

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN HIPERTENSI
PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG SUMUR KONDANG
RT 01 RW 09 DS. KERTAJAYA CIBATU
KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Di STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :
SALIMA NURUL HUSAENI
NIM : KHG.A.19038



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

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN HIPERTESNI
PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG SUMUR KONDANG
RT/RW 01/09 DESA KERTAJAYA KECAMATAN CIBATU
KABUPATEN GARUT**

NAMA : SALIMA NURUL HUSAENI

NIM : KHGA19038

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Siap Untuk Diujikan

Dihadapan Penelaah Program Studi D III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2022

Menyetujui

Pembimbing

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

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL :ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN
HIPERTESNI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG
SUMUR KONDANG RT 01 RW 09 DESA KERTAJAYA
KECAMATAN CIBATU KABUPATEN GARUT**

NAMA : SALIMA NURUL HUSAENI

NIM : KHG.A.19038

Garut, Juni 2021

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Iwan Wahyudi,S,Kep.Ns.,M.Kep

Susan Susyanti, M.Kep

Mengetahui,
Ketua Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Mengesahkan
Pembimbing

K. Dewi Budiarti, S.Kp.,M.Kep

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

ABSTRAK

IV BAB, 82 Halaman, 24 Tabel, 3 Lampiran

Menurut WHO angka kejadian hipertensi di dunia cukup tinggi yaitu 26,4% dari populasi dunia. Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan dan angka kematian. Mengingat komplikasi yang dapat ditimbulkan apabila penyakit hipertensi tidak segera ditangani dan diobati bisa menyebabkan penyakit jantung, stroke, dan berlanjut kematian. Adapun tujuan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk mendapatkan pengalaman yang nyata di lapangan dan menerapkan teori dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif melalui pendekatan proses keperawatan, dengan melakukan Asuhan Keperawatan kepada Ny. S selama 5 hari Kunjungan. Masalah yang ditemukan yaitu : nyeri akut, gangguan pola tidur, dan defisit pengetahuan. Hal ini sejalan dengan teori namun, beberapa data, masalah, intervensi yang ada dalam teori tidak ditemukan hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya : karena manusia adalah makhluk yang unik, sehingga proses perawatan yang dilakukan pada setiap individu beerbeda. Kesimpulannya penulis dapat melakukan Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan hipertensi pada katz indeks A di Puskesmas Cibat

Kata Kunci : Hipertensi, Lansia

Daftar Pustaka : 17 buah

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur, penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas segala limpahan karunia, rahmat taufiknya kepada kita semua, Aamiin. Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Hipertensi Pada Katz Indeks A Di kampung sumur kondang Rt 01 Rw 09 Desa Kertajaya Puskesmas Cibatu Kabupaten Garut” merupakan salah satu tugas dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Penyusun Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak sekali kekurangan dan kelemahan dan juga terdapat hambatan bagi penulis dan rintangan dalam menyusun, tetapi bukan merupakan suatu halangan bagi penulis bahkan menjadi suatu tantangan sekaligus pelajaran dan pengalaman untuk menambah wawasan dan percaya diri.

Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mendapatkan dorongan, bantuan serta bimbingan yang sangat berharga dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan yang berharga ini penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada :

1. DR. H. Hadiat, MA selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Saepudin, S.Sos, M.M.Kes selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.

3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep, M.Kes. Selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. K Dewi Budiarti, S.Kp, M.Kep. selaku ketua kaprodi D III Keperawatan.
5. Dr. H. Roslan H., S.Kep., M.Kes. Selaku pembimbing saya yang telah banyak memberikan bimbingan, saran, dan arahan dengan penuh kesabaran, kasih sayang, perhatian, penuh tanggung jawab kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini.
6. Seluruh dosen beserta staf Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu serta mendidik penulis selama mengikuti perkuliahan.
7. Keluarga pasien Ny. S yang telah bersedia menjadi klien dalam pengambilan kasus karya tulis ilmiah ini, semoga sehat selalu.
8. Kepada yang tersayang kedua orang tua tercinta, dan adik tercinta yang dengan ketulusan hatinya tidak pernah lelah, dan tidak putus asa serta terus menerus mendoakan, memberikan semangat, dan memberikan dukungan baik moril maupun materil.
9. Sahabat terdekat indah pertiwi, wini komalasari, sovi kustiera, Zahranon, reni, firda farhani, lisa haerunnisa serta orang-orang tercinta yang senantiasa bekerjasama dalam suka dan duka. Semoga sukses selalu.
10. Rekan-rekan mahasiswa/i seperjuangan Program D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut khususnya kelas A yang telah memberikan masukan dan motivasi.

11. Seluruh pihak terkait yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang turut membantu, sehingga laporan ini dapat diselesaikan.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat. Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Aamiin.

Garut, Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBARAN PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang	1
B. Tujuan penulisan	4
C. Metode telaahan	5
D. Sistematik penulisan	7
BAB II TINJAUAN TEORITIS	9
A. Konsep dasar lanisa.....	9
1. Defisnisi lansia	9
2. Batasan lanjut usia	9
3. Tipe lanisa	10
4. Proses menua	11
5. Faktor faktor yang mempengaruhi proses menua	11
B. Konsep dasar penyakit	16
1. Definisi Hipertensi	16
2. Etiologi.....	16

3. Klasifikasi	17
4. Manifestasi Klinis	20
5. Patofisiologis	19
6. Pemeriksaan penunjang	21
7. penatalaksanaan	22
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	23
D. Diagnosa keperawatan	39
E. Intervensi	40
F. Implementasi	48
G. Evaluasi	48
H. Dokumentasi	49
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	51
A. Tinjauan Kasus	51
B. Analisis data	65
C. Diagnosa	67
D. Perencanaan, Implementasi dan evaluasi	70
E. Catatan Perkembangan	76
F. Pembahasan	81
1. Tahap pengkajian	81
2. Tahap diagnose	82
3. Tahap perencanaan	83
4. Tahap implementasi	83
5. Tahap evaluasi	84

