairan dan aktifitas. Pada pasien hipertensi dapat menyebabkan gangguan pada kebutuhan oksigen yang digambarkan dengan adanya penurunan curah jantung. Curah jantung pada pasien dengan hipertensi terjadi karena peningkatan tekanan darah

pada vaskuler mengakibatkan suplai darah ke jantung berkurang, dan ini akan mengalami gangguan pada afterload atau preload. Pompa jantung yang kuat akan menyebabkan elastisitasnya otot jantung menjadi berkurang dan ini bisa menjadi penurunan aliran darah ke seluruh tubuh.

Pada kasus hipertensi pasien sering mengeluh sakit kepala dibagian tengkuk dan leher, perasaan pusing di kepala saat bangun tidur. Hal ini disebabkan karena adanya peningkatan tekanan darah pada vaskuler. Dampak dari gangguan vaskuler yang terjadi dapat mengakibatkan darah dan suplai oksigen ke seluruh tubuh dapat terganggu. Dengan terganggunya suplai darah ke seluruh tubuh akan mengganggu kebutuhan oksigen. Kebutuhan dasar lain yang terganggu yaitu kebutuhan cairan. Banyak pada kasus hipertensi disertai dengan kelebihan volume cairan yang ditandai dengan adanya sesak nafas. Dampak dari sesak nafas ini akan mengakibatkan kelelahan yang dapat mengganggu kebutuhan aktivitas karena kurangnya suplai oksigen ke seluruh tubuh.

Pada kasus hipertensi yang akan diperhatikan yaitu pola makan, berat badan ideal, konsistensi garam, merokok, aktivitas sehari – hari, serta tingkat stress penderita hipertensi. Dengan adanya pengurangan pada factor resiko, kasus hipertensi dapat menurun. Disamping penyuluhan kesehatan terdapat terapi yang dapat mengurangi peningkatan tekanan darah dengan teknik non farmakologis dan farmakologis. Pada hipertensi dapat menyebabkan terganggu dan terancamnya aktivitas sehari – hari dalam pemenuhan kebutuhan dasar hidup. Perlu adanya upaya dan dorongan motivasi pada penderita hipertensi dalam pemenuhan kebutuhan fisiologisnya yang tertuang dalam tindakan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative.

Jika pada kasus hipertensi tidak segera diatasi maka akan terjadi komplikasi. Dimulai dari komplikasi pada vaskuler, organ ginjal, jantung, hingga pada organ mata yang terjadi karena pecahnya pembuluh darah di mata.

Mengingat dampak yang timbul pada penderita hipertensi seperti penurunan curah jantung, nyeri, gangguan pola tidur, intoleransi aktivitas, ansietas, kurangnya pengetahuan informasi terhadap penyakit dan lain sebagainya. Oleh sebab itu peran perawat tidak bisa dipisahkan dari pelayanan kesehatan, dimana perawat berperan dalam pemberi asuhan keperawatan langsung, pendidikan kesehatan sampai dengan kolaborasi untuk mencegah dampak lanjut dari hipertensi.

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk menjadikan penyakit hipertensi sebagai Karya Tulis Ilmiah, agar penulis lebih memahami bagaimana proses keperawatan yang dilakukan pada klien dengan hipertensi.

Untuk mendapat hasil yang memuaskan penulis mengambil judul karya tulis ilmiah : **“ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.Y DENGAN PENYAKIT HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG CILELES RT 002/ RW 001 DESA CIRAPUHAN KECAMATAN SELAAWI KABUPATEN GARUT”**

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi yang dilakukan secara langsung dan komprehensif. dan meliputi asuhan keperawatan Bio-Psiko-Sosial-Spiritual pada lanjut usia dengan hipertensi.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Ny.Y dengan Hipertensi pada Katz Indeks A di Kampung Cileles RT002/RW001 Desa Cirapuhan Kecamatan Selaawi Kabupaten Garut.
- b. Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada Ny.Y dengan Hipertensi pada Katz Indeks A di Kampung Cileles RT002/RW001 Desa Cirapuhan Kecamatan Selaawi Kabupaten Garut.

- c. Mampu menyusun rencana tindakan keperawatan pada Ny.Y dengan Hipertensi pada Katz Indeks A di Kampung Cileles RT002/RW001 Desa Cirapuhan Kecamatan Selaawi Kabupaten Garut.
- d. Mampu melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan perencanaan pada Ny.Y dengan Hipertensi pada Katz Indeks A di Kampung Cileles RT002/RW001 Desa Cirapuhan Kecamatan Selaawi Kabupaten Garut.
- e. Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan pada Ny.Y dengan Hipertensi pada Katz Indeks A di Kampung Cileles RT002/RW001 Desa Cirapuhan Kecamatan Selaawi Kabupaten Garut.

C. Metode Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, metode yang digunakan adalah metode deskriptif dengan teknik studi kasus dan menerapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan pada Ny.Y yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Sedangkan teknik pengumpulan data yang digunakan Menurut Siyoto & Sodik, 2015 adalah sebagai berikut :

1. Wawancara

Secara garis besar ada 2 pedoman wawancara yaitu wawancara tidak terstruktur, yaitu wawancara yang hanya memuat garis besar yang akan ditanyakan, hasil wawancara jenis ini lebih banyak tergantung pada pewawancara. Pewawancara sebagai pengemudi jawaban responden, jenis ini cocok untuk penelitian kasus. Wawancara terstruktur yaitu wawancara yang disusun secara terperinci sehingga menyerupai check-list. Pewawancara hanya membutuhkan tanda $\checkmark$ (check) pada nomor yang sesuai.

Data yang penulis dapatkan salah satunya dengan teknik wawancara tidak terstruktur, dilakukan oleh perawat dengan lansia dan

juga didampingi oleh keluarganya, tentang hal – hal yang berkaitan dengan masalah kesehatan klien.

2. Observasi

Dalam menggunakan metode observasi cara yang paling efektif adalah melengkapinya dengan format atau blangko pengamatan sebagai instrument. Format yang disusun berisi item – item tentang kejadian atau tingkah laku yang digambarkan akan terjadi. Peranan yang paling penting dalam metode ini adalah pengamat. Pengamat harus jeli dalam mengamati adalah menatap kejadian, gerak atau proses.

Observasi cara pengumpulan data dalam kasus ini adalah melalui pengamatan tentang kondisi klien dalam rangka asuhan keperawatan. Metode pengambilan data yang menggunakan indera penglihatan untuk mengamati kondisi fisik dari lingkungan tempat tinggal lansia dan memperoleh data yang objektif. Observasi dilakukan secara langsung pada lansia dalam pemenuhan kebutuhan sehari – hari.

3. Studi Dokumentasi

Metode dokumentasi yaitu mencari data yang mengenai hal – hal atau variabel yang berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, lengger, agenda dan sebagainya. Dibandingkan dengan metode lain, maka metode ini agak tidak terlalu sulit, dalam arti apabila ada kekeliruan sumber datanya masih tetap belum berubah. Metode dokumentasi ini untuk mencatat hal yang bersifat bebas atau belum ditentukan dalam daftar variable dapat menggunakan kalimat bebas.

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

4. Studi Kepustakaan

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

D. Sistematika Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ini, penulis menggunakan sistematika sebagai berikut:

BAB I merupakan Pendahuluan yang berisi latar belakang, tujuan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

BAB II merupakan tinjauan teoritis yang berisi konsep dasar hipertensi dan konsep asuhan keperawatan. Dalam konsep dasar teori berisi pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan penunjang, komplikasi, dan penatalaksanaan. Adapun konsep asuhan keperawatan berisi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.

BAB III merupakan tinjauan kasus yang berisi tentang proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.

BAB IV merupakan penutup dan rekomendasi yang berisikan kesimpulan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan saran juga rekomendasi pelaksanaan tindakan terhadap masalah yang telah ditemukan.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Hipertensi

1. Pengertian Hipertensi

Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolic sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal, dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah, makin besar resikonya. (Sylvia A.Price, 2015)

Hipertensi merupakan factor risiko pertama utama penyebab kematian di dunia. Hipertensi sangat dipengaruhi oleh cara dan kebiasaan hidup seseorang yang sering disebut sebagai *the killer disease* karena penderita tidak mengetahui jika dirinya mengidap hipertensi. Penderita datang berobat setelah timbul kelainan organ akibat hipertensi. Hipertensi juga dikenal sebagai *heterogeneous group of disease* karena dapat menyerang setiap orang dari berbagai kelompok umur, sosial, dan ekonomi. (WHO, 2015)

Seseorang dikatakan hipertensi bila memiliki tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolic ≥ 90 mmHg, pada pemeriksaan yang berulang. Tekanan darah sistolik merupakan pengukuran utama yang menjadi dasar penentuan diagnosis hipertensi. (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia, 2015)

Menurut Ignatavicius yang dikutip oleh Udjianti (2010) mengatakan bahwa hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik diatas 140 mmHg dan atau tekanan diastolic diatas 90 mmHg yang terjadi pada seorang klien.

Hipertensi adalah suatu fenomena klinis yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah arteri. Saat mengukur tekanan darah akan didapatkan 2 angka sebagai berikut : 120/80 mmHg, angka 120 merefleksikan besarnya tekanan terhadap dinding pembuluh darah saat

ventrikel kontraksi yang dikenal dengan istilah systole, sedangkan 80 atau dikenal dengan diastole merefleksikan tekanan terhadap pembuluh darah saat ventrikel relaksasi. Hipertensi didefinisikan sebagai suatu keadaan peningkatan tekanan darah arteri yang persisten dimana tekanan sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan diastolic ≥ 90 mmHg. (WHO : The American Heart Association). Keadaan ini sering dihubungkan dengan menurunnya distensibilitas dinding pembuluh darah, peningkatan tahanan perifer, dan hypervolemia.

2. Etiologi

Menurun Nanda Nic Noc (2015). Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan.

a. Hipertensi Primer (esensial)

Disebut juga idopatik karena tidak diketahui penyebabnya. Faktor yang mempengaruhinya yaitu : genetic, lingkungan, hiperaktifitas saraf simpatis sistem renin. Angiotensin dan peningkatan Na + Ca intraseluler. Factor – factor yang meningkatkan resiko : obesitas, merokok, alcohol dan polisitemia.

b. Hipertensi Sekunder

Penyebab yaitu : penggunaan estrogen, penyakit ginjal, sindrom cushing dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

Hipertensi pada lanjut usia dibedakan atas :

a. Hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih bedar dari 140 mmHg dan / atau tekanan diastolic sama atau lebih besar dari 90 mmHg.

b. Hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan sistolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg.

Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan – perubahan pada :

a. Elastisitas dinding aorta menurun

b. Katub jantung menebal dan menjadi kaku

- c. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.
- d. Kehilangan elastisitas pembuluh darah. Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi.
- e. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer.

Tabel 2.1. Secara klinis derajat hipertensi dapat dikelompokkan yaitu :

No	Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
1	Optimal	<120	<80
2	Normal	120 – 129	80 – 84
3	High normal	130 – 139	85 – 89
4	Hipertensi		
	Grade 1 (ringan)	140 – 159	90 – 99
	Grade 2 (sedang)	160 – 179	100 – 109
	Grade 3 (berat)	180 – 209	100 – 119
	Grade 4 (sangat berat)	>210	>120

Sumber : Nanda NIC NOC, 2015

Menurut Anies (2018). Sejumlah etiologi yang dapat menyebabkan hipertensi yaitu usia, jenis kelamin, ras dan pola hidup.

a. Usia

Tidak dapat dimungkiri factor usia merupakan salah satu penyebab seseorang terkena tekanan darah tinggi. Semakin bertambah usia seseorang semakin berkurang elastisitas pembuluh darahnya sehingga tekanan darah didalam tubuh orang yang sudah lanjut usia akan mengalami kenaikan dan dapat melebihi batas normalnya.

b. Keturunan

Orang tua yang mempunyai tekanan darah tinggi atau hipertensi ada kemungkinan dapat menurunkan kepada anaknya.

c. Jenis kelamin

Pria yang berusia 45 tahun lebih berisiko terkena tekanan darah tinggi dibandingkan wanita. Sementara itu, wanita yang berusia diatas 65 tahun lebih berisiko terkena penyakit ini.

d. Factor Olahraga

Orang yang tidak pernah melakukan berbagai olahraga, khususnya aerobik, akan lebih berisiko terkena tekanan darah tinggi. jika tidak pernah melakukan olahraga akan menyebabkan jantung menjadi tidak sehat. Hal ini berakibat jantung tidak bisa memompa darah dan akan mengakibatkan aliran darah didalam tubuh menjadi tidak lancar.

e. Pola Makan

Pola makan yang buruk atau tidak sehat merupakan salah satu penyebab orang terkena tekanan darah tinggi. Seseorang yang sering mengonsumsi makanan – makanan yang mempunyai kadar lemak tinggi akan berisiko terkena hipertensi. Makanan yang berlemak tinggi akan membuat penyumbatan pembuluh di pembuluh darah sehingga tekanan darah akan menjadi naik.

f. Minum Alkohol

Minuman beralkohol sangat tidak baik untuk kesehatan tubuh. Jika sering mengonsumsi beralkohol sebaiknya mulai mengurangi kebiasaan buruk tersebut atau bahkan harus menghentikannya. Minuman beralkohol akan mengakibatkan kadar trigliserida dalam darah. Padahal trigliserida adalah kolesterol yang “jahat” yang dapat menyebabkan tekanan darah menjadi naik secara drastis.

g. Stress

Factor lain yang penting adalah stress emosional. Orang yang sering mengalami stress biasanya tekanan darhnya akan menjadi naik. Jika orang dengan stress, hormone adrenalin dalam

tubuhnya akan meningkat sehingga akan menyebabkan tekanan darah didalam tubuh menjadi naik.