6. Tahap dokumentasi	84
BAB IV EVALUASI DAN REKOMENDASI	86
A. Kesimpulan	86
B. Rekomendasi	88

DAFTAR FUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Table 1.1 Jenis jenis penyakit yang di derita lansia di puskesmas	
Cibatu periode tahun 2021	4
Table 2.1 Kriteria derajat hipertensi menurut nurarif 2015	16
Table 2.2 Pengkajian fungsional dengan menggunakan katz indeks	27
Table 2.3 Barter indeks pemeriksaan	29
Table 2.4 Pengkajian status mental Short portable mental	
status questioner (SPMSQ)	31
Table 2.6 Pengkajian kognitif dari fungsi mental dengan	
menggunakan MMSE (mini mental status exam)	
Table 3.1 Kegiatan sehari hari (ADL)	49
Table 3.2 Pengkajian fungsional dengan menggunakan katz indeks	51
Table 3.3 Barter indeks pemeriksaan	52
Table 3.4 Pengkajian status mental (short portable mental status	
questioner(SPMSQ))	53
Table 3.5 Pengkajian kognitif dari fungsi mental dengan	
menggunakan MMSE (mini mental status exam)	
Table 3.6 Analisis data	56

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 satuan acara penyuluhan (SAP)

Lampiran 2 leaflet

Lampiran 3 lembar bimbingan

Lampiran 4 riwayat hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Peningkatan angka harapan hidup pada lansia (AHH) di Indonesia merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan di Indonesia. Setiap tahun AHH mengalami peningkatan berdasarkan undang undang No.36 tahun 2009 tentang kesehatan. Upaya pemeliharaan kesehatan baik lanjut usia harus di tunjukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif. Pemerintah wajib menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan dan memfasilitasi kelompok lansia untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif, sementara itu. Penyakit penyakit yang terbanyak pada lansia untuk penyakit tidak menular antara lain hipertensi, masalah gigi, penyakit sendi masalah lutut, DM, penyakit jantung dan stroke. (khofifah, 2016)

Jumlah penduduk lansia di dunia pada tahun 2025 mencapai 1,2 miliar atau 1 dari 4 lansia menderita hipertensi, dan terus meningkat pada tahun 2025 sebanyak 2 miliar orang (Sovariova, 2016).

Peningkatan jumlah penduduk lansia juga terjadi di Indonesia, berdasarkan sensus penduduk yang dilakukan badan pusat statistic tahun 2013, didapatkan jumlah lansia pada tahun 2015 sebesar 8,49%, dan pada tahun 2020 jumlah penduduk lanjut usia sebesar 9,99% (kementrian kesehatan republic Indonesia, 2016). Pada tahun 2025 meningkat menjadi 11,83% dari jumlah seluruh penduduk Indonesia 22.227.700 jiwa (Tjahjono, 2017).

Peningkatan jumlah lansia dari tahun ketahun, menjadikan Indonesia termasuk kedalaman lima besar negara dengan jumlah penduduk lansia terbanyak di dunia (sulastri, 2015).

Sampai saat ini menurut data WHO, sekitar 972 juta (26,4%) orang diseluruh dunia mengidap hipertensi dan kemungkinan akan meningkat menjadi 29,2% di tahun 2025. Dari 972 juta pengidap hipertensi 333 juta berada di negara maju dan 639 juta orang berada dinegara sedang berkembang, termasuk Indonesia (Anggara & Prayitno, 2013 dalam Zainudin 2019).

Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik 140 mmHg atau tekanan diastolic 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung. Tetapi juga menderita penyakit lain seperti saraf, ginjal dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah, makin besar resikonya

Hipertensi (tekanan darah tinggi) adalah peningkatan tekanan darah sistolik >140 mmHg dan tekanan darah diastolic > 90 mmHg, ada dua kali pengukuran dengan selang waktu 5 menit dalam keadaan cukup istirahat atau tenang (Kementrian kesehatan RI, 2014).

Prevalensi hipertensi tertinggi terdapat pada populasi perempuan dengan jumlah 60% dibandingkan dengan laki-laki dengan jumlah 40% semakin tinggi usia semakin tinggi pula prevalensinya atau bertambahnya usia kemungkinan terkena hipertensi juga besar. Penyakit hipertensi akan memunculkan komplikasi yang lebih berat, penyakit yang sulit dideteksi oleh

tubuh bila tidak di control dengan baik dapat berakibat pada gangguan fungsi organ. Pada umumnya 90%-93% penyebab hipertensi adalah keturunan atau genetic. Sisanya 10% disebabkan oleh factor lain seperti terlalu banyak mengkonsumsi garam dari makanan cepat saji, merokok, kelebihan berat badan, kurang olahraga, serta stres lingkungan ataupun stress yang berkepanjangan serta factor usia (Raharjo 2011).

Di Indonesia, pada usia 24-44 tahun prevelensi hipertensi sebesar 29%, pada usia 45-64 tahun sebesar 51% dan pada usia >65 tahun sebesar 65%, di bandingkan usia 55-59 tahun pada usia 60-64 tahun terjadi peningkatan resiko hipertensi sebesar 2,18 kali, usia 65-64 2,45 kali dan usia >70 tahun 2,97 kali, sedangkan di Jawa Barat prevelensi hipertensi sebanyak 29,4% (Riskesdas, 2015).

Jawa Barat merupakan provinsi yang mempunyai prevalensi hipertensi lebih tinggi dari angka nasional. Prevalensi hipertensi tertinggi terdapat pada populasi perempuan dengan jumlah 40% semakin tinggi usia semakin tinggi pula prevalensinya atau bertambahnya usia kemungkinan dengan terkena hipertensi juga menjadi besar. Data dinas kesehatan kabupaten Garut, di dapatkan bahwa tahun 2020 penderita hipertensi di kabupaten Garut sebanyak 2.445.729 jiwa orang dan 1,142% (Garut 2020).

Tabel 1.1
Data Penyakit Pada Klien Lansia di Puskesmas Cibatu
Periode Tahun 2021

No	Jenis Penyakit	Jumlah
1.	Arthritis	61
2.	Gastritis	40
3.	ISPA	35
4.	Hipertensi	27
5.	Diabetes Melitus	7
6.	ISK	3
7.	Stroke	2
8.	Anemia	2
9.	PPOK	1
10.	Kanker	0
	Jumlah	178

Sumber Laporan : Puskesmas Cibatu

Dari data diatas terdapat hipertensi terdapat urutan ke empat dari 10 prevalensi data penyakit diatas, dilihat dari komplikasi nya hipertensi sangat membutuhkan penanganan yang cepat sehingga upaya penyembuhan penyakit tersebut sangat diperlukan melalui pengobatan, perawatan, karena dampak yang ditimbulkan dari penyakit hipertensi sangat berpengaruh terhadap kebutuhan dasar manusia seperti nyeri akut, intoleransi aktivitas dan gangguan rasa aman dan cemas (NIC NOC, 2015). Adapun komplikasi yang ditimbulkan apabila penyakit hipertensi tidak segera ditangani dan diobati bisa menyebabkan penyakit jantung, stroke, dan berlanjut pada kematian. Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan gerontik harus memberikan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan komprehensif dan professional.

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk melakukan pengelolaan kasus asuhan keperawatan yang dituangkan dalam studi kasus yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG SUMUR KONDANG RT 01 RW 09 DES. KERTAJAYA CIBATU KABUPATEN GARUT”**.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengetahuan dan pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif secara bio-psiko-sosial dan spritual pada klien dengan hipertensi.

2. Tujuan Khusus

adapun tujuan khusus dari penulisan Karya Tulis ilmiah ini yaitu sebagai berikut :

- a. Mampu melakukan pengkajian status kesehatan, mengklarifikasi, menganalisa data, menentukan dan mempertioritaskan masalah pada klien hipertensi
- b. Mampu membuat diagnosa keperawatan berdasarkan perioritas masalah yang timbul pada klien lansia dengan masalah hipertensi.
- c. Mampu melakukan rencana keperawatan sesuai diagnosa dan melaksanakan implementasinya sesuai dngan masalah yang dialami klie.

- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan yang telah disusun secara rasional berdasarkan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki pada klien hipertensi.
- e. Mampu mengevaluasi seluruh proses asuhan keperawatan secara sistematis.
- f. Mampu mendokumentasikan seluruh proses asuhan keperawatan secara sistematis.

C. Metode Telaahan

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.S yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Sedangkan teknik pengumpulan data yang digunakan sebagai berikut:

1. Wawancara

Data yang penulis dapatkan salah satunya dengan teknik wawancara yang dilakukan langsung pada lansia, perawat dan tim kesehatan lainnya yang mengetahui tentang riwayat kesehatan lansia.

2. Observasi

Observasi adalah cara pengumpulan data melalui hasil pengamatan tentang kondisi klien dalam rangka asuhan keperawatan metode pengambilan data yang menggunakan indra penglihatan untuk mengamati kondisi fisik dari lingkungan tempat tinggal lansia dan memperoleh data yang objektif.

Observasi dilakukan secara langsung pada lansia dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

3. Pemeriksaan fisik

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

4. Studi Dokumen

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

5. Studi Kepustakaan

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

D. Sistematika Penulisan

Untuk mendapatkan gambaran yang jelas mengenai penyusunan karya tulis ilmiah ini, maka penulisan menggunakan sistematika penulisan yang terdiri dari 4 BAB yaitu:

Bab I Pendahuluan

Yang berisi latar belakang, tujuan penulis, metode dan teknik penulisan serta sistematik penulisan.

Bab II Tinjauan Teori

Yang berisi tentang konsep dasar gerontik, konsep dasar penyakit hipertensi, konsep dasar asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi.

Bab III (Tinjauan Kasus)

Yang berisis tentang pembahasan yang ditemukan dilapangan adalah kesenjangan antara teori dan fakta yang beda serta dicari pemecahanya dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

Bab IV (Kesimpulan)

Yang berisi penutupan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini yang meliputi kesimpulan dan rekomendasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Lansia

1. Definisi Lanjut Usia

Lansia adalah kelompok masyarakat yang mudah terserang kemunduran fisik dan mental (WHO, 2015). Lansia adalah seseorang apabila usianya 60 tahun keatas dapat disebut lanjut usia (ayu, 2018). Lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun keatas baik pria maupun wanita yang masih aktif beraktivitas dan bekerja ataupun mereka yang tidak berdaya untuk mencari nafkah sendiri sehingga bergantung kepada orang lain untuk menghidupi dirinya (ineko, 2012).

2. Batasan lanjut Usia

Menurut (mutaqqin, 2014) usia yang dijadikan patokan untuk lanjut usia berbeda-beda, umumnya berkisar antara 60-65 tahun. Beberapa pendapat para ahli tentang Batasan usia adalah sebagai berikut :

- a. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), ada empat tahapan yaitu :
 - 1) Usia pertengahan (Middle age) usia 45-59 tahun.
 - 2) Lanju usia (elderly) 60-74 tahun.
 - 3) Lanjut usia (old) usia 75-90) tahun.
 - 4) Usia sangat tua (very old) usia >90 tahun.

b. Menurut Bee (1996)

Bahwa tahapan masa dewasa adalah sebagai berikut :

- 1) Masa dewasa muda (usia 18-25 tahun)
- 2) Masa dewasa awal (usia 25-40 tahun).
- 3) Masa dewasa lanjut (usia 40-65 tahun).
- 4) Masa dewasa lanjut (usia 65-75 tahun)
- 5) Masa dewasa sangat lanjut (usia >75 tahun).

c. Menurut Hurlock (1979)

Perbedaan lanjut usia ada dua tahap :

- 1) Early old age (usia 60-70).
- 2) Advanced old age (usia >70 tahun).

3. Tipe-tipe Lanjut Usia

Menurut Azizah, 2011 dalam (kholifah, 2016) :

- a. Tipe konstruktif (*constructions personality*), biasanya tipe ini tidak banyak mengalami gejolak tenang dan mantap sampai sangat tua.
- b. Tipe mandiri (*independent personality*), pada tipe ini ada kecenderungan mengalami post power syndrome, apalagi jika pada masa lansia tidak diisi dengan kegiatan yang dapat memberikan otonomi pada dirinya.
- c. Tipe tergantung (*dependent personality*), pada tipe ini biasanya sangat dipengaruhi oleh kehidupan keluarga, apabila kehidupan keluarga selalu harmonis maka pada masa lansia tidak bergejolak, tetapi jika pasangan hidup meninggal maka pasangan yang

ditinggalkan akan merana apalagi jika tidak segera bangkit dari kedudukannya.