3. Patofisiologi

Reseptor yang menerima perubahan tekanan darah yaitu refleksi baroreseptor yang terdapat pada sinus karotis dan arkus aorta. Pada hipertensi, karena adanya berbagai gangguan genetic dan risiko lingkungan, maka terjadi gangguan neurohormonal yaitu sistem saraf pusat dan sistem renin – angiotensin – aldosterone, serta terjadinya inflamasi dan resistensi insulin. Resistensi insulin dan gangguan neurohormonal menyebabkan vasokonstriksi sistemik dan peningkatan resistensi perifer. Inflamasi menyebabkan gangguan ginjal yang disertai gangguan sisten renin – angiotensin – aldosterone (RAA) yang menyebabkan retensi garam dan air di ginjal, sehingga terjadi peningkatan volume darah. Peningkatan resistensi perifer dan volume darah merupakan dua penyebab utama terjadinya hipertensi. Pusat yang menerima impuls yang dapat mengenali keadaan tekanan darah terletak pada medulla di batang otak.

Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh darah perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat, dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada akhirnya akan menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya yaitu kemampuan aorta dan arteri besar menjadi berkurang dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), sehingga mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan resistensi perifer. (Brunner & Suddarth)

4. Manifestasi Klinis

Menurut Nanda NIC NOC (2015). Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi :

a. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan arterial tidak terukur.

b. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu :

- | | |
|----------------------------------|----------------------|
| 1. Mengeluh sakit kepala, pusing | 5. Mual |
| 2. Lemas, kelelahan | 6. Muntah |
| 3. Sesah nafas | 7. Epitaksis |
| 4. Gelisah | 8. Kesadaran menurun |

Hipertensi tidak memiliki gejala spesifik. Secara fisik, penderita hipertensi juga tidak menunjukkan apapun. Gejala hipertensi cenderung menyerupai gejala atau keluhan kesehatan pada umumnya antara lain jantung berdebar, penglihatan kabur, sakit kepala disertai dengan mual dan muntah, telinga berdenging, gelisah, rasa sakit didada, mudah lelah, muka memerah serta mimisan, sehingga demikian sebagian orang tidak menyadari bahwa dirinya terkena hipertensi (Yanita:2017:5).

Seperti yang dijelaskan sebelumnya bahwa hipertensi umumnya terjadi tanpa gejala – gejala apapun (diam – diam) dan karena hipertensi ini diberi label “The Silent Killer”. Hipertensi mungkin hadir dan tetap tidak diketahui untuk bertahun – tahun, bahkan sampai beberapa decade (puluhan tahun). Ini terjadi karena tidak ada gejala – gejala, dan yang

terkena hipertensi gagal untuk menjalani penyaringan tekanan darah periodic (Muhammadun, 2010:89).

5. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Nanda NIC NOC (2015) Pemeriksaan Penunjang pada hipertensi adalah :

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Hb/Ht : untuk mengkaji hubungan dari sel – sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan factor resiko seperti : hipokoagulasi, anemia.
- 2) BUN/Kreatinin : memberikan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal.
- 3) Glukosa : hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
- 4) Urinalisa : darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.

b. CT Scan : Mengkaji adanya tumor cerebral, ecelopati

c. EKG : Dapat menunjukan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu penyakit jantung hipertensi.

d. IUP : Mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti : Batu ginjal, perbaikan ginjal.

e. Photo dada : Menunjukan destruksi klasifikasi ppada area katup, pembesaran jantung

6. Komplikasi

Komplikasi dari hipertensi sering dirujuk sebagai kerusakan akhir organ karena kerusakan pada organ – organ ini adalah hasil akhir dari tekanan darah tinggi kronis. Oleh karena itu, diagnosa tekanan darah tinggi sangat penting sehingga usaha – usaha dapat dibuat untuk membuat tekanan darah tinggi menjadi normal dan mencegah terjadinya komlikasi (Muhammadun, 2010:13). Tekanan darah tinggi berkepanjangan berbahaya, karena penyakit ini bisa menyebabkan

komplikasi yang sering kali mematikan antara lain serangan jantung, stroke dan gagal ginjal (Carlson Wade, 2016:14).

Namun hipertensi bisa diatasi dengan memodifikasi gaya hidup salah satunya adalah dengan mengatur pola makan atau diet, karena bagaimanapun juga itu merupakan salah satu factor yang berperan besar dalam menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi, sambil meningkatkan efek anti hipertensi (A. J. Ramadhan, 2010:110).

Hipertensi adalah salah satu factor penyebab mortalitas diseluruh dunia. Penderita hipertensi beresiko terhadap penyakit kardiovaskular terutama pada laki – laki (Tamosiunas, et al, 2014). Hipertensi merupakan factor risiko utama kejadian stroke, infark miokard, gagal jantung, dan gagal ginjal (Zeng et al, 2009), angioplasty, demensia, penyakit pembuluh darah perifer (Williams, 2004). Komplikasi lain yang diakibatkan oleh hipertensi adalah retinopati hipertensi (Afsar, 2014). Yaitu suatu keadaan yang ditandai dengan adanya kelainan pada vaskuler retina pada penderita hipertensi. Tanda – tanda yang diobservasi pada retina adalah penyempitan arteriolar secara general dan focal, perlengketan atau *nicking* arteriovenosa, perdarahan retina dengan bentuk *flame-shape* dan *blot-shape*, *cotton – wool spots*, dan edema papilla. Pada tahun 1939, bahwa tanda – tanda retinopati ini dapat dipakai untuk memprediksi mortalitas pada pasien hipertensi (Wong & Mitchell, 2004).

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada hipertensi terdiri dari farmakologi dan penatalaksanaan non farmakologi. Dalam penatalaksanaan tersebut, menunjukkan sejumlah hal yang harus diperhatikan.

Tabel 2.2
Penatalaksanaan

Jenis Penatalaksanaan	Tindakan
Farmakologi	Golongan diuretic, golongan beta bloker, golongan antagonis kalsium dan golongan ACE inhibitor.
Non Farmakologi	- Pola makan harus dibatasi atau dikurangi, terutama makanan yang mengandung garam. - Aktivitas / olahraga.

Sumber : M.Asiki, M.Nuralamasyah & Susaldi, 2018

Pengobatan hipertensi bertujuan untuk mengontrol tekanan darah. Pengobatan terhadap hipertensi dapat dilakukan secara farmakologis dan non farmakologis. Pengobatan farmakologis pada hipertensi biasanya melibatkan berbagai obat anti hipertensi. Sedangkan pengobatan nonfarmakologi biasanya dilakukan dengan penerapan gaya hidup sehat dan terapi herbal. Sebenarnya, penggabungan antara pengobatan farmakologis dan nonfarmakologis dapat dilakukan untuk memaksimalkan pengobatan hipertensi, tentunya dengan anjuran tenaga medis (Yanita,2017:51).

a. Pengobatan Farmakologis

Terapi obat bagi penderita hipertensi dilakukan dengan menggunakan obat anti hipertensi. Beberapa jenis obat anti hipertensi yang biasa diresepkan oleh dokter adalah :

- 1) Diuretic. Obat ini digunakan untuk membantu ginjal mengeluarkan cairan dan garam yang berlebihan dari dalam tubuh melalui urin.
- 2) Angiotensis Converting Enzyme (ACE) inhibitor. Diguunakan untuk mencegah produksi hormone angiotensin II, karena hormone tersebut dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah.
- 3) Beta Blocker. Digunakan untuk memperlambat detak jantung dan menurunkan kekuatan kontraksi jantung sehingga aliran

darah yang terpompa lebih sedikit dan tekanan darah berkurang.

- 4) Calcium Channel Blocker (CCB). Digunakan untuk memperlambat laju kalsium yang melalui otot jantung dan yang masuk ke dinding pembuluh darah.
- 5) Vasodilator. Digunakan untuk menimbulkan relaksasi otot pembuluh darah sehingga tidak terjadi penyempitan pembuluh darah dan tekanan darah pun berkurang.

b. Pengobatan Nonfarmakologis

Dalam pengobatan nonfarmakologis terbagi menjadi tiga macam, yaitu pemanfaatan tanaman herbal, melakukan aktivitas fisik, dan diet :

- 1) Penggunaan tanaman obat sebagai terapi herbal kini banyak diminati masyarakat karena selain berkhasiat, terapi herbal juga relative murah dan tidak menimbulkan efek samping dibandingkan dengan obat berbahan kimia. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Alfaqih dan Kurniati pada tahun 2021, terapi alternative herbal yang sering dikonsumsi oleh pasien yang mengalami Hipertensi antara lain : buah belimbing, daun alpukat, daun seledri dan mentimun.
- 2) Latihan fisik atau olahraga

Menurut Widiantri, dkk (2010), jenis latihan fisik (olahraga) yang bisa dilakukan antara lain adalah senam lansia. Senam lansia adalah serangkaian gerak nada yang teratur dan terarah serta terencana yang diikuti oleh orang lanjut usia dalam bentuk latihan fisik yang berpengaruh terhadap kemampuan fisik lansia. Aktivitas olahraga ini akan membantu tubuh agar tetap bugar dan tetap segar karena melatih tulang tetap kuat dan membantu menghilangkan radikal bebas yang berkeliaran dalam tubuh. Senam dengan frekuensi tiga kali seminggu terbukti melentukan pembuluh darah.

- 3) Diet yang dianjurkan adalah diet DASH, yang terdiri dari atas diet tinggi buah, tinggi sayur dan produk susu yang rendah lemak. Kurangi juga asupan garam sampai dengan 6 gram NaCl (garam dapur) (Sinaga, 2012).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Manurung (2011) yakni, pengkajian merupakan pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisisnya. Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai kenyataan, kebenaran data sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu. Pengkajian yang sistematis terdiri dari dua yakni pengumpulan data dan analisa data.

a. Pengumpulan Data

menurut Deswani (2019) pengumpulan data adalah suatu proses pengkajian dengan mengumpulkan informasi tentang status kesehatan klien secara sistematis dan terus – menerus.

1) Identitas

Identitas yang berhubungan dengan hipertensi antara lain : Umur (prevalensi hipertensi pada lanjut usia lebih banyak), jenis kelamin (Pria mempunyai 2,3x lebih banyak mengalami peningkatan tekanan darah sistolik dibandingkan wanita), Berat Badan (orang dengan obesitas berisiko 2,21 kali mengalami hipertensi), riwayat keluarga (factor keturunan/genetic).

2) Keluhan Utama

Keluhan yang dapat muncul antara lain : nyeri kepala, gelisah, palpitasi, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudah lelah dan impotensi.

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian yang mendukung keluhan utama dengan memberikan pertanyaan tentang kronologi keluhan utama.

Keluhan lain yang menyerta biasanya : sakit kepala, pusing, penglihatan buram, mual, detak jantung tak teratur, nyeri dada.

4) Riwayat Kesehatan Dahulu

Kaji adanya riwayat hipertensi, penyakit jantung, penyakit ginjal, stroke. Penting untuk mengkaji mengenai riwayat pemakaian obat – obatan masa lalu dan adanya riwayat alergi terhadap jenis obat.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji didalam keluarga adanya riwayat penyakit hipertensi, penyakit metabolic, penyakit menular seperti TBC, HIV, infeksi saluran kemih, dan penyakit menurun seperti diabetes militus, asma, dan lain – lain.

6) Pemeriksaan Fisik

Menurut M.Asiki, M.Nuralamsyah & Susaldi, 2016. Pemeriksaan Fisik dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

a) Sistem Penglihatan

Spingter pupil timbul sclerosis dan hilangnya respon terhadap sinar. Kornea lebih berbentuk sferis (bola). Lensa lebih suram (Kekeruhan pada lensa). Meningkatnya ambang, pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat dan susah melihat dalam cahaya gelap. Hilangnya daya akomodasi. Menurunnya lapang pandang. Menurunnya daya membedakan warna hijau dan biru.

b) Sistem Pendengaran

Presbiakusis (gangguan pada pendengaran), membrane timpani menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis, terjadinya pengumpulan serumen dapat mengeras karena adanya peningkatan keratin.

c) Sistem Integumen

Mengkerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak, permukaan kulit kasar dan berisisik, menurunnya respon terhadap trauma, mekanisme proteksi kulit menurun, kulit kepala dan rambut menipis berwarna kelabu, rambut dalam hidung dan telinga menebal, berkurangnya elastisitas akibat dari menurunnya cairan dan vaskularisasi. Pertumbuhan kuku lebih lambat, kuku jari menjadi keras dan rapuh, kuku kaki tumbuh secara berlebihan dan seperti tanduk. Kelenjar keringat fungsi dan jumlahnya berkurang.

d) Sistem Pernafasan

Dyspnea yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja takipnea, ortopnea, dyspnea nocturnal paroksimal, batuk dengan/tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok. Disress pernapasan/penggunaan otot bantu pernapasan, bunyi napas tambahan (krakels/mengi), sianosis.

e) Sistem Kardiovaskular

Elastisitas aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah umur 20 tahun, hal ini menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya. Kehilangan elastisitas pembuluh darah, kurangnya efektifitas pembuluh darah keperifer untuk oksigenasi, perubahan posisi dari tidur ke duduk atau sebaliknya bisa menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65 mmHg (mengakibatkan pusing mendadak). Tekanan darah meningkat diakibatkan oleh meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer, sianosis normal 140 mmHg. Diastolis normal 90 mmHg

f) Sistem Gastrointestinal

Kehilangan gigi, indra pengecap menurun, esophagus melebar, lambung rasa lapar menurun, peristaltic lemah dan

biasanya timbul konstipasi, fungsi absorpsi melemah liver (hati) makin mengecil dan mneurunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah.

g) Sistem Urinaria

Otot – otot menjadi lemah, kapasitasnya menurun sampai 20 ml atau menyebabkan frekuensi buang air kecil meningkat, besika urinaria susah dikosongkan pada pria lanjut usia sehingga mengakibatkan meningkatnya retensi urine.

h) Sistem Muskuloskeletal

Tulang manjadi kehilangan densitinya(cairan) dan rapuh, kifosis, pinggang, lutut dan jari – jari pergelangan terbatas, discuintervertebralis menipis dan menjadi pendek (tingginya berkurang). Tendon mengerut dan mengalami sklerosis. Atrofi serabut sehingga seseorang bergerak lambat, otot – otot keram dan menjadi tremor.