- d. Tipe bermusuhan (*hostility personality*), pada tipe ini setelah memasuki lansia tetap merasakan tidak puas dengan kehidupannya, banyak keinginan yang kadang-kadang tidak diperhitungkan secara seksama sehingga menyebabkan kondisi ekonominya menjadi tidak stabil.
- e. Tipe kritik diri (*self hate personality*), pada lansia tipe ini umumnya terlihat sengsara, karena perilakunya sendiri sulit dibantu orang lain atau cenderung membuat susah dirinya.

4. Proses Menua

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

5. Faktor Faktor yang Mempengaruhi Proses Menua

Menurut Bandiyah (2014,dalam Muhith,2016) penuaan dapat terjadi secara fisiologis dan patologis. Penuaan dapat terjadi sesuai dengan kronologis usia. Faktor yang mempengaruhi yaitu hereditas atau genetik, nutrisi atau makanan, status kesehatan, pengalaman hidup, lingkungan, dan stress.

a. Hereditas atau Genetik

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

b. Nutrisi/Makanan

Berlebihan atau kekurangan mengganggu keseimbangan reaksi kekebalan

c. Status Kesehatan

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

d. Pengalaman Hidup

- 1) Paparan sinar matahari: kulit yang tak terlindung sinar matahari akan mudah ternoda oleh flek, kerutan, dan menjadi kusam.
- 2) Kurang olahraga: olahraga membantu pembentukan otot dan menyebabkna lancarnya sirkulasi darah.
- 3) Mengonsumsi alkohol: alkohol dapat memperbesar pembuluh darah kecil pada kulit dan menyebabkan peningkatan aliran darah dekat permukaan kulit.

e. Lingkungan

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

f. Stress

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

B. Konsep Dasar Hipertensi

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi atau yang biasa disebut tekanan darah tinggi merupakan peningkatan tekanan darah sistolik di atas batas normal yaitu lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg (WHO, 2013; Ferri, 2017).

Hipertensi merupakan suatu keadaan kronis ditandai dengan meningkatnya tekanan darah pada pembuluh darah arteri sehingga mengakibatkan jantung memompa lebih keras untuk mengedarkan darah ke seluruh tubuh. (Sari, 2017) Hipertensi (tekanan darah tinggi) adalah peningkatan tekanan darah sistolik $>140\text{mmHg}$ dan tekanan darah diastolic $>90\text{mmHg}$, ada dua kali pengukuran dengan selang waktu 5 menit dalam keadaan cukup istirahat atau tenang (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

Jadi, kesimpulan dari ke tiga pengertian hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik $>140\text{ mmHg}$ dan diastolic $>90\text{mmHg}$ atau meningkatnya tekanan darah pada pembuluh darah arteri sehingga mengakibatkan jantung memompa lebih keras untuk mengedarkan darah ke seluruh tubuh.

2. Etiologi

Dari seluruh kasus hipertensi 90% adalah hipertensi primer. Beberapa factor yang di duga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi primer seperti berikut ini (udjianti, 2013).

1. Genetic individu yang mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi, beresiko tinggi untuk mendapatkan penyakit ini.

2. Jenis kelamin dan usia

Laki laki berusia 35-50 tahun dan wanita menopause tinggi untuk mengalami hipertensi

3. Diet

Konsumsi diet tinggi garam atau lemak secara langsung berhubungan dengan berkembangnya hipertensi.

4. Berat badan (obesitas)

Berat badan >25% diatas ideal dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi.

5. Gaya hidup

Merokok dan konsumsi alcohol dapat meningkatkan tekanan darah

Etiologi hipertensi sekunder pada umumnya diketahui, berikut ni beberapa kondisi yang menjadi penyebab hipertensi sekunder (Udjianti, 2013).

a. Penggunaan kontrasepsi hormonal

Obat kontrasepsi yang berisi esterogen dapat menyebabkan hipertensi melalui mekanisme renin-aldosteron-mediated volume expansion. Dengan penghentian obat kontrasepsi, tekanan darah normal kembali secara beberapa bulan.

b. Penyakit parenkim dan vaskuler ginjal

Ini merupakan penyebab utama hipertensi sekunder. Hipertensi renovaskuler berhubungan dengan penyempitan satu atau lebih arteri renal pada klien dengan hipertensi disebabkan oleh aterosklerosis atau fibrous displasia (pertumbuhan abnormal jaringan fibrus). Penyakit parenkim ginjal terkait dengan infeksi, inflamasi dan perubahan struktur serta fungsi ginjal.

c. Gangguan endokrin

Disfungsi medula adrenal atau korteks adrenal dapat menyebabkan hipertensi sekunder. Adrenal-medited hypertension di sebabkan kelebihan primer aldosteron, kortisol dan katekolamin. Pada aldosteronisme primer, kelebihan aldosteron menyebabkan hipertensi dan hipokaemia.

d. Coarctation aorta (penyempitan pembuluh darah aorta)

Merupakan penyempitan aorta kongenital yang mungkin terjadi beberapa tingkat pada aorta torasik atau abdominal. Penyempitan penghambat aliran darah melalui lengkung aorta dan mengakibatkan peningkatan darah diatas area konstriksi.

e. Kehamilan

naiknya tekanan darah saat hamil ternyata dipengaruhi oleh hormon estrogen pada tubuh. Saat hamil kadar hormon estrogen di dalam tubuh memang akan menurun dengan signifikan. Hal ini ternyata biasa menyebabkan sel-sel endotel rusak dan akhirnya menyebabkan munculnya plak pada pembuluh darah. Adanya plak ini akan menghambat sirkulasi darah dan pada akhirnya memicu tekanan darah tinggi.

f. Merokok

Merokok dapat menyebabkan kenaikan tekanan darah karena membuat tekanan darah langsung meningkat setelah isapan pertama, meningkatkan kadar tekanan darah sistolik 4 milimeter air raksa

(mmHg). Kandungan nikotin pada rokok memicu syaraf untuk melepaskan zat kimia yang dapat menyempitkan pembuluh darah sekaligus meningkatkan tekanan darah

3. Klasifikasi

Secara klinis hipertensi dapat di klasifikasikan menjadi beberapa kelompok :

Table 2.2 klasifikasi hipertensi

No	Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolic (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)	160-129	100-109
	Grade 3 (berat)	180-209	100-119
	Grade 4 (sangat berat)	>210	>120

Sumber: (nurarif, 2015)

4. Manifestasi klinis

Menurut nuratif dan Kusuma 2015 tanda dan gejala hipertensi dibedakan menjadi :

a. Tidak ada gejala

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

b. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala yang lazim menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataanya ini merupakan gejala yang terlazim yang mengenai kebanyakan pasien

yang mencari pertolongan medis atau pemeriksaan tekanan darahnya pada layanan kesehatan beberapa manifestasi klinis pasien yang menderita hipertensi menurut black (2014) yaitu :

- 1) Sakit kepala (rasa berat ditengkuk)
- 2) Palpasi
- 3) Kelelahan
- 4) Nusea
- 5) Pandangan kabur atau ganda
- 6) Tinitus (telinga berdenging)

5. Pathofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis yang berlanjut kebawah kekorda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis keganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak kebawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah. Berbagai factor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Pada saat bersamaan dimana system saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas

vasokonstriksi. Mula adreanal mensekresi epinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi, korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainya, yang dapat memperkuat respon vasikonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan palepasam renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian di ubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriksi kuat, yang pada giliranya merangsang sekresi aldosterone oleh korteks adrenal. Hormone ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Fadila 2013 :359).

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang hipertensi pada lansia dmenurut (nur arif dan Kusuma, 2015)

1. Pemeriksaan Laboratorium

- a) Hb/Ht : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan factor resiko seperti hipokoagubilita, anemia.
- b) BUN/kreatinin : memberikan informasi tentang perfusi/fiungsi ginjal.
- c) Glukosa : hiperglikemia (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
- d) Urinalisa : darah, protein, glukosa, mengisaratkan difungsi ginjal dan ada DM

- e) CT scan : mengkaji adanya tumor cerebral, encephalopathy.
- f) EKG : dapat menunjukkan pola rengangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.
- g) IUP : mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti : batu ginjal, perbaikan ginjal.
- h) Foto dada : menunjukkan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

7. Penatalaksanaan

a. Terapi non farmakologi

Menjalani pola hidup sehat telah banyak terbukti dapat menurunkan tekanan darah, dan secara umum sangat menguntungkan dalam menurunkan risiko permasalahan kardiovaskular. Pada pasien yang menderita hipertensi derajat I, tanpa faktor risiko kardiovaskular lain, maka strategi pola hidup sehat merupakan tatalaksana tahap awal, yang harus dijalani setidaknya selama 4-6 bulan. Bila setelah jangka waktu tersebut, tidak didapatkan penurunan tekanan darah yang diharapkan atau didapatkan faktor risiko kardiovaskular yang lain, maka sangat dianjurkan untuk memulai terapi farmakologi (PERKI, 2015). Beberapa pola hidup sehat yang dianjurkan oleh banyak guidelines adalah:

1) Penurunan berat badan

Mengganti makanan tidak sehat dengan memperbanyak asupan sayuran dan buah-buahan dapat memberikan manfaat yang lebih selain penurunan tekanan darah, seperti menghindari diabetes dan dislipidemia.

2) Mengurangi asupan garam

Di Negara kita, makanan tinggi garam dan lemak merupakan makanan tradisional pada kebanyakan daerah. Tidak jarang pula pasien tidak menyadari kandungan garam pada makanan cepat saji, makanan kaleng, daging olahan dan sebagainya. Tidak jarang, diet rendah garam ini juga bermanfaat untuk mengurangi dosis obat antihipertensi pada pasien hipertensi derajat ≥ 2 . Dianjurkan untuk asupan garam tidak melebihi 2 gr/hari.

3) Olahraga

Olahraga yang dilakukan secara teratur sebanyak 30-60 menit/hari, minimal 3 hari/minggu, dapat menolong penurunan tekanan darah. Terhadap pasien yang tidak memiliki waktu untuk berolahraga secara khusus, sebaiknya harus tetap dianjurkan untuk berjalan kaki, mengendarai sepeda atau memiliki tangga dalam aktifitas rutin mereka di tempat kerja.

4) Mengurangi konsumsi alkohol

Walaupun konsumsi alkohol belum menjadi pola hidup yang umum di Negara kita, namun konsumsi alkohol semakin hari semakin

meningkat seiring dengan perkembangan pergaulan dan gaya hidup, terutama di kota besar. Konsumsi alkohol lebih dari 2 gelas per hari pada pria atau 1 gelas per hari pada wanita, dapat meningkatkan tekanan darah. Dengan demikian membatasi atau menghentikan konsumsi alkohol sangat membantu dalam penurunan tekanan darah.

5) Berhenti merokok

Walaupun hal ini sampai saat ini belum terbukti berefek langsung dapat menurunkan tekanan darah, tetapi merokok merupakan salah satu faktor risiko utama penyakit kardiovaskular, dan pasien sebaiknya dianjurkan untuk berhenti merokok.

a. Terapi farmakologi

Secara umum, terapi farmakologi pada hipertensi dimulai bila pasien hipertensi derajat 1 yang tidak mengalami penurunan tekanan darah setelah > 6 bulan menjalani pola hidup sehat dan pada pasien dengan hipertensi derajat ≥ 2 . Beberapa prinsip dasar terapi farmakologi yang perlu diperhatikan untuk menjaga kepatuhan dan meminimalisasi efek samping, yaitu: (PERKI , 2015)

- 1) Bila memungkinkan, berikan obat dosis tunggal.
- 2) Berikan obat generik (non-paten) bila sesuai dan dapat mengurangi biaya.