i) Sistem Genetalia

Menciutnya ovum dan uterus, atrofi payudara, pada laki – laki testis maiz dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur – angsur. Dorongan seksual menetap sampai usia diatas 90 tahun, selaput lendir vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi menjadi berkurang, reaksi sifatnya alkali dan manjadi perubahan – perubahan warna, atrofi vulva.

j) Sistem Endokrin

Produksi dari hamper semua hormone menurun, fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah, pituitary mengalami perubahan yaitu pertumbuhan hormone ada tetapi lebih rendah dan hanya didalam pembuluh darah, berkurangnya produksi TSH, ACTH, FSH, dan LH. Menurunnya aktifitas tyroid, menurunnya BMR (Basal

Metabolic Rate) dan menurunnya daya pertukaran zat. Menurunnya sekresi hormone kelamin misalnya progesterone, estrogen dan testeron.

k) Sistem Neurosensory

Saraf Olfaktorius : Fungsi penciuman dibuktikan dapat membedakan bau. Misalnya bau minyak kayu putih dan bau parfum

Saraf optic : Lapang pandang menurun

Saraf okulomotor : klien dapat menggerakkan bola mata kesegala arah, fungsi penglihatan menurun

Saraf traklearis : Mata terkoordinasi sesuai perintah

Saraf trigeminus : Refleks mengunyah ada, rahang mengatup secara simetris

Saraf abduksen : Klien dapat menggerakkan bola mata kekiri dan kekanan

Saraf fasialis : Klien dapat menggerakkan muka

Saraf vestibulokoklearis : Klien lemas dan meringis, pendengaran baik

Saraf glossofaringeus : Ada refleks menelan

Saraf vagus : Kemampuan menelan baik

Saraf aksesorius : Kedua bahu sudah mengalami kelemahan dalam mengatasi tahanan

Saraf hipoglosus : Pergerakan lidah normal

7) Pengkajian Umum

Menurut M.Asiki, M.Nuralamyah & Susaldi, 2016. Pengkajian keperawatan yang dilakukan pada klien hipertensi dijelaskan pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.3

Pengkajian	Hasil	
	Gejala	Tanda
Aktivitas / istirahat	Lemah, letih, napas pendek dan gaya hidup monoton.	Frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea, dan dyspnea saat beraktivitas.
Integritas Ego	Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi, euphoria atau kemarahan kronis dapat mengindikasikan kerusakan serebral. Factor stress multiple (hubungan, keuangan, dan yang berkaitan dengan pekerjaan).	Perubahan emosi secara cepat, kegelisahan, dan iritabilitas. Penyempitan focus
Makanan/ cairan	Makanan yang disukai mencakup makanan tinggi garam, lemak, serta kolesterol (misalnya makanan yang digoreng, keju dan telur) Diet rendah kalium, kalsium, dan magnesium. Mual muntah Penurunan berat badan Riwayat penggunaan diuretic	Berat badan normal atau obesitas, adanya edema, glikosuria dan kongesti vena.
Nyeri / ketidaknyamanan	Angina (penyakit arteri coroner/keterlibatan jantung) Nyeri hilang timbul	Sulit menggerakkan kepala, terlihat memijat kepala, menghindari cahaya terang dan

	pada tungkai/klaudasi (indikasi arterosklerosis pada arteri ekstremitas bawah) Kekakuan pada leher, pusing, penglihatan kabur. Nyeri atau massa abdomen (feokromositoma)	kebisingan, alis berkerut, tangan mengempal, wajah meringis, dan menjaga perilaku
Keamanan	Episode paresthesia unilateral transien. Pusing saat perubahan posisi.	Gangguan koordinasi atau gaya berjalan.

Sumber : M.Asiki, M.Nuralamasyah & Susaldi, 2016

8) Pengkajian Psikologis

Factor psikologis merupakan factor yang penting bagi individu untuk melakukan kontrol terhadap kejadian yang dialaminya dalam hidup. Pada lansia dengan usia diatas 70 tahun sudah mengalami penurunan fungsi kognitif.

Menurut penelitian yang dilakukan (Kaliyaperumal et al, 2014) bahwa terdapat hubungan antara hipertensi dengan kualitas hidup yang menurun, dimana lansia dengan hipertensi 4,6 kali hidupnya kurang berkualitas dibandingkan dengan yang tidak mengalami hipertensi.

- a) Umumnya orang dengan hipertensi mengalami sulit tidur.
- b) Umumnya kecerdasan emosional yang rendah akan menjadi cemas, menyediri, sering takut, merasa gugup, sedih, dan cenderung mudah terkena depresi.
- c) Umumnya stress dapat mempengaruhi tingkatan untuk menurunkan kualitas hidup dan menjadi salah satu factor meningkatnya tekanan darah pada lansia.
- d) Umumnya pasien dengan hipertensi mengonsumsi obat seumur hidup untuk mencegah berbagai komplikasi yang

timbul, sehingga menyebabkan psikologis yang kurang baik terhadap pasien hipertensi.

- e) Umumnya klien mengonsumsi makanan yang tinggi lemak, garam serta kolesterol.
- f) Umumnya terjadi proses patologis yang mengakibatkan penurunan kemampuan fisik pada pasien hipertensi.

9) Pengkajian spiritual

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

10) Pengkajian Khusus Pada Lansia

a) Pengkajian Status Fungsional

(1) Pemeriksaan katz indeks

Umumnya yang terjadi pada lansia yaitu mengalami gangguan dalam pemenuhan aktivitas sehari – hari karena penurunan minat. Pengkajian kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari – hari dapat menggunakan Katz Indeks.

Tabel 2.4 : pemeriksaan kemandirian lansia dengan Index Katz

Skor	Kriteria
A	Kemandirian dalam hal makan, minum, berpindah, kamar kecil, berpakaian dan mandi
B	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari – hari, kecuali satu dari fungsi tersebut
C	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari – hari, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
D	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari – hari, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari – hari, kecuali mandi, berpakaian, kamar kecil dan satu fungsi tambahan
F	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari –

	hari, kecuali berpakaian ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan
G	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari – hari, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak diklasifikasikan sebagai C,D,E atau F

Sumber : Siti Nur Khofifah, 2016

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

(2) Modifikasi dari Barthel Indeks

Tabel 2.5

No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10	Frekuensi : 3x sehari Jumlah: 1 porsi Jenis : umunya mengonsumsi makanan yang rendah lemak, dan rendah garam
2	Minum	5	10	Frekuensi : 8 gelas Jumlah : 2000ml Jenis : air mineral
3	Berpindah dari kursi roda tempat tidur atau sebaliknya	5-10	15	
4	Personal	0	5	Frekuensi :

	toilet (cuci muka, gosok gigi)			2x sehari
5	Keluar masuk toilet	5	10	
6	Mandi	5	15	Feekuensi : 2x sehari
7	Jalan dipermu kaan datar	5	15	
8	Naik turun tangga	0	5	
9	Mengena kan pakaian	5	10	
10	Kontrol BAB	5	10	Frekuensi : Warna :
11	Kontrol BAK	5	10	Frekuensi : warna :
12	Olahraga	5	10	Frekuensi : Jenis :
13	Rekreasi/ pemanfa atan waktu luang	5	10	Jenis :
	Skor Total			

Sumber : Siti Nur Khofifah, 2016

Interpretasi :

Skor 130 : Mandiri

Skor 65 – 125 : Ketergantungan Sebagian

Skor 60 : Ketergantungan Total

b) Pengkajian Status Kognitif

(1) SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire)

Umumnya lansia mengalami kebingungan, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan minat dan motivasi, mudah lupa, gagal dalam melaksanakan tugas, cepat marah, disorientasi.

Tabel 2.6

Benar	Salah	No	Pertanyaan
		01	Tanggal berapa hari ini?
		02	Hari apa sekarang ?
		03	Apa nama tempat ini ?
		04	Dimana alamat anda ?
		05	Berapa umur anda?
		06	Kapan anda lahir?(minimal tahun)
		07	Siapa presiden Indonesia sekarang?
		08	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?
		09	Siapa nama ibu anda ?
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun
		Total Nilai	

Sumber : Siti Nur Khofifah, 2016

Interpretasi hasil :

Skor 0-3 : Fungsi Intelektual Utuh

Skor 4-5 : kerusakan Intelektual ringan

Skor 6-8 : kerusakan Intelektual sedang

Skor 9-10 ; kerusakan Intelektual berat

(2) MMSE (Mini Mental State Exam) : menguji aspek kognitif dari fungsi mental, orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat kembali dan bahasa.

Tabel 2.7

Nilai Maksimum	Pasien	Pertanyaan
Orientasi		
5		Tahun, musim, tanggal, hari, bulan, apa sekarang ? dimana kita (Negara bagian, wilayah, kota) di RS mana? Ruang apa?
Registrasi		
3		Nama 3 obyek (1 detik untuk mengatakan masing – masing) tanyakan pada lansia 3 obyek setelah anda katakana. Beri point untuk jawaban benar, ulangi sampai lansia mempelajari ke 3 nya dan jumlahkan skor yang telah dicapai.
Perhatian dan Kalkulasi		
5		Pilihlah kata dengan 7 huruf, missal kata “panduan”, berhenti setelah 5 huruf, beri 1 point tiap jawaban benar, kemudian dilanjutkan, apakah lansia masih ingat huruf selanjutnya.
Mengingat		
3		Minta untuk mengulangi ke 3 obyek diatas, beri 1 point untuk tiap jawaban benar.
Bahasa		
9		Nama pensil dan melihat (2 point)
30		

Sumber : Siti Nur Khofifah, 2016

Interpretas hasil :

>23 : aspek kognitif dari fungsi mental baik

18-22 : kerusakan aspek fungsi mental ringan

<17 : kerusakan aspek fungsi mental berat

b. Analisa Data

Menurut setiawa (2012). Analisa data merupakan metode yang dilakukan perawat untuk mengkaitkan data klien serta enghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan keperawatan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan pasien. Analisa data terdiri dari Data Subjektif (DS) dan Data Objektif (DO). Data Subjektif diisi berdasarkan perkataan klien dan analisa data diperoleh dari pengkajian, keluhan yang dirasakan lansia dengan hipertensi. Data objektif diisi berdasarkan hasil observasi dan pengukuran perawat yang diperoleh dari format pengkajian.

Tabel 2.8

No	Symptom	Etiologi	Problem
1	a. Gejala dan Tanda Mayor : 1) Subjektif a) Dispnea saat / setelah beraktivitas b) Merasa lelah 2) Objektif a) Tekanan darah meningkat / menurun b) Nadi perifer teraba lemah c) <i>Capillary refill time</i> >3 detik d) Oliguria e) Warna kulit pucat dan / atau sianosis. b. Gejala dan Tanda	Hipertensi yang kemudian terjadi kerusakan vaskuler pembuluh darah. Sehingga terjadi perubahan struktur dan mengalami penyumbatan pembuluh darah. Vasokonstriksi tersebut mengalami gangguan sirkulasi pada pembuluh darah sistemik. Vasokonstriksi yang menyebabkan afterload meningkat dan	Penurunan curah jantung

	Minor 1) Subjektif - 2) Objektif a) <i>Pulmonary vascular resistance</i> (PVR) meningkat / menurun b) <i>Systemic vascular resistance</i> (SVR) meningkat / menurun	terjadi penurunan curah jantung	
2	a. Gejala Dan Tanda Mayor: 1) Subjektif a) Mengeluh nyeri 2) Objektif b) Tampak meringis c) Besikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) d) Gelisah e) Frekuensi nadi meningkat f) Sulit tidur b. Gejala Dan Tanda Minor: 1) Objektif a) Tekanan darah meningkat b) Pola nafas berubah c) Nafsu	Hipertensi yang kemudian terjadi kerusakan vaskuler pembuluh darah. Sehingga terjadi perubahan struktur dan mengalami penyumbatan pembuluh darah. Vasokonstriksi tersebut mengakibatkan gangguan sirkulasi diotak sehingga resistensi pembuluh darah meningkat dan terjadilah nyeri kepala.	Nyeri akut

	makan berubah d) Proses berfikir terganggu e) Menarik diri f) Berfokus pada diri sendiri g) Diaforesis		
3	a. Gejala Dan Tanda Mayor: 1) Subjektif a) Mengeluh lelah 2) Objektif b) Frekuensi jantung meningkat > 20 % dari kondisi istirahat b. Gejala Dan Tanda Minor: 1) Subjektif c) Dipsnea saat/setelah aktivitas d) Merasakan tidak nyaman setelah beraktivitas e) Merasa lemah 2) Objektif a) Tekanan darah berubah > 20 % dari kondisi istirahat b) Gambaran EKG c) Menunjukkan iskemia	Gangguan sirkulasi dalam pembuluh darah sistemik. Vasokonstriksi yang mengakibatkan afterload meningkat dan terjadi fatigue sehingga mengalami Intoleransi aktivitas	Intoleransi aktivitas

	d) Sianosis		
4	a. Gejala dan Tanda Mayor : 1) Subjektif - 2) Objektif Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal b. Gejala dan Tanda Minor : 1) Subjektif Nafsu makan menurun 2) Objektif a) Otot mengunyah lemah b) Otot menelan lemah c) Membrane mukosa pucat	Hipertensi yang kemudian terjadi pembatasan situasi kemudian pembatasan asupan garam, lemak, dan kolesterol. Kemudian mengalami penurunan nafsu makan sehingga terjadi defisit nutrisi.	Defisit Nutrisi
5	a. Gejala dan Tanda Mayor : 1) Subjektif a) Mengeluh sulit tidur b) Mengeluh sering terjaga c) Mengeluh tidak puas tidur d) Mengeluh pola tidur berubah e) Mengeluh istirahat tidak cukup 2) Objektif -	Hipertensi yang kemudian terjadi kerusakan vaskuler pembuluh darah. Sehingga terjadi perubahan struktur dan mengalami penyumbatan pembuluh darah. Vasokonstriksi tersebut mengakibatkan gangguan sirkulasi di otak sehingga resistensi pembuluh darah meningkat dan terjadilah nyeri	Gangguan pola tidur

	b. Gejala dan Tanda Minor 1) Subjektif a) Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun b) Objektif -	kepala kemudian menyebabkan pola tidur menjadi terganggu.	
6	a. Gejala Dan Tanda Mayor: 1) Subjektif a) Menyanyakan masalah yang dihadapi 2) Objektif a) Menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran b) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah b. Gejala Dan Tanda Minor: 1) Objektif a) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat b) Menunjukkan perilaku yang berlebihan (mis. Apatitis, bermusuhan, agitasi)	Hipertensi yang kemudian mengalami perubahan, mengakibatkan minimnya informasi sehingga terjadi defisit pengetahuan	Defisit Pengetahuan
7	a. Gejala Dan Tanda Mayor: 1) Subjektif a) Merasa bingung b) Merasa	Hipertensi yang kemudian mengalami perubahan, mengakibatkan minimnya	Ansietas

	khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi c) Sulit berkonsentrasi 2) Objektif a) Tampak gelisah b) Tampak tegang c) Sulit tidur b. Gejala Dan Tanda Minor: 1) Subjektif a) Mengeluh pusing b) Anoreksia c) Palpitasi d) Merasa tidak berdaya 2) Objektif a) Frekuensi nafas meningkat b) Frekuensi nadi meningkat c) Tekanan darah meningkat d) Diaforesis e) Tremor f) Muka tampak pucat g) Suara bergetar h) Kontak mata buruk i) Sering berkemih	informasi sehingga terjadi ansietas	
--	---	-------------------------------------	--