- 3) Berikan obat pada pasien usia lanjut (diatas usia 80 tahun) seperti pada usia 55-80 tahun, dengan memperhatikan faktor komorbid.
- 4) Jangan mengkombinasikan angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE-i) dengan angiotensin II receptor blockers (ARBs).
- 5) Berikan edukasi yang menyeluruh kepada pasien mengenai terapi farmakologi.
- 6) Lakukan pemantauan efek samping obat secara teratur.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan lanjut usia (gerontik) merupakan kegiatan yang dimaksudkan untuk memberikan bantuan atau bimbingan serta pengawasan, perlindungan, dan pertolongan kepada lanjut usia secara individu, kelompok, seperti di rumah atau lingkungan, panti werdha maupun puskesmas, yang dierikan oleh perawat (Nugroho, 2012). Sifat keperawatan gerontik adalah independent (mandiri), interdependent (kolaborasi), humanistik, dan holistik. Peran dan fungsi keperawatan gerontik adalah seagai pemberi asuhan keperawatan secara langsung, sebagai pendidik lansia, keluarga, dan masyarakat perawat juga dapat memotivator dan inovator dalam memerikan advokasi pada klien serta sebagai konselor (Azizah, 2011).

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal proses keperwatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari

berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Ermawati, 2012).

1) Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah mengumpulkan informasi yang sistematis tentang klien termasuk kekuatan dan kelemahan klien. Data di kumpulkan dari klien, keluarga, orang terdekat, masyarakat, grafik dan rekam medik (Sugiono, 2013).

1) Biodata

Terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, tempat tinggal, suku bangsa, agama, status perkawinan, dan pekerjaan.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Paliatif : Apa yang menjadi keluhan sehingga lebih berat atau lebih Atau lebih ringan.

Quantitas : Bagaimana nyeri dirasakan, apakah seperti di tusuk-tusuk.

Region : Di daerah mana nyeri dirasakan, apakah Menyebar

Skala : Intensitas dari keluhan utama, apakah Sampai mengganggu aktivitas atau tidak, seperti bergantung pada derajat beratnya.

Time : Kapan waktunya mulai terjadi keluhan

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

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

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

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

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

a. Tanda-Tanda Vital

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

b. Sistem Penginderaan (penglihatan)

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

c. Sistem pernafasan

Frekuensi pernafasan kemungkinan akan meningkat.

d. Sistem Kardiovaskuler

Peningkatan tekanan darah dan peningkatan denyut nadi.

e. Sistem Gastrointestinal

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

f. Sistem Integumen

Kulit tampak pucat, adanya nodule subkutan, terdapat lesi, oedema serta tugor kulit klien jelek akibat penuaan

g. Sistem Muskuloskeletal

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

h. Sistem Genitourinaria

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

i. Sistem Neurologi

a) Nervus I (Olfactorius) = Penciuman.

b) Nervus II (Opticus) = Penglihatan.

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

- d) Nervus IV (Trochlearis) = Gerak bola mata ke atas ke bawah.
- e) Nervus V (Trigeminus) = Sensori kulit wajah, penggerak otot rahang.
- f) Nervus VI (Abducens) = Gerak bola mata ke samping.
- g) Nervus VII (Facialis) = Ekspresi fasial dan pengecapan.
- h) Nervus VIII (Glossopharyngeus) = Gangguan pengecapan, kemampuan menelan, gerak lidah.
- i) Nervus IX (Vagus) = Sensasi faring, gerak vital suara.
- j) Nervus X (Glossopharyngeus) = Posisi lidah.
- k) Nervus XI (Accessory) = Gerakan kepala dan bahu.

c. Pengkajian Psikososial

Menurut (Marilynn E. Donges 2013) yang perlu di kaji pada pasien hipertensi, riwayat perubahan keperibadian, ansietas, depresi, euforia atau marah kronis.

1) Aspek Sosial

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

2) Identifikasi masalah emosional

Pertanyaan tahap 1 :

- a) Apakah klien mengalami sukar tidur ?
- b) Apakah klien sering merasa gelisah ?

c) Apakah klien sering murung ?

d) Apakah klien khawatir ?

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

Pertanyaan tahap II :

- a) Adakah keluhan lebih dari 3 bulan dalam 1 bulan terakhir?
- b) Adakah keluhan lebih dari 1 kali dalam 1 bulan terakhir?
- c) Adakah masalah atau keluhan?
- d) Adakah gangguan/ masalah dengan anggota keluarga?
- e) Apakah klien menggunakan obat tidur atau penenang atas anjuran dokter?
- f) Apakah klien cenderung mengurung diri?

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

d. Pengkajian Spiritual

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

e. Pemeriksaan Penunjang

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

- 2) Laboratorium: Fungsi ginjal diantaranya urine lengkap (urinalisi) ureum, creatinin, BUN dan asam urat, serta darah lengkap lainnya.
- 3) Foto Rongten : Kemungkinan ditemukan pembesaran jantung vaskularisasi atau aorta yang lebar.
- 4) Ekhokardiogram : Tampak penebalan ventrikel kiri, mungkin juga sudah terjadi dilatasi dan gangguan fungsi sistolik dan diastolik.

f. Pengkajian Fungsional

1) KATZ Indeks

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

Tabel 2.2
Pengkajian Fungsional Klien dengan Menggunakan KATZ Indeks

No	KEGIATAN	MANDIRI	BANTUAN SEBAGIAN	BANTUAN PENUH
1.	Mandi			
2.	Berpakaian			
3.	Pergi ke toilet			
4.	Berpindah			
5.	BAB dan BAK			
6.	Makan			

Termasuk/ Katergori manakah klien?

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

Keterangan :

Mandiri 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

Bartel Indeks merupakan suatu instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai

kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan keseimbangan, dan menggunakan 10 indikator

Tabel 2.3 Bartel Indeks Pemeriksaan

NO	KRITERIA	DENGAN BANTUAN	MANDIRI	KETERANGAN
1	2	3	4	5
1.	Makan	5	10	Frekwensi : Jumlah : Jenis :
2.	Minum	5	10	Frekwensi : Jumlah : Jenis :
3.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya	5-10	15	
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	Frekwensi :
5.	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
6.	Mandi	5	15	Frekwensi :
7.	Jalan di permukaan datar	0	5	
8.	Naik turun tangga	5	10	
9.	Mengenakan pakaian	5	10	
10.	Kontrol BAB	5	10	Frekwensi : Konsistensi :
11.	Kontrol BAK	5	10	Frekwensi : Warna :
12.	Olahraga/latihan	5	10	Frekwensi : Jenis :
13.	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10	Frekwensi : Jenis :