Sumber : Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan kesimpulan yang ditarik dari data yang dikumpulkan tentang lansia, yang berfungsi sebagai alat untuk menggambarkan masalah lansia dan penarikan kesimpulan ini dapat dibantu oleh perawat. Diagnosa keperawatan adalah tahap kedua setelah dilakukannya pengkajian keperawatan. (Siti Nur Khofifah, 2016)

a) Pengertian

Diagnosa keperawatan adalah "Clinical Judgment" yang berfokus pada manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan atau kerentanan (vulnerability) baik pada individu, keluarga, kelompok atau komunitas (Nanda, 2015-2017)

b) Diagnosa yang Lazim Muncul

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016. Diagnosa yang lazim muncul antara lain :

- (1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (D.0008)
- (2) Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma) (D. 0077)
- (3) Intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D. 0056)
- (4) Defisit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis (D.0019)
- (5) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang paparan informasi (D. 0111)
- (6) Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri (D. 0055)
- (7) Anietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D. 0080)

3. Intervensi Keperawatan

Menurut Siti Nur Khofifah (2016) Perencanaan keperawatan gerontik ini merupakan langkah ketiga dalam proses keperawatan. Perawat memerlukan berbagai pengetahuan dan keterampilan diantaranya pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan klien, nilai dan

kepercayaan klien, batasan praktek keperawatan, peran dari tenaga kesehatan lainnya.

a. Pengertian

Perencanaan keperawatan gerontik adalah suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang berguna untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah – masalah lansia.

b. Berdasarkan Tingkat Kegawatan

1) Prioritas masalah

- (a) Prioritas tinggi : mencerminkan situasi yang mengancam kehidupan
- (b) Prioritas sedang : menggambarkan situasi yang tidak gawat dan tidak mengancam hidup klien
- (c) Prioritas rendah : menggambarkan situasi yang berhubungan langsung dengan prognosis dari suatu penyakit yang spesifik.

2) Berdasarkan kebutuhan Maslow

- (a) Kebutuhan Fisiologis
- (b) Kebutuhan keamanan, dan keselamatan
- (c) Kebutuhan mencintai dan dicintai
- (d) Kebutuhan harga diri
- (e) Kebutuhan aktualisasi diri

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasionalisasi
1	SDKI (D.0008) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan <i>afterload</i>	SLKI (L.02008) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x3 jam maka penurunan curah jantung teratasi dengan kriteria hasil : - Keluhan lelah menurun - Dyspnea menurun - Tekanan darah membaik - Capillary refill time (CRT) membaik - Pulmonary artery wedge pressure (PAWP) membaik - Central venous resitance	SIKI (I. 02075) Observasi - Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dyspnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan cvp) - Monitor tekanan darah - Monitor saturasi oksigen - Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah beraktivitas Terapeutik - Posisikan semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman - Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat - Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, <i>jika perlu</i> - Berikan dukungan emosional	Observasi - Penurunan curah jantung dapat terkontrol - Perbandingan tekanan darah memberikan gambaran yang lebih lengkap tentang keterlibatan masalah vascular. - Saturasi oksigen dalam batas normal dapat meminimalisir penurunan curah jantung - Mengetahui penurunan curah jantung sebelum dan sesudah beraktifitas Terapeutik - Dapat mengurangi dyspnea - Dengan gaya hidup yang sehat dapat mengurangi dyspnea akibat penurunan curah jantung - Menurunkan stress dan ketegangan yang dapat

		membaik	dan spiritual Edukasi 1. Anjurkan beraktivitas fisik klien sesuai toleransi 2. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu	mempengaruhi tekanan darah 4. Dapat menstabilkan emosional Edukasi 1. Mencegah terjadinya gangguan pada saat beraktivitas 2. Mencegah terjadinya imobilitas Kolaborasi Dapat mengatasi gangguan irama jantung yang bisa berupa detak jantung yang terlalu cepat, terlalu lambat atau tidak teratur.
2	SDKI (D. 0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)	SLKI (L. 08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 3 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: a. keluhan nyeri menurun b. meringis menurun c. gelisah menurun d. tekanan darah membaik	SIKI (I. 08238) Observasi 1. Observasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	Observasi 1. Untuk mengetahui dimana lokasi, karakteristik, berapa lama durasi, frekuensi dan intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan 3. Untuk mengetahui mimik wajah yang diperlihatkan klien saat nyeri muncul 4. Untuk mengetahui factor-faktor apa saja yang

			Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Kolaborasi 1. Anjurkan menggunakan analgetik, bila perlu	memperberat nyeri 5. Untuk mengetahui sejauh mana nyeri mempengaruhi kualitas hidup klien Terapeutik 1. Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan oleh klien 2. Untuk mengurangi nyeri dan membuat klien merasa lebih nyaman 3. Fasilitasi istirahat tidur dapat membantu membuat klien mengurangi rasa nyeri Edukasi 1. Memberikan informasi terkait nyeri yang dirasakan pasien Kolaborasi 1. Untuk membantu proses penyembuhan klien
3	SDKI (D. 0056) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	SLKI (L. 05047) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 3 jam maka toleransi aktivitas meningkat dengan	SIKI (I. 05178) Observasi 1. Monitor kelehan fisik dan emosional 2. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama	Observasi 1. Untuk mengerahui tingkat kelelahan fisik dan emosional pasien 2. Untuk mengetahui lokasi

		kriteria hasil: a. keluhan lelah menurun b. perasaan lemah menurun c. tekanan darah membaik d. kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari	melakukan aktivitas Terapeutik 1. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas bertahap	dan tingkat ketidaknyamanan pasien dalam melakukan aktivitas Terapeutik 1. Untuk mengalihkan rasa ketidaknyamanan yang dialami pasien Edukasi 1. Untuk memberikan kenyamanan pasien saat beristirahat 2. Untuk menunjang proses aktivitas klien
4	SDKI (D.0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis	SLKI (L.03030) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 3 jam maka defisit nutrisi meningkat dengan kriteria hasil: a. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat b. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat c. Sikap terhadap makanan / minuman	SIKI (I. 03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Monitor asupan makanan Terapeutik 1. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 2. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi Edukasi	Observasi 1. Dapat mengetahui asupan nutrisi 2. Untuk mengetahui alergi makanan yang dikonsumsi 3. Dengan mengonsumsi makanan yang disukai, akan meningkatkan nafsu makan klien 4. Dapat mengetahui asupan makanan yang dikonsumsi Terapeutik 1. Untuk mencegah terjadinya hipertensi akibat makanan

		sesuai dengan tujuan kesehatan	1. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan	yang dikonsumsi 2. Untuk mencegah konstipasi Edukasi 1. Untuk menurunkan tekanan darah yang diakibatkan oleh makanan Kolaborasi 1. Dapat mengetahui asupan nutrisi dan kalori yang dikonsumsi klien
5	SDKI (D. 0111) Defisit pengetahuan Berhubungan dengan kurang paparan informasi	SLKI (L. 2111) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 3 jam maka tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: a. verbalisasi minat dalam belajar meningkat b. kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat c. pertanyaan tentang masalah yang	SIKI (I. 12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan tentang penyakit hipertensi 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan	Observasi 1. Kesiapan sangat berpengaruh terhadap penerimaan informasi yang akan disampaikan Terapeutik 1. Kesiapan materi penting untuk kejelasan dalam pemberian informasi 2. Jadwal yang disepakati akan mempermudah dalam kegiatan penyampaian informasi 3. Dengan memberikan kesempatan untuk bertanya pasien dapat lebih memahami mengenai

		dihadapi menurun d. perilaku membaik		informasi tersebut Edukasi 1. Untuk menghindari terjadinya kejadian terulang
6	SDKI (D. 0055) Gangguan pola tidur Berhubungan dengan nyeri kepala	SLKI (L. 05045) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 3 jam maka pola tidur membaik dengan kriteria hasil: a. Keluhan sulit tidur menurun b. Keluhan sering terjaga menurun c. Keluhan tidak puas tidur menurun d. Keluhan istirahat tidak cukup menurun e. Kemampuan beraktivitas meningkat	SIKI (I. 05174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan / fisiologis) Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaannya, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) Edukasi 1. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur	Observasi 1. Untuk mengetahui masalah yang dialami klien 2. Untuk mengumpulkan data yang mendukung dalam pemuahan kebutuhan klien Terapeutik 1. Untuk memberikan rasa nyaman kepada klien Edukasi 1. Agar klien mengetahui dan menghindari factor yang dapat mengganggu tidur
7	SDKI (D. 0080) Ansietas Berhubungan dengan	SLKI (L. 09093) Setelah dilakukan intervensi keperawatan	SIKI (I. 09314) Terapeutik 1. Monitor tanda-tanda ansietas	Terapeutik 1. Sebagai indikator awal untuk menentukan

	tingkat ansietas	selama 3 x 3 jam maka tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: - Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun - Keluhan pusing menurun - Tekanan darah menurun - Pola berkemih membaik	2. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan Edukasi - Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis - Latih teknik relaksasi	intervensi selanjutnya - Hubungan saling percaya adalah dasar terpadu yang mendukung pasien dalam mengatasi masalah cemas Edukasi - Menginformasikan factual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis dapat mengurangi kecemasan pasien - Untuk mengurangi rasa cemas pasien
--	------------------	---	---	--

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan merupakan langkah keempat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan), strategi ini terdapat dalam rencana tindakan keperawatan.

Tindakan keperawatan gerontik adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. (Siti Nur Khofifah, 2016)

5. Evaluasi

Tahap penilaian atau evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan gerontik. Penilaian yang dilakukan dengan membandingkan kondisi lansia dengan tujuan yang ditetapkan pada rencana.

Hasil evaluasi yang menentukan apakah masalah teratasi, teratasi sebagian atau tidak teratasi, adalah dengan cara membandingkan SOAP (Subjektif – Objektif – Assesment _ Planning) dengan tujuan kriteria hasil yang telah ditetapkan. (Siti Nur Khofifah, 2016)

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Klien

Nama : Ny.Y
Umur : 60 Tahun
Pendidikan : SMP
Agama : Islam
Status : Menikah
Alamat : Kp. Cileles RT 001 RW 002 Desa.
Cirapuhan Kec. Selaawi Kab. Garut
Suku Bangsa : Indonesia
Diagnosa Medis : Hipertensi
Orang yang dapat dihubungi : Ny. R
Hubungan dengan Lansia : Anak
Alamat : Kp. Cileles RT 001 RW 002 Desa.
Cirapuhan Kec. Selaawi Kab. Garut
Tanggal Pengkajian : 13 Desember 2021

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri kepala

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 Desember 2021. Klien mengeluh nyeri kepala, Nyeri dirasakan seperti tertimpa benda berat. Nyeri dirasakan di kepala bagian belakang menjalar ke tengkuk. Skala Nyeri 5 (0-10). Nyeri muncul ketika klien kurang tidur dan banyak beraktifitas dan nyeri hilang ketika klien beristirahat dan rileks.

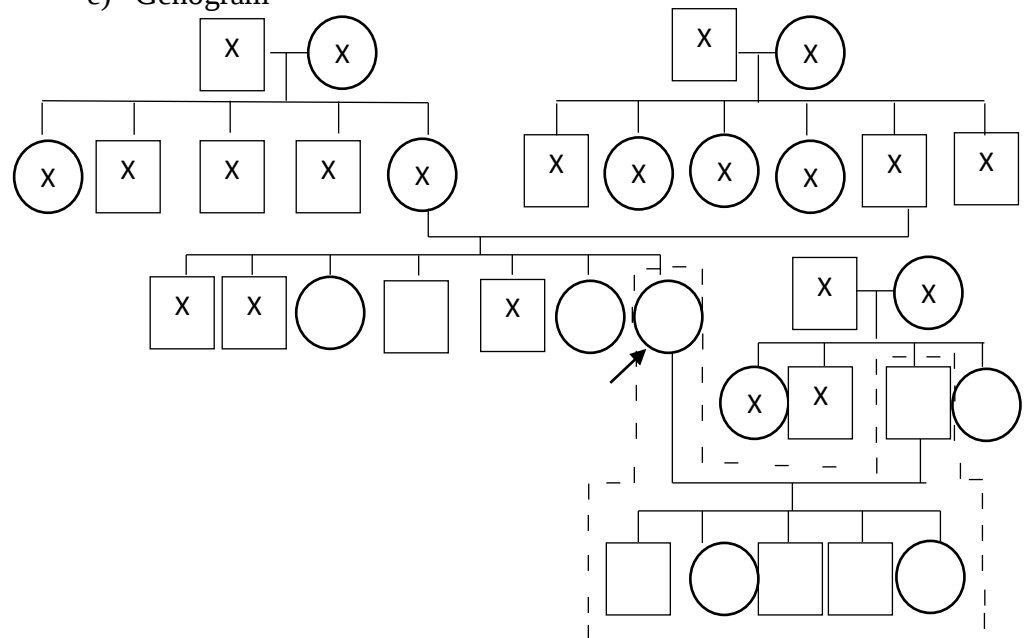
c) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan tidak pernah menderita penyakit kronis selain hipertensi yang dialami saat ini. Klien mengatakan bahwa klien mempunyai riwayat hipertensi sudah 7 tahun. Klien mengatakan riwayat pengobatan tidak teratur.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan diantara anggota keluarganya yang menderita penyakit hipertensi yaitu ayahnya.

e) Genogram



Bagan 3.1

Keterangan :

○ : Laki – laki

□ : Perempuan

X : Meninggal

↗ : Klien

---- : Tinggal Serumah

3) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Kesadaran : Compos Mentis
 Penampilan : Lemas, cemas, meringis, bingung, gelisah

b) Pemeriksaan Tanda – Tanda Vital

Tekanan Darah : 170/100 mmHg
 Nadi : 89x/menit
 Respirasi : 22x/menit
 Suhu : 36,6⁰C

c) Pengkajian Fisik

(1) Sistem Penglihatan

Inspeksi : letak mata simetris antara mata akiri dan kanan, sclera tidak ikterik, bola mata dapat digerakan ke segala arah, mata tampak cekung. Fungsi penglihatan menurun dan ketika akan membaca klien menggunakan alat bantu penglihatan.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan disekitar bola mata.

(2) Sistem Pendengaran

Inspeksi : Letak telinga simetris antara telinga kiri dan kanan, tekstur halus, warna telinga sama dengan kulit sekitar, tidak ada lesi, fungsi pendengaran baik, terbukti klien dapat menjawab pertanyaan dari perawat tanpa mengulangi pertanyaannya.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.

(3) Sistem Integumen

(a) Rambut dan Kulit kepala

Inspeksi : warna rambut hitam beruban, penyebaran rambut merata, tidak tampak adanya lesi, rambut tampak bersih dan rapi.

Palpasi : Tekstur kulit halus, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat nyeri tekan.

(b) Kulit

Inspeksi : Warna kulit sawo matang

Palpasi : Tekstur kulit halus, turgor kembali <2 detik, tidak teraba panas/demam.

(c) Kuku

Inspeksi : warna transparan, bentuk kuku datar, kuku tampak bersih, CRT kembali <2 detik.

(4) Sistem Pernafasan

Inspeksi : posisi lubang hidung simetris antara kiri dan kanan, warna hidung sama dengan kulit sekitar, tekstur halus, lubang hidung tampak bersih, tidak ada lesi, bulu hidung tampak lebat, tidak terdapat polip. Frekuensi nafas 22x/menit, pengembangan thorax simetris.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Sonor

Auskultasi : Bunyi nafas vesikuler. Fungsi penciuman baik terbukti klien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan kopi.

(5) Sistem Kardiovaskuler

Inspeksi : pergerakan dinding dada simetris, tidak terdapat peningkatan JVP.

Palpasi : Denyut nadi teraba kuat dan teratur.

Frekuensi nadi 89x/menit.

Auskultasi : Irama jantung regular, bunyi jantung (S1,S2) normal.

(6) Sistem Gastrointestinal

(a) Bibir dan Mulut

Inspeksi : warna bibir kecoklatan, membrane mukosa pucat, warna gigi tampak putih kekuningan, tidak terdapat caries, gigi tampak bersih tidak terdapat sisa makanan, lidah berwarna merah muda, pergerakan dapat digerakan kesegala arah, fungsi pengecapan baik terbukti klien dapat merasakan manis, asin dan pahit.

(b) Abdomen

Inspeksi : Tampak buncit dan simetris, tidak terdapat bekas luka operasi, dan tampak bersih.

Auskultasi : Peristaltic usus 8x/menit.

Perkusi : Timpani

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

(c) Anus

Klien mengatakan tidak ada kelainan dan keluhan, tidak terdapat hemoroid.

(7) Sistem Perkemihan

Inspeksi : Klien tidak terpasang kateter

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat distensi kandung kemih.

(8) Sistem Persarafan

Tingkat Kesadaran : Compos Mentis, GCS 15 : E4 V5 M6

Tes Fungsi Kranial

(a) Saraf Olfaktorius : Fungsi penciuman baik terbukti dapat membedakan bau kayu putih dan bau parfum

(b) Saraf optic : Lapang pandang baik diperiksa dengan cara membacaa papan nama perawat

- (c) Saraf okulomotor : klien dapat menggerakkan bola mata kesegala arah, fungsi penglihatan baik
 - (d) Saraf traklearis : Mata terkoordinasi sesuai perintah
 - (e) Saraf trigeminus : Refleks mengunyah ada, rahang mengatup secara simetris
 - (f) Saraf abduksen : Klien dapat menggerakkan bola mata kekiri dan kekanan
 - (g) Saraf fasialis : Klien dapat menggerakkan muka
 - (h) Saraf vestibulokoklearis : Klien lemas dan meringis, pendengaran baik
 - (i) Saraf glossofaringeus : Ada refleks menelan
 - (j) Saraf vagus : Kemampuan menelan baik
 - (k) Saraf aksesorius : Kedua bahu masih mampu mengatasi tahanan dengan cukup baik
 - (l) Saraf hipoglosus : Pergerakan lidah normal
- (9) Sistem Muskuloskeletal

(a) Ekstremitas Atas

Inspeksi : Bentuk simetris antara tangan kiri dan kanan, keduanya dapat digerakan dengan bebas.

(b) Ekstremitas Bawah

Inspeksi : Bentuk simetris antara kaki kiri dan kanan, tidak tampak adanya oedema dan varises, keduanya dapat digerakan secara bebas.

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

4) Pola Aktivitas Sehari – hari

Tabel 3.1

a) Pola Nutrisi

Jenis	Keterangan
Makan	
Frekuensi	3 x sehari
Jenis	Nasi, lauk dan sayur, rendah garam, lemak
Porsi	1 porsi
Keluhan	Tidak nafsu makan
Minum	
Frekuensi	± 8 gelas ukuran 250ml /±2000ml
Jenis	Air mineral
Keluhan	tidak ada keluhan
Berat Badan	66 kg

b) Pola Eliminasi

Jenis	Keterangan
BAB	
Frekuensi	Teratur 1x sehari
Konsistensi	Padat
Warna	Kuning khas feses
Keluhan	Tidak ada keluhan
BAK	
Frekuensi	±5x sehari
Warna	Kuning jernih
Keluhan	Tidak adakeluhan

c) Personal Hygiene

Jenis	Keterangan
Mandi	2 x sehari
Berpakaian	2 x sehari
Gosok gigi	2 x sehari
Keramas	Seminggu 2x
Gunting kuku	2 minggu sekali

d) Istirahat Tidur

Jenis	Keterangan
Tidur malam	
Kualitas	Kurang nyenyak
Lama tidur	±5 jam
Keluhan	Sulit untuk memulai tidur ketika sudah terbangun
Tidur siang	
Kualitas	-
Lama tidur	-

Keluhan	-
---------	---

e) Aktivitas

Pola Kegiatan	Keterangan
Olahraga Frekuensi Keluhan Relaksasi di waktu luang	Jalan kaki Setiap pagi Mudah lelah Berkumpul bersama suami dan anaknya

5) Data Penunjang

Saat ini klien mengonsumsi jus mentimun 2x1 hari.

6) Pengkajian Psikososial

a) Sosial

Klien mampu berbicara dengan lancar dan suka bersosialisasi dengan orang sekitar.

b) Emosional

Pertanyaan tahap 1 :

(1) Apakah klien mengalami sukar tidur ? Ya

(2) Apakah klien sering merasa gelisah ? Ya

(3) Apakah klien sering murung atau menangis sendiri ?

Tidak

(4) Apakah klien sering was – was atau khawatir? Ya

Dilihat dari pertanyaan diatas terdapat jawaban “Ya” lebih dari satu sehingga dilanjutkan ke pertanyaan tahap 2 sehingga dapat disimpulkan bahwa klien memiliki masalah emosional (+)

(1) Adakah keluhan dari 3 bulan dalam 1 bulan terakhir ?

Ya

(2) Adakah keluhan lebih dari 1 kali dalam 1 bulan terakhir ? Ya

(3) Adakah masalah atau keluhan ? Ya

(4) Adakah gangguan atau masalah dengan anggota keluarga ? Tidak

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

(6) Apakah klien cenderung mengurung diri ? Tidak

Interpretasi dan identifikasi masalah emosional yaitu : positif (+).

c) Spiritual

Klien beragama islam dan rutin mengikuti pengajian seminggu sekali yang diadakan di masjid sekitar rumah klien.

7) Pengkajian Fungsional

a) Katz Indeks (Indeks Kemandirian pada Aktivitas Kehidupan Sehari – hari)

Pemeriksaan dilakukan untuk memasukkan klien kedalam kategori yang sesuai dengan tingkat kemandirian berdasarkan pengelompokan pada tabel dibawah ini :

Tabel 3.2

Kategori	Kriteria
A	Kemandirian dalam hal makan, minum, berpindah, kamar kecil, berpakaian dan mandi
B	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari – hari, kecuali satu dari fungsi tersebut
C	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari – hari, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
D	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari – hari, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari – hari, kecuali mandi, berpakaian, kamar kecil dan satu fungsi tambahan
F	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari – hari, kecuali berpakaian ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan
G	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari – hari, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi

	tidak diklasifikasikan sebagai C,D,E atau F
--	---

Interpretasi :

Ny.Y dengan tingkat kemandirian (Indeks A)

Kemandirian dalam makan, minum, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.

b) Modifikasi Barthel Indeks

Pemeriksaan dilakukan untuk menilai tingkat kemandirian lansia berdasarkan skor yang diperoleh seperti pada tabel dibawah ini :

Tabel 3.3

No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	0	10	Frekuensi : 3x sehari Jumlah: 1 porsi Jenis : nasi, lauk pauk dan sayuran
2	Minum	0	10	Frekuensi : $\pm$ 8 gelas ukuran 250ml Jumlah : $\pm$ 2000ml Jenis : air mineral
3	Berpindah dari kursi roda ketempat tidur atau sebaliknya	0	10	Klien dapat berpindah tempat secara mandiri
4	Personal toilet (cuci muka, gosok gigi)	0	5	Frekuensi : 2x sehari
5	Keluar masuk toilet	0	10	Klien dapat melakukannya sendiri
6	Mandi	0	15	Frekuensi : 2x

				sehari
7	Jalan dipermukaan datar	0	15	Dilakukan secara mandiri
8	Naik turun tangga	0	5	Dilakukan secara mandiri
9	Mengenakan pakaian	0	10	Dilakukan secara mandiri
10	Kontrol BAB	0	10	Frekuensi : 1x sehari
11	Kontrol BAK	0	10	Frekuensi : $\pm 5x$ sehari warna : kuning jernih
12	Olahraga	0	10	Frekuensi : seminggu sekali Jenis : senam
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	0	10	Jenis : menonton tv dan mengaji.
	Skor Total		130	

Interpretasi :

Skor 130 : Mandiri

Skor 65 – 125 : Ketergangungan sebagian

Skor 60 : Ketergantungan total

Dilihat dari data diatas, skor130 yaitu dengan keterangan

Ny.Y melakukan aktivitas secara mandiri.

8) Pengkajian Status Kognitif, Afektif, Menta dan Sosial

a) Short Portable Mental Status Quesionaire (SPMSQ)

Tabel 3.4

Benar	Salah	No	Pertanyaan
√		01	Tanggal berapa hari ini?
√		02	Hari apa sekarang ?
√		03	Apa nama tempat ini ?
√		04	Dimana alamat anda ?
√		05	Berapa umur anda?
√		06	Kapan anda lahir?(minimal tahun)
√		07	Siapa presiden Indonesia sekarang?
	√	08	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?

√		09	Siapa nama ibu anda ?
	√	10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun
		Total Nilai Jawaban Salah 2	

Keterangan :

Jumlah jawaban salah sebanyak 0-2 : fungsi intelektual utuh

Jumlah jawaban salah sebanyak 3-4 : fungsi intelektual ringan

Jumlah jawaban salah sebanyak 5-7 : fungsi intelektual sedang

Jumlah jawaban salah sebanyak 8-10 : fungsi intelektual berat

Interpretasi hasil :

Ny.Y dengan hipertensi menjawab pertanyaan dengan total salah 2, menunjukkan fungsi intelektual utuh.

b) Mini Mental Status Exam (MMSE)

Tabel 3.5

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimum	Nilai klien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar ! 1. Tahun berapa sekarang ? 2. Musim apa sekarang ? 3. Tanggal berapa sekarang ? 4. Hari apa sekarang ? 5. Bulan apa sekarang ? Menyebutkan dimana sekarang kita berada ! 1. Negara apa ? 2. Provinsi apa ? 3. Kota apa ? 4. Desa/kampung

				apa ? 5. Alamat dimana ?
2	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 objek (ditunjukkan pensil, penghapus dan penggaris), lalu tanya kembali ketiga objek tersebut kepada klien setelah disebutkan sebelumnya. Hasil : klien mampu menyebutkan kembali 3 objek yang telah disebutkan.
3	Perhatian dan kalkulasi	5	3	Minta klien untuk menghitung mundur dimulai dari angka 100 kemudian dikurangi 3 sebanyak 5 kali (nilai 1 point untuk jawaban benar) Hasil : klien hanya mampu menjawab 3x yaitu 97,94 dan 91
4	Mengingat	3	3	Klien mengulangi ketiga objek yang telah disebutkan pada nomor 2 (registrasi), bila benar beri nilai 1 point setiap jawaban yang benar. Hasil : klien mampu

				mengulangi 2 objek yang sudah disebutkan tadi
5	Bahasa	9	7	a) Memberi nama Tunjukan pada klien satu benda (Minyak kayu putih), ulang dan tunjukan benda yang berbeda (jam tangan) Hasil : klien mampu menyebutkan benda tersebut b) Pengulangan Minta klien untuk mengulang kalimat setelah kita sebutkan terlebih dahulu, tidak ada, dan, atau tetapi. Hasil : klien hanya mampu menjawab satu dari tiga kata tersebut c) Menulis Minta klien untuk menulis sebuah kalimat Hasil : klien mampu menulis kalimat dengan baik d) Menyalin Minta klien mengikuti menggambar apa yang sudah dicontohkan Hasil : klien

				mampu mengikuti gambar yang dicontohkan
		Total	21	

Keterangan :

Nilai 24 – 30 : Tidak ada gangguan kognitif

Nilai 18 – 23 : Gangguan kognitif sedang

Nilai 0 – 17 : Gangguan kognitif berat

Interpretasi hasil :

Ny.Y memiliki skore 21 dengan keterangan bahwa Ny.Y mengalami gangguan kognitif sedang.