Interpretasi

Skor 130 : Mandiri

Skor 65-125 : Ketergantungan sebagian

Skor < 65 : Ketergantungan total

g. Pengkajian Status Mental

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

Tabel 2.4

Pengkajian Status Mental

Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
		1.	Tanggal Berapa hari
		2.	Hari apa sekarang?
		3.	Apa Nama tempat ini?
		4.	Dimana alamat ini?
		5.	Berapa umur anda?
		6.	Kapan anda lahir?(Minimal tahun lahir)
		7.	Siapa Presiden indonesia sekarang?
		8.	Siapa presiden indonesia sebelumnya?
		9.	Siapa nama ibu anda?
		10.	Kurangi 3 dari 20 dan tetap kurangi sampai 3x pengurangan
$\Sigma =$			

Score total :

Interprestasi hasil :

Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : Kerusakan intelektual ringan

Salah 6-8 : Kerusakan intelektual sedang

Salah 9-10 : Kerusakan intelektual berat

h. Pengkajian Aspek Kognitif dan Fungsi Mental

**Tabel 2.5 Pengkajian Aspek Kognitif Dari Fungsi Mental Dengan
Menggunakan Aspek MMSE
(Mini Mental Status Exam)**

NO	ASPEK KOGNITIF	NILAI MAKSIMAL	NILAI KLIEN	KRITERIA
1	2	3	4	5
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar : ○ Tahun ○ Musim ○ Tanggal ○ Hari ○ Bulan
	Orientasi	5		Dimana kita sekarang berada) ○ Negara ○ Propinsi ○ Kota..... ○ PSTW/desa/kampung..... ○ Wisma/alamat
2	Registrasi	3		Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (untuk disebutkan) ○ Obyek ○ Obyek ○ Obyek
3	Perhatian dan Kalkulasi	5		Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat ○ 93 ○ 86 ○ 79 ○ 72 ○ 65

4	Mengingat	3		Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 point untuk masing2 obyek.
5	Bahasa	9		Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien - o (misal jam tangan) - o (misal pensil) Minta klien untuk mengulang kata berikut: “tak ada jika, dan, atau, tetapi”. Bila benar, nilai satu point. - o Pernyataan benar 2 buah: tak ada, tetapi Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : “Ambil kertas di tangan anda, lipat dua dan taruh di lantai”. - o Ambil kertas di tangan anda - o Lipat dua - o Taruh di lantai Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai 1 point) - o “Tutup mata Anda” Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar - o Tulis satu kalimat - o Menyalin gambar 
NILAI TOTAL				

Interprestasi hasil :

> 23 : Aspek kognitif dari fungsi mental baik

18-22 : Kerusakan aspek fungsi mental ringan

<17 : Kerusakan aspek fungsi mental berat

i. Pengkajian Keseimbangan

Pengkajian keseimbangan dinilai dari dua komponen utama dalam bergerak, dari kedua komponen tersebut di bagi dalam beberapa gerakan yang perlu diobservasi oleh perawat. Di bawah ini adalah kedua kompnen tersebut :

Tabel 2.6 Pengkajian Keseimbangan

KRITERIA	SKOR
1	2
a. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan - Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka - Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi usila mendorong tubuhnya keatas dengan tangan atau gerakan ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.	
Duduk ke kursi (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di kursi.	
Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi usila mendorong tubuhnya keatas dengan tangan atau gerakan ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.	
Duduk ke kursi (dimasukkan dalam analisis) dengan mata tertutup Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di kursi. Ket. Kursi harus yang keras tanpa lengan.	
Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup. Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.	
Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup. Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.	

• Perputaran leher (klien sambil berdiri) Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki, keluhan pusing atau keadaan tidak stabil	
• Gerakan menggapai sesuatu Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung jari-jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan.	
• Membungkuk Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bisa berdiri lagi dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun.	
b. Komponen gaya berjalan atau pergerakan • Minta klien berjalan ketempat yang ditentukan. Ragu-ragu, tersandung, memegang objek untuk dukungan	
• Ketinggian langkah kaki Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (> 5 cm)	
• Kontinuitas langkah kaki Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai	
• Kesimetrisan langkah Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit	
• Penyimpangan jalur pada saat berjalan Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi.	
• Berbalik Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan.	
Skor Total	

Interpretasi hasil :

0 – 5 : Resiko jatuh rendah

6 – 10 : Resiko jatuh sedang

11 – 15 : Resiko jatuh tinggi

j. Analisa data'

Dalam menganalisa data terdapat kesenjangan yang timbul pada klien.

Data yang telah dikumpulkan sendiri maupun data dari hasil pemeriksaan tenaga kesehatan yang lain dianalisis dengan cara

membandingkan hasil pengumpulan data dengan keadaan seharusnya yang dimiliki klien.

D. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017). Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi klien dengan hipertensi :

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, hipertrofi/ rigiditas ventrikuler, iskemia miokard.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan hipertensi
- c. Gangguan pola tidur
- d. Kelebihan volume cairan
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai oksigen.
- e. Ketidakefektifan coping.
- f. Resiko cedera
- g. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
- h. Ansietas berhubungan dengan perubahan kondisi kesehatan.

E. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan.

Tim pokja SDKI PPNI (2017)

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Nyeri akut b.d hipertensi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun Kriteria hasil : 1. keluhan nyeri menurun 2. meringis menurun	Rencana tindakan : (Manajemen nyeri I.08238) 1).Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2).Identifikasi skala nyeri 3).Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4).Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: akupuntur,terapi music hopnosis, biofeedback, teknik imajinasi terbimbing,kompres hangat/dingin) 5).Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan,kebisingan) 6).Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 7).Ajarkan teknik non farmakologis untuk

			mengurangi nyeri 8).Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat Kriteria hasil : Perfusi perifer (L.02011) 1.Nadi perifer teraba kuat 2.Akral teraba hangat 3.Warna kulit tidak pucat	Rencana tindakan : Pemantauan tanda vital (I.02060) 1).Memonitor tekanan darah 2).Memonitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 3).Memonitor pernapasan (frekuensi, kedalaman) 4).Memonitor suhu tubuh 5).Memonitor oksimetri nadi 6).Identifikasi penyebab perubahan tanda vital 7).Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 8).Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
3	Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat Kriteria hasil : (keseimbangan cairan L. 03020) 1.Terbebas dari edema 2.Haluaran urin meningkat 3.Mampu mengontrol asupan cairan	Rencana tindakan : (Manajemen hipervolemia I.03114) 1).Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan) 2).Monitor intake dan output cairan 3).Monitor efek samping diuretik (mis : hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) 4).Batasi asupan cairan dan garam 5).Anjurkan melaporkan haluaran urin <0,5