9) Apgar Keluarga

Tabel 3.6

No	Item Penilaian	Selalu (2)	Kadang – kadang (1)	Tidak pernah (0)
1	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman – teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	√		
2	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman – teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya	√		
3	G : Growth Saya puas bahwa keluarga (teman – teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas	√		
4	A : Afek Saya puas dengan cara (teman – teman) saya		√	

	mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi – emosi saya, seperti marah, sedih.			
5	R : Resolve Saya puas dengan cara (teman – teman) saya dan saya menyediakan waktu bersama – sama mengekspresikan afek dan berespon.	√		
Total		9		

Keterangan :

Nilai 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai 4 – 6 : Disfungsi keluarga sedang

Nilai 7-10 : klien tidak mengalami disfungsi keluarga

Interpretasi hasil :

Pada Ny.Y didapatkan hasil APGAR Keluarga 9, menunjukan bahwa Ny.Y tidak mengalami disfungsi keluarga.

b. Analisa Data

Tabel 3.7

No	Symptom	Etiologi	Problem
1	Ds : klien mengeluh nyeri kepala dan pusing Do : Klien tampak meringis Klien tampak memegang area yang sakit Tanda – tanda vital: TD : 170/100 mmHg Nadi : 89x/menit Respirasi : 22x/menit Suhu : 36,6°C Skala nyeri : 5 (0-10)	Hipertensi yang kemudian terjadi kerusakan vaskuler pembuluh darah. Sehingga terjadi perubahan struktur dan mengalami penyumbatan pembuluh darah. Vasokonstriksi tersebut mengakibatkan gangguan sirkulasi di otak sehingga resistensi pembuluh darah meningkat dan terjadilah nyeri kepala.	Nyeri
2	Ds : klien	Hipertensi yang	Defisit

	mengatakan nafsu makan berkurang Do : klien tampak lemas membran mukosa pucat	kemudian terjadi pembatasan situasi kemudian pembatasan asupan garam, lemak dan kolesterol. Kemudian mengalami penurunan nafsu makan sehingga terjadi defisit nutrisi.	Nutrisi
3	Ds : klien mengatakan kurang mengetahui mengenai penyakit yang dialami Do : klien tampak bingung Klien menanyakan penyebab penyakit yang dideritanya	Hipertensi yang kemudian mengalami perubahan, mengakibatkan minimnya informasi sehingga terjadi defisit pengetahuan	Defisit Pengetahuan
4	Ds : klien mengatakan khawatir akan penyakit yang dialaminya saat ini Do : klien tampak cemas Klien tampak gelisah dengan keadaannya saat ini	Hipertensi yang kemudian mengalami perubahan, mengakibatkan minimnya informasi sehingga terjadi ansietas.	Ansietas

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Yang ditandai dengan :

Ds : klien mengeluh nyeri kepala dan pusing

Do : Klien tampak meringis

Klien tampak memegang area yang sakit

Tanda – tanda vital:

TD : 170/100 mmHg

Nadi : 89x/menit

Respirasi : 22x/menit

Suhu : 36,6°C

Skala nyeri : 5 (0-10)

- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis yang ditandai dengan :

Ds : klien mengatakan nafsu makan berkurang

Do : klien tampak lemas

membran mukosa pucat

- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang paparan informasi. Yang ditandai dengan :

Ds : klien mengatakan kurang mengetahui mengenai penyakit yang dialami

Do : klien tampak bingung

Klien menanyakan penyebab penyakit yang dideritanya

- d. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Yang ditandai dengan :

Ds : klien mengatakan khawatir akan penyakit yang dialaminya saat ini

Do : klien tampak cemas

Klien tampak gelisah dengan keadaannya saat ini

3. Intervensi Keperawatan

Nama : Ny.Y

Alamat : Cileles

Umur : 60 Tahun

Diagnosa Medis : Hipertensi

Tabel 3.8

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
1	SDKI (D.0077) Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Yang ditandai dengan : Ds : klien mengeluh nyeri kepala dan pusing Do : Klien tampak meringis Klien tampak memegang area yang sakit Tanda – tanda vital: TD : 170/100 mmHg Nadi : 89x/menit Respirasi : 22x/menit Suhu : 36,6°C Skala nyeri : 5 (0-10)	SLKI (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 jam dalam satu kunjungan diharapkan nyeri teratasi dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun Meringis menurun Gelisah menurun Frekuensi nadi membaik Pola nafas membaik Tekanan darah membaik	SIKI (I.08238) Observasi 1. observasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk	Observasi 1. Untuk mengetahui dimana lokasi, karakteristik, berapa lama durasi, frekuensi dan intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan 3. Untuk mengetahui mimik wajah yang diperlihatkan klien saat nyeri muncul 4. Untuk mengetahui factor-faktor apa saja yang memperberat nyeri Terapeutik 1. Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan oleh klien

			mengurangi rasa nyeri (jus mentimun) 2. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	2. Untuk mengurangi nyeri dan membuat klien merasa lebih nyaman 3. Fasilitasi istirahat tidur dapat membantu membuat klien mengurangi rasa nyeri Edukasi 1. Memberikan informasi terkait nyeri yang dirasakan klien
2	SDKI (D.0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis yang ditandai dengan : Ds : klien mengatakan nafsu makan berkurang Do : klien tampak lemas membran mukosa pucat	SLKI (L.03030) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 jam dalam satu kali pertemuan maka defisit nutrisi meningkat dengan kriteria hasil: a. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat	SIKI (I. 03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Monitor asupan makanan	Observasi 1. Dapat mengetahui asupan nutrisi 2. Untuk mengetahui alergi makanan yang dikonsumsi 3. Dengan mengonsumsi makanan yang disukai, akan meningkatkan nafsu makan klien 4. Dapat mengetahui

		b. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat c. Sikap terhadap makanan / minuman sesuai dengan tujuan kesehatan	Terapeutik 1. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 2. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi Edukasi 1. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan	asupan makanan yang dikonsumsi Terapeutik 1. Untuk mencegah terjadinya hipertensi akibat makanan yang dikonsumsi 2. Untuk mencegah konstipasi Edukasi 1. Untuk menurunkan tekanan darah yang diakibatkan oleh makanan Kolaborasi 1. Dapat mengetahui asupan nutrisi dan kalori yang dikonsumsi klien
3	SDKI (D.0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang paparan informasi. Yang ditandai dengan : Ds : klien mengatakan kurang mengetahui mengenai penyakit yang	SLKI (L.2111) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 30 menit dalam satu pertemuan diharapkan defisiensi pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil :	SIKI (I. 12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 1. Sediakan materi dan	Observasi 1. Kesiapan sangat berpengaruh terhadap penerimaan informasi yang akan disampaikan Terapeutik 1. Kesiapan materi penting

	dialami Do : klien tampak bingung Klien menanyakan penyebab penyakit yang dideritanya	Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai konflik meningkat Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun	media pendidikan tentang penyakit hipertensi 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan	untuk kejelasan dalam pemberian informasi 2. Jadwal yang disepakati akan mempermudah dalam kegiatan penyampaian informasi 3. Dengan meberikan kesempatan untuk bertanya pasien dapat lebih memahami mengenai informasi tersebut Edukasi 2. Untuk menghindari terjadinya kejadian terulang
4	SDKI (D. 0080) Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Yang ditandai dengan : Ds : klien mengatakan khawatir akan penyakit yang dialaminya saat ini Do : Klien tampak cemas Klien tampak gelisah dengan	SLKI (L. 09093) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 jam dalam satu kali pertemuan maka tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: a. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang	SIKI (I. 09314) Terapeutik 1. Monitor tanda-tanda ansietas 2. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	Terapeutik 1. Sebagai indicator awak untuk menentukan intervensi selanjutnya 2. Hubungan saling percaya adalah dasar terpadu yang mendukung pasien dalam mengatasi

	keadaannya saat ini	dihadapi menurun b. Keluhan pusing menurun c. Tekanan darah menurun d. Pola berkemih membaik	Edukasi 1. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 2. Latih teknik relaksasi	masalah cemas Edukasi 1. Menginformasikan faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis dapat mengurangi kecemasan pasien 2. Untuk mengurangi rasa cemas pasien
--	---------------------	--	---	--

4. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.9

No	Tanggal	DP	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Selasa, 14 Des 2021	I	Observasi Mengobservasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Mengidentifikasi skala nyeri Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (jus mentimun) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Memfasilitasi istirahat dan tidur Edukasi Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	S : Klien mengatakan nyeri mulai berkurang Klien mengatakan pusing mulai berkurang O : Klien tampak lebih tenang Klien tampak lebih rileks Tanda – Tanda Vital Tekanan darah : 160/90 Nadi : 88x/menit Respirasi : 22x/menit Suhu : 36,3°C Skala nyeri 4 (0-10) A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Observasi Observasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respon nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (jus mentimun) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa	Tasya

				nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	
2	Selasa, 14 Des 2021	II	Observasi Mengidentifikasi status nutrisi Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan Mengidentifikasi makanan yang disukai Memonitor asupan makanan Terapeutik Memfasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi Edukasi Mengajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan	S : Klien mengatakan masih tidak nafsu makan O : Klien tampak lemas Membran mukosa pucat A : masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Observasi Identifikasi status nutrisi Identifikasi alergi dan intoleransi makanan Identifikasi makanan yang disukai Monitor asupan makanan Terapeutik Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi Edukasi Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan	Tasya

3	Selasa, 14 Des 2021	III	Observasi Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik Menyediakan materi dan media pendidikan tentang penyakit hipertensi Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan Memberikan kesempatan untuk bertanya Edukasi Menjelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan	S : Klien sudah mengetahui tentang penyakit hipertensi O : klien dapat menjawab pertanyaan mengenai hipertensi Klien dapat mencegah terjadinya hipertensi A : Masalah teratasi P : Pertahankan Intervensi	Tasya
4	Selasa, 14 Des 2021	IV	Terapeutik Memonitor tanda-tanda ansietas Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan Edukasi Menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis Melatih teknik relaksasi	S : Klien mengatakan masih khawatir akan penyakit yang dialaminya saat ini O : klien tampak cemas Klien tampak gelisah A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Terapeutik Monitor tanda-tanda ansietas Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan Edukasi Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis Latih teknik relaksasi	Tasya

5. Catatan Perkembangan

Nama : Ny.Y

Alamat : Cileles

Umur : 60 Tahun

Diagnosa Medis : Hipertensi

Tabel 3.10

Hari 1

Tanggal	Catatan Perkembangan	Paraf
16 Des 2021	S : Klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang Klien mengatakan pusing sudah mulai berkurang O : Klien tampak lebih tenang dan rileks Tanda – Tanda Vital Tekanan darah : 150/90 Nadi : 79x/menit Respirasi : 20x/menit Suhu : 36,5°C Skala nyeri 4 (0-10) A : Nyeri P : Observasi Observasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respon nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik	Tasya

	Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (jus mentimun) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri I : Observasi Mengobservasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Mengidentifikasi skala nyeri Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (jus mentimun) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Memfasilitasi istirahat dan tidur Edukasi Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri E : Masalah teratasi sebagian R : Lanjutkan Intervensi	
16 Des 2021	S : Klien mengatakan nafsu makan sudah mulai meningkat O : Klien tampak lebih segar dan sedikit lemas A : Defisit Nutrisi P : Observasi Identifikasi status nutrisi	Tasya

	Identifikasi alergi dan intoleransi makanan Identifikasi makanan yang disukai Monitor asupan makanan Terapeutik Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi Edukasi Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan I : Observasi Mengidentifikasi status nutrisi Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan Mengidentifikasi makanan yang disukai Memonitor asupan makanan Terapeutik Memfasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi Edukasi Mengajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan E : Masalah teratasi sebagian R : Lanjutkan intervensi	
16 Des	S : Klien mengatakan sudah lebih tenang dan khawatir sudah berkurang	Tasya

2021	O : Klien tampak lebih rileks A : Ansietas P : Terapeutik Monitor tanda-tanda ansietas Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan Edukasi Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis Latih teknik relaksasi I : Terapeutik Memonitor tanda-tanda ansietas Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan Edukasi Menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis Melatih teknik relaksasi E : Masalah teratasi R : Pertahankan Intervensi	
------	---	--

Hari 2

Tanggal	Catatan Perkembangan	Paraf
17 Des	S : Klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang	Tasya

2021	Klien mengatakan pusing sudah mulai berkurang O : Klien tampak lebih tenang dan rileks Tanda – Tanda Vital Tekanan darah : 150/90 Nadi : 84x/menit Respirasi : 20x/menit Suhu : 36,7°C Skala nyeri 4 (0-10) A : Nyeri P : Observasi Observasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respon nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (jus mentimun) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri I : Observasi Mengobservasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Mengidentifikasi skala nyeri Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	
------	---	--