			mL/kg/jam dalam 6 jam 6).Ajarkan cara membatasi cairan 7).Kolaborasi pemberian diuretic
4	Intoleransi aktifitas b.d kelemahan	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat Kriteria hasil : toleransi aktivitas (L.05047) 1.kemudahan melakukan aktivitas sehari hari meningkat 2.kekuatan tubuh bagian atas meningkat 3.kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 4. keluhan lelah menurun	Rencana tindakan : (Manajemen energi I.050178) 1).Monitor kelelahan fisik dan emosional 2).Monitor pola dan jam tidur 3).Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 4).Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan 5).Anjurkan tirah baring 6).Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap 7).Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara 8).meningkatkan asupan makanan
5	Defisit pengetahuan b.d kurang minat dalam belajar	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat Kriteria Hasil : Tingkat pengetahuan (L.12111) 1.kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang hipertensi meningkat 2. pertanyaan	Rencana Tindakan : Edukasi kesehatan (I.12383) 1).Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2).identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat 3).sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4).jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

		tentang masalah yang di hadapi menurun	5).berikan kesempatan untuk bertanya 6).jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 7).ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 8).ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
6	Ansietas b.d kurang terpapar informasi	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun Kriteria hasil : Tingkat ansietas (L.09093) 1. verbalilasi khawatir akibat kondidi yang di hadapi menurun 2.prilaku gelisah menurun 3.Prilaku tegangh menurun	Rencana Tindakan : Reduksi ansietas (I.09314) 1).Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) 2).Gunakan pendekatan yang tenang dan nyaman 3).Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan , dan prognosis
7	Resiko penurunan curah jantung d.d perubahan afterload	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat Kriteria hasil : curah jantung (L.02008) 1.Tanda vital dalam rentang normal 2.Nadi teraba kuat 3.Pasien tidak mengeluh lelah	Rencana tindakan : (Perawatan jantung I.02075) 1).Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (mis: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxymal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP) 2).Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (mis: peningkatan berat badan,

			hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 3). Monitor tekanan darah 4). Monitor intake dan output cairan 5). Monitor keluhan nyeri dada 6). Berikan diet jantung yang sesuai 7). Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu 8). Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 9). Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 10). Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
8	Risiko jatuh d.d gangguan penglihatan	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun. Kriteria Hasil : Tingkat jatuh (L.14138) 1. Risiko jatuh dari tempat tidur menurun 2. Risiko jatuh saat berjalan menurun 3. Risiko jatuh saat berdiri menurun	Rencana Tindakan : Pencegahan jatuh (I.14540) a. Identifikasi factor risiko (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik. Gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) b. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi c. Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Morse scale, humpty dumpty) d. Pasang handrail

			tempat tidur e. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpidah.
--	--	--	---

F. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (wartonah, 2015).

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, factor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan. Strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (dinarti & muryanti, 2017).

G. Evaluasi

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

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur

keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (diniarti & muryanti, 2017).

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

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

H. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi adalah suatu proses informasi, penerimaan, pengiriman, dan evaluasi pusat rencana yang dilaksanakan oleh seorang perawat profesional (Ryan, 2014).

Hal-hal pokok dalam prinsip dokumentasi menurut Capernito (1991, dalam Nursalam, 2013) yaitu dokumentasi dilakukan segera setelah setiap langkah keperawatan, catat setiap respon pasien/keluarganya, pastikan kebenaran setiap data yang dicatat, data pasien harus objektif,

dokumentasikan dengan baik bila ada perubahan kondisi, muncul masalah baru, harus dihindari dokumentasi yang baku, hindari penggunaan istilah penulisan yang tidak jelas, data ditulis secara syah dengan menggunakan tinta, tidak dibenarkan merubah dokumentasi untuk merubah kesalahan, cantumkan waktu, tanda tangan dan nama jelas perawat untuk setiap kegiatan dokumentasi, wajib membaca setiap tulisan dari anggota team kesehatan yang lain sebelum menulis data terakhir dan dokumentasi harus dibuat dengan tepat jelas dan lengkap.

BAB III

TINAJUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan kasus

1. Pengkajian

a. Identitas klien

Nama	: Ny. S
Umur	: 72 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status	: Janda
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Kp. Sumur Kondang RT 01 RW 09. Desa Kerta Jaya, kec Cibatu, kab Garut
Tanggal pengkajian	: 14 Desember 2021
Suku bangsa	: Sunda
Diagnosa	: Hipertensi
Penanggung jawab	: Ny. L
Hubungan dengan klien	: Anak kandung

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri kepala

2) Riwayat Kesehatan Sekarang (PQRST)

Pada saat dikaji pada tanggal 14 Desember 2021 klien mengeluh pusing dengan skala nyeri 5 (0-5), pusing bertambah jika melakukan hal yang berat dan saat berjalan, dan nyeri hilang saat beristirahat.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut penuturan klien, dahulu klien mengalami penyakit darah tinggi hingga sekarang

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang mempunyai penyakit keturunan yang menular seperti, contohnya DM, ASMA, dan masih banyak lagi

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran : Compos mentis dengan gcs 15

penampilan : Tampak lemah

2) Pemeriksaan TTV

TD : 160/100 mmHg S : 36, 4 C

N : 86x/ menit TB : 156 cm

RR : 22x/ menit BB : 60 kg

3) Permeriksaan persistem

a) System kardiovaskuler

Bentuk dada simetris antara kiri dan kanan, tidak ada jup, nadi 86x/ menit irama jantung regular, bunyi jantung lup, dup (s1, s2) tekanan darah 160/100 mmHg

b) System pernafasan

Hidung : lubang hidung simetris anta lubang kiri dan kanan, tidak ada pernafasan cuping hidung, tanpak bersih, penciuman baik, tidak ada nyeri tekan pada hidung