	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (jus mentimun) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Memfasilitasi istirahat dan tidur Edukasi Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri E : Masalah teratasi sebagian R : Lanjutkan Intervensi	
17 Des 2021	S : Klien mengatakan nafsu makan sudah meningkat O : Klien tampak lebih segar A : Defisit Nutrisi P : Observasi Identifikasi status nutrisi Identifikasi alergi dan intoleransi makanan Identifikasi makanan yang disukai Monitor asupan makanan Terapeutik Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi Edukasi Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi	Tasya

	Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan I : Observasi Mengidentifikasi status nutrisi Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan Mengidentifikasi makanan yang disukai Memonitor asupan makanan Terapeutik Memfasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi Edukasi Mengajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan E : Masalah teratasi R : Pertahankan intervensi	
--	--	--

Hari 3

Tanggal	Catatan Perkembangan	Paraf
18 Des 2021	S : Klien mengatakan nyeri sudah berkurang Klien mengatakan pusing sudah berkurang O : Klien tampak lebih tenang dan rileks Tanda – Tanda Vital	Tasya

	Tekanan darah : 140/80 Nadi : 87x/menit Respirasi : 22x/menit Suhu : 36,6°C Skala nyeri 3 (0-10) A : Nyeri P : Observasi Observasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respon nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (jus mentimun) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri I : Observasi Mengobservasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Mengidentifikasi skala nyeri Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (jus mentimun) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	
--	--	--

	Memfasilitasi istirahat dan tidur Edukasi Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri E : Masalah teratasi sebagian R : Lanjutkan Intervensi	
--	---	--

B. Pembahasan

Setelah penulis memberikan Asuhan Keperawatann Garontik pada Ny.Y di Kp. Cileles 001/002 Desa. Cirapuhan Kec. Selaawi. Asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny.Y secara komprehensif dengan proses keperawatan da nada beberapa tahap yang telah dilakukan penulis. Pembahasan ini meliputi semua tahap proses keperawatan yaitu mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Pengkajian adalah suatu tahapan dimana seorang perawat mengambil informasi secara terus-menerus terhadap klien atau keluarga klien.

Menurut Nanda (2015), pengkajian pada pasien hipertensi ditemukan, nyeri kepala, pusing, lemas, kelelahan, sesak nafas, gelisah, mual, muntah, epistaksis, kesadaran menurun.

Sedangkan yang ditemukan pada saat pengkajian pada klien dengan hipertensi adalah klien mengatakan nyeri kepala bagian belakang yang menjalar ke tengkuk dengan tekanan darah 170/100mmHg. Klien mengatakan tidak nafsu makan. Klein mengatakan kurang mengetahui tentang penyakit yang dialaminya. Dan klien mengatakan merasa khawatir akan penyakit yang diaalaminya saat ini

Dengan demikian terdapat kesenjangan antara teori dengan penelitian yaitu :

- a. Data yang ditemukan dalam studi kasus tetapi tidak terdapat dalam konsep teori adalah :

Klien tampak meringis, data ini ditemukan karena saat pengkajian menunjukkan raut wajah tampak meringis, serta sambil memegang bagian kepala. Persepsi nyeri setiap orang berbeda – beda, hal ini dipengaruhi oleh factor usia, kebudayaan, makna nyeri, perhatian,

ansietas, pengalaman sebelumnya dan koping. (A. Nurhasanah 2016)

- b. Data yang tidak ditemukan dalam studi kasus tetapi ditemukan dalam konsep teori adalah :

Sesak nafas, data ini tidak ditemukan karena saat pengkajian tidak menunjukkan tanda – tanda sesak nafas, respirasi klien 22x/menit.

Manusia sebagai makhluk holistic dan bio psiko sosial, dan semua orang berinteraksi dan memiliki kekuatan imun yang berbeda – beda dalam merespon suatu penyakit.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2016), ada 7 diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan hipertensi, yaitu : Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload. Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologi. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Defisit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang paparan informasi. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Sedangkan dari hasil analisa diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny.Y. adalah : nyeri berhubungan dengan agen cedera fisiologis, defisit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang paparan informasi dan ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Dengan demikian terdapat kesenjangan antara konsep teori dan studi kasus yaitu :

Diagnosa yang tidak ditemukan dalam studi kasus tetapi terdapat dalam konsep teori adalah

- a. penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload. Karena klien tidak mengalami edema paru, perifer, asites dan tidak ada penurunan kesadaran.

- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Klien mampu melakukan aktivitas sehari – hari secara mandiri tanpa keluhan, mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan alat, status sirkulasi baik.
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri. Karena secara alamiah umunya lansia dengan hipertensi mengalami sukar tidur.

Penulis tidak menegakkan diagnosa ini karena tidak ditemukan data – data pada klien yang menunjang untuk ditegakkan diagnosa tersebut.(Standar Diagnosi Keperawatan Indonesia, 2016)

3. Intervensi Keperawatan

Pada tahap Intervensi penulis menyusun rencana keperawatan yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar pada Ny.Y dengan Hipertensi di Kp. Cileles 001/002 Desa. Cirapuhan Kec. Selaawi, yaitu sebagai berikut :

- a. Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, adapun intervensi keperawatan yang ditetapkan oleh penulis antara lain : **Observasi.** Observasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. **Terapeutik,** Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (jus mentimun), Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), Fasilitasi istirahat dan tidur. **Edukasi.** Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018)
- b. Defisit Nutrisi berhubungan dengan factor psikologis, adapun intervensi keperawatan yang ditetapkan oleh penulis antara lain **Observasi,** Identifikasi status nutrisi, Identifikasi alergi dan intoleransi makanan, Identifikasi makanan yang disukai, Monitor asupan makanan. **Terapeutik,** Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan), Berikan makanan tinggi serat untuk

mencegah konstipasi. **Edukasi**, Ajarkan diet yang diprogramkan. **Kolaborasi**, Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018)

- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang paparan informasi, adapun intervensi keperawatan yang ditetapkan oleh penulis antara lain : **Observasi**, identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. **Terapeutik**, sediakan materi dan media pendidikan tentang penyakit hipertensi, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya. **Edukasi** jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan. (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018)
- d. Ansietas berhubungan dengan kurang paparan informasi, adapun intervensi yang ditetapkan antara lain : **Terapeutik**, Monitor tanda-tanda ansietas, Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan. **Edukasi**, Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, Latih teknik relaksasi. (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018)

Adapun factor pendukung dalam menerapkan intervensi keperawatan oleh penulis antara lain : klien kooperatif, lengkapnya alat pemeriksaan fisik, serta bimbingan dari perawat ruangan dan pembimbing ruangan selama penulis membuat intervensi Asuhan Keperawatan.

Sedangkan factor penghambat dalam menerapkan intervensi keperawatan oleh penulis adalah terbatasnya waktu yang diberikan dalam menentukan intervensi keperawatan yang kompeten.

4. Tahap Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan Tindakan Keperawatan disesuaikan dengan Rencana Tindakan Keperawatan yang diberikan kepada Ny.Y adalah :

- a. Nyeri berhubungan dengan agen pencederan fisiologis. Untuk implementasinya yaitu : **Observasi**, Mengobservasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Mengidentifikasi skala nyeri, Mengidentifikasi respon nyeri non verbal, Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. **Terapeutik**, Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (jus mentimun), Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), Memfasilitasi istirahat dan tidur. **Edukasi** Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis. Untuk implementasinya yaitu : **Observasi**, Mengidentifikasi status nutrisi, Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, Mengidentifikasi makanan yang disukai, Memonitor asupan makanan. **Terapeutik** , Memfasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan), Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi. **Edukasi**, Mengajarkan diet yang diprogramkan. **Kolaborasi**, Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan
- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya paparan informasi. Untuk implementasinya yaitu : **Observasi**, Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. **Terapeutik**, Menyediakan materi dan media pendidikan tentang penyakit hipertensi, Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, Memberikan kesempatan untuk bertanya. **Edukasi**, Menjelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.
- d. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Untuk implementasinya yaitu : **Terapeutik**, Memonitor tanda-tanda ansietas, Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan. **Edukasi**, Menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, Melatih teknik relaksasi.

Adapun factor pendukung dalam implementasi keperawatan oleh penulis antarlain : pasien kooperatif dan pengawasan selama penulis melakukan asuhan keperawatan.

Sedangkan factor penghambat dalam melakukan implementasi keperawatan penulis memiliki keterbatasan waktu, sehingga masih ada intervensi yang belum teratasi.

5. Tahap Evaluasi

Setelah penulis melakukan Implementasi Keperawatan yang disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan perawatan pada Ny.Y dengan Hipertensi di Kp. Cileles 001/002 Desa Cirapuhan Kec. Selaawi, adapun hasil evaluasi setiap hari antara lain :

a. Hari Pertama

- 1) Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisiologis, masalah belum teratasi karena klien masih nyeri kepala dan pusing, tekanan darah 160/90 mmHg, Skala nyeri 4 (0-10).
- 2) Defisit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis masalah belum teratasi karena klien mengatakan masih tidak nafsu makan, klien tampak lemas dan membrane mukosa pucat.
- 3) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya paparan informasi, masalah teratasi. Karena klien sudah mengetahui dan paham tentang penyakit yang di deritanya dank lien sudah dapat menjawab
- 4) Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi, masalah belum teratasi karena klien maengatakan masih merasa khawatir mengenai penyakit yang diaalminya saat ini, klien tampak cemas dan gelisah.

b. Hari Kedua

- 1) Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisiologis, masalah teratasi sebagian. Karena klien mengatakan nyeri kepala dan

pusing sudah berkurang dengan tekanan darah 150/90 mmHg, skala nyeri 4 (0-10).

- 2) Defisit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis masalah teratasi sebagian karena klien mengatakan nafsu makan sudah mulai meningkat, klien tampak lebih segar dan sedikit lemas
- 3) Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi, masalah teratasi karena klien mengatakan sudah lebih tenang dan khawatir berkurang.

c. Hari ketiga

- 1) Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisiologis, masalah teratasi sebagian. Klien mengatakan nyeri kepala dan pusing mulai berkurang dengan tekanan darah 150/90 mmHg dan skala nyeri 4(0-10).
- 2) Defisit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis masalah teratasi karena klien mengatakan nafsu makan sudah meningkat.

d. Hari Keempat

- 1) Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisiologis, masalah teratasi sebagian. Klien mengatakan nyeri kepala dan pusing mulai berkurang dengan tekanan darah 140/80 mmHg dan skala nyeri 3 (0-10).

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan gerontik pada Ny.Y dengan Hipertensi di Kp. Cileles 002/001 Desa. Cirapuhan Kec. Selaawi pada tanggal 13 Desember 2021 sampai dengan 18 Desember 2021 penulis dapat menarik kesimpulan. Adapun kesimpulan secara spesifiknya adalah sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian secara komprehensif pada klien Hipertensi dengan menggunakan metode komunikasi terapeutik sehingga terkumpul data – data yaitu klien mengatakan nyeri kepala bagian belakang yang menjalar ke tengkuk dengan skala nyeri 6 (0-10) dan tekanan darah 170/100 mmHg, klien mengatakan sering terbangun dari tidurnya dan klien mengatakan kurang mengetahui mengenai penyakit yang sedang dialaminya. Masalah – masalah yang ditemukan yaitu nyeri, gangguan pola tidur dann defisit pengetahuan.
2. Penulis mampu menentukan masalah keperawatan pada klien dengan Hipertensi, adapun masalah yang ditemukan pada Ny.Y dengan Hipertensi yaitu, nyeri yang berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral. Gangguan pola tidur berhubungan dengan ketidakmampuan mengatasi nyeri. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi kognitif.
3. Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan yang sesuai dengan masalah keperawatan seperti monitor tanda – tanda vital, identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. Identifikasi pola aktifitas tidur, identifikasi factor pengganggu tidur (fisik/psikologis), identifikasi makan dan minuman yang mengganggu tidur, jelaskan pentingnya tidur yang adekuat, anjurkan tetap

mempertahankan aktivitas sebelum tidur. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan media dan materi pendidikan kesehatan tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi dari hipertensi, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, jelaskan tentang program pengobatan nonfarmakologis.

4. Penulis mampu melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan baik secara mandiri seperti seperti memonitor tanda – tanda vital, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri, memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. mengidentifikasi pola aktifitas tidur, mengidentifikasi factor pengganggu tidur (fisik/psikologis), mengidentifikasi makan dan minuman yang mengganggu tidur, menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat, menganjurkan tetap mempertahankan aktivitas sebelum tidur. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan media dan materi pendidikan kesehatan tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi dari hipertensi, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, memberikan kesempatan untuk bertanya, menjelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, menjelaskan tentang program pengobatan nonfarmakologis.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi 3 diagnosa yaitu nyeri yang berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral. Gangguan pola tidur berhubungan dengan ketidakmampuan mengatasi nyeri. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi kognitif. Ketiga diagnosa tersebut teratasi hanya pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan peningkatan vaskuler serebral belum teratasi.

6. Penulis mampu mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan gerontik yang dilakukan secara sistematis dan teoritis dalam bentuk karya tulis ilmiah.

B. Rekomendasi

1. Bagi Puskesmas

Bagi puskesmas penulis merekomendasikan untuk selalu meningkatkan sumber daya manusia dengan kebijakan dalam hal keikutsertaan petugas kesehatan dalam pelatihan – pelatihan maupun meningkatkan pendidikan khususnya perawat supaya perawat dapat optimal dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, serta penambahan jumlah peralatan yang cukup untuk prosedur tindakan keperawatan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk meningkatkan dan melengkapi literature atau buku – buku sumber terbaru, khususnya yang berkaitan dengan teori – teori materi asuhan keperawatan.

3. Bagi Klien

Untuk klien saya menyarankan untuk lebih menjaga kesehatan dengan berolahraga dan menjaga pola makan serta menerapkan diet rendah lemak dan garam supaya tekanan darah dapat terkontrol.

DAFTAR PUSTAKA

- Anies.2018. *Penyakit Degeneratif*.Yogyakarta:A-Ruzz Media
- Asikin.M, Nuralamsyah.M dan Susaldi. 2016. *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Kardiovaskular*. Jakarta : Erlangga
- Farhan Zahara & Ratnasari Devi.2018.*Patofisiologi Keperawatan*.Bandung : Manggu Mamur Tanjung Lestari
- Hasnawati.2021.*Hipertensi*.Jogjakarta:KBM Indonesia
- Kurnia Anih.2020.*Self-Management Hipertensi*.Surabaya : Jakad Media Publishing
- Manutung Alfeus.2018.*Terapi Perilaku Kognitif Pada Pasien Hipertensi*.Malang:Wineka Media
- Nurarif Huda Amin dan Kusuma Hardhi. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic – Noc*. Edisi Revisi Jilid 2. Jogjakarta : Mediaction Publishing
- Nurkhofifah Siti.2016.*Keperawatan Gerontik*.Jakarta Selatan : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Pikir.S.Budi et al.2015.*Hipertensi Manajemen Komprehensif*.Surabaya : Airlangga University Press
- PPNI.2016.*Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*.Definisi dan Indikator Diagnostik.Edisi 1. Jakarta:DPP PPNI
- PPNI.2018.*Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Definisi dan Tindakan Keperawatan.Edisi 1.Jakarta : DPP PPNI
- PPNI.2018.*Standar Luaran Keperawatan Indonesia*.Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan.Edisi 1.Jakarta : DPP PPNI
- Siyoto Sandu & Sodik Ali.M.2015.*Dasar Metodologi Penulisan*.Yogyakarta:Literasi Media Publishing

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan	: Hipertensi
Sub Pokok Bahasan	: Mengenal dan mencegah Hipertensi
Hari / Tanggal	: Kamis, 14 Desember 2021
Waktu	: 1 x 30 menit
Tempat	: Rumah Ibu Yayah
Sasaran	: Lansia
Nama penyuluh	: Tasya Putri Ananditya

A. Tujuan Intruksional Umum

Setelah diberikan penyuluhan mengenai hipertensi selama 20 menit diharapkan sasaran (lansia) dapat mengetahui dan memahami tentang penyakit hipertensi.

B. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan selama 20 menit, diharapkan sasaran dapat :

1. Menjelaskan pengertian hipertensi
2. Menyebutkan penyebab hipertensi
3. Menyebutkan tanda dan gejala hipertensi
4. Menyebutkan cara pencegahan hipertensi
5. Menyebutkan komplikasi yang terjadi pada hipertensi

C. Materi

Dalam penyuluhan materi yang disampaikan adalah :

1. Pengertian hipertensi
2. Penyebab hipertensi
3. Tanda dan gejala hipertensi
4. Pencegahan hipertensi
5. Cara menurunkan tekanan darah menggunakan jus mentimun

D. Metode

1. Ceramah
2. Diskusi Tanya / jawab

E. Media

Leaflet

F. Kegiatan Penyuluhan

No	Tahapan	Waktu	Kegiatan	
			Pelaksana	Sasaran
1	Pembukaan	3 menit	• Mengucapkan salam • Memperkenalkan diri • Melakukan kontrak waktu • Menjelaskan tujuan	• Menjawab salam • Memperhatikan • Memperhatikan • Memperhatikan
2	Isi	14 menit	Menjelaskan materi secara berurutan dan teratur: • Menjelaskan pengertian tentang hipertensi • Menyebutkan penyebab dari hipertensi • Menyebutkan tanda dan gejala dari hipertensi • Menyebutkan pencegahan hipertensi • Mengajarkan cara pencegahan hipertensi	• Memperhatikan • Memperhatikan • Memperhatikan • Memperhatikan • Memperhatikan

			menggunakan jus mentimun	
3	Penutup	3 menit	• Menyimpulkan materi yang telah disampaikan • Mengajukan pertanyaan (lisan) dengan materi yang telah disampaikan • Mengucapkan salam	• Menyimpulkan bersama • Menjawab pertanyaan • Menjawab salam

G. Evaluasi

1. Apa yang dimaksud dengan hipertensi ?
2. Apa penyebab dari hipertensi ?
3. Apa saja tanda dan gejala dari hipertensi ?
4. Bagaimana cara mencegah hipertensi ?
5. Bagaimana cara menurunkan tekanan darah menggunakan jus mentimun?

MATERI

A. Pengertian

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

Seseorang dikatakan hipertensi bila memiliki tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolic ≥ 90 mmHg, pada pemeriksaan yang berulang. Tekanan darah sistolik merupakan pengukuran utama yang menjadi dasar penentuan diagnosis hipertensi. (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia, 2015)

B. Penyebab

Menurut Anies (2018). Sejumlah etiologi yang dapat menyebabkan hipertensi yaitu usia, jenis kelamin, ras dan pola hidup.

1. Usia

Tidak dapat dimungkiri factor usia merupakan salah satu penyebab seseorang terkena tekanan darah tinggi. Semakin bertambah usia seseorang semakin berkurang elastisitas pembuluh darahnya sehingga tekanan darah didalam tubuh orang yang sudah lanjut usia akan mengalami kenaikan dan dapat melebihi batas normalnya.

2. Keturunan

Orang tua yang mempunyai tekanan darah tinggi atau hipertensi ada kemungkinan dapat menurunkan kepada anaknya.

3. Jenis kelamin

Pria yang berusia 45 tahun lebih berisiko terkena tekanan darah tinggi dibandingkan wanita. Sementara itu, wanita yang berusia diatas 65 tahun lebih berisiko terkena penyakit ini.

4. Factor Olahraga

Orang yang tidak pernah melakukan berbagai olahraga, khususnya aerobik, akan lebih berisiko terkena tekanan darah tinggi. Jika tidak pernah melakukan olahraga akan menyebabkan jantung menjadi tidak sehat. Hal ini berakibat jantung tidak bisa memompa darah dan akan mengakibatkan aliran darah didalam tubuh menjadi tidak lancar.

5. Pola Makan

Pola makan yang buruk atau tidak sehat merupakan salah satu penyebab orang terkena tekanan darah tinggi. Seseorang yang sering mengonsumsi makanan – makanan yang mempunyai kadar lemak tinggi akan berisiko terkena hipertensi. Makanan yang berlemak tinggi akan membuat penyumbatan pembuluh di pembuluh darah sehingga tekanan darah akan menjadi naik.

6. Minum Alkohol

Minuman beralkohol sangat tidak baik untuk kesehatan tubuh. Jika sering mengonsumsi beralkohol sebaiknya mulai mengurangi kebiasaan buruk tersebut atau bahkan harus menghentikannya. Minuman beralkohol akan mengakibatkan kadar trigliserida dalam darah. Padahal trigliserida adalah kolesterol yang “jahat” yang dapat menyebabkan tekanan darah menjadi naik secara drastis.

7. Stress

Factor lain yang penting adalah stress emosional. Orang yang sering mengalami stress biasanya tekanan darahnya akan menjadi naik. Jika orang dengan stress, hormone adrenalin dalam tubuhnya akan meningkat sehingga akan menyebabkan tekanan darah didalam tubuh menjadi naik.

C. Tanda dan Gejala

1. Mengeluh sakit kepala, pusing
2. Lemas, kelelahan
3. Sesak nafas
4. Gelisah
5. Mual

6. Muntah
7. Epistaksis
8. Kesadaran menurun

D. Pencegahan Hipertensi

1. Mengonsumsi makanan sehat
2. Mengurangi konsumsi garam dan kafein
3. Berhenti merokok
4. Berolah raga secara teratur
5. Menurunkan berat badan, jika diperlukan
6. Mengurangi konsumsi minuman keras

E. Cara Menurunkan Tekanan Darah dengan Jus Mentimun

1. Alat dan bahan
 - a. 2 buah mentimun
 - b. Parutan dan saringan
 - c. Gelas
2. Langkah – langkah
 - a. Cuci tangan
 - b. Cuci mentimun sampai bersih
 - c. Potong bagian ujung mentimun menggunakan pisau supaya tidak pahit
 - d. Parut menggunakan parutan yang telah disediakan
 - e. Peras mentimun kedalam gelas menggunakan saringan sampai sari - sari mentimun keluar
 - f. Jus mentimun siap di minum

F. Daftar Pustaka

- Nurarif Huda Amin dan Kusuma Hardhi. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic – Noc*. Edisi Revisi Jilid 2. Jogjakarta : Mediaction Publishing
- Tambayong Jon. 2000. *Patofisiologi Untuk Keperawatan*. Jakarta : EGC.



Apa itu Hipertensi ?

MENGENAL MENCEGAH HIPERTENSI



Apa saja Penyebabnya ?

Tekanan darah melebihi batas normal dimana tekanan darah lebih dari 140 mmHg / 90 mmHg



Tasya Putri Ananditya
KHGA19131

Menurunkan tekanan darah menggunakan Jus Mentimun



Alat dan bahan

1. 2 buah mentimun
2. Parutan dan saringan
3. Gelas

Langkah - langkah

1. Cuci tangan
2. Cuci mentimun sampai bersih
3. Potong bagian ujung mentimun menggunakan pisau supaya tidak pahit
4. Parut mentimun menggunakan parutan yang telah disediakan
5. Peras mentimun kedalam gelas menggunakan saringan sampai semua sari - sari dari mentimun keluar
6. Jus mentimun siap diminum

Pencegahan

Mengonsumsi makanan sehat
Mengurangi konsumsi garam dan kafein
Berhenti merokok
Berolahraga secara teratur
Menurunkan berat badan *jika diperlukan*



Tanda dan Gejala Hipertensi



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. Nama | : Tasya Putri Ananditya |
| 2. Jenis Kelamin | : Perempuan |
| 3. Tempat, Tanggal Lahir | : Garut, 31 Juli 2000 |
| 4. Agama | : Islam |
| 5. Status | : Mahasiswa |
| 6. Alamat | : Kp. Cimuncang RT 05/ RW 02
Desa. Sukasenang Kec. Bayongbong
Kab. Garut Jawa Barat |

B. Riwayat Pendidikan

1. RA AL-Luqman tahun 2005 -2007
2. MI AL-Musthofa tahun 2007 - 2013
3. MTs AL-Musthofa tahun 2013 - 2016
4. SMK YBKP3 Garut tahun 2016 - 2019
5. STIKes Karsa Husada Garut tahun 2019-2022

FORMAT BIMBINGAN

NAMA : Tasya Putri Ananditya

NIM : KHGA19131

PEMBIMBING KTI : H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes

JUDUL KTI :ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.Y DENGAN PENYAKIT HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG CILELES RT 002/ RW 001 DESA CIRAPUHAN KECAMATAN SELAAWI KABUPATEN GARUT

No	Hari / Tanggal	Materi	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Rabu, 29 Juni 2022	Mekanisme bimbingan dan sistematika penulisan	Harus sinkron antara Bab 1,2,3 dan 4. Jika menggunakan Prospek 5 tahap maka keseluruhanpun harus 5 tahap Referensi bisa darimana saja, jika dipandang selaras Isi dari Karya Tulis Ilmiah Bab 1 : 10% Bab 2 : 30% Bab 3 : 50% dan Bab 4 : 10%.	
2.	Selasa, 05 Juli 2022	Bab 1	Latar Belakang : jika ada data terbaru tidak usah lagi pakai data yang lama. Sistematika Penulisan : Dinarasikan tidak usah di poin –poin. Contoh : Bab 1 merupakan pendahuluan yang berisidst. Anatomi Fisiologi :Tidak perlu pakai anfis Etiologi : sumber referensinya harus jelas. Pengkajian : pengkajian terdiri dari 2 kegiatan yaitu pengumpulan data dan analisa data, jadi kedua point tersebut harus muncul dipengkajian. Data perubahan fisik, psikologis dan psikososial : ini sebaiknya berisi data yang terjadi pada pasien hipertensi, bukan konsep pengkajian. Contoh : kebiasaan makan :	

			bukan menuliskan jenis makanan, tapi tuliskan umumnya klien banyak makan lemak, dll.	
3.	Selasa, 05 Juli 2022	Bab II	Pengumpulan data pemeriksaan fisik : harusnya semuanya berisi hasil pengkajian pada pasien hipertensi. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan : pengertian ini menurut siapa ? sumber referensinya harus jelas.	
4.	Jum'at 08 Juli 2022	Bab I	ACC dengan perbaikan Berdasarkan Jumlah diatas harusnya Berdasarkan tabel diatas. Referensi tidak usah memakai gelar tulis nama akhirnya saja.	
5.	Jum'at 08 Juli 2022	Bab II	Pengumpulan data : jangan konsep identitas, tapi identitas apa yang berhubungan dengan hipertensi . Pengkajian fisik : menurut sistem dan perlu lengkap. Pengkajian Psikososial : jangan menjelaskan konsep, tapi psikologis klien hipertensi seperti apa ? tulis dengan kata "umumnya/biasanya". Pengkajian status fungsional : umumnya apa yang terjadi pada lansia hipertensi. Analisa Data : jelaskan table berdasarkan pathway yang ada. Diagnosa Keperawatan : sumber referensinya menurut siapa ?	
6.	Selasa 12 juli 2022	Bab II	Pada prinsipnya sudah bagus, analisa data jangan pakai tanda panah, langsung narasikan saja.	
7.	Rabu 13 juli 2022	Bab II	ACC BAB II	
8.	Rabu, 13 Juli 2022	Bab III	Pengkajian : sistematikanya sama dengan bab 2, pengkajian, pengumpulan data, analisa data, diagnosa, dll. Riwayat Kesehatan Sekarang : nyeri apa ? lebih spesifik. Pembahasan tahap diagnosa keperawatan : bahas diagnosa yang tidak muncul satu	

			persatu. Pembahasan tahap intervensi keperawatan : cantumkan referensi intervensi menurut siapa?	
9.	Senin 18 juli 2022	Bab III	ACC BAB III	
10.	Senin 18 Juli 2022	Bab IV	ACC BAB IV dan lengkapi untuk sidang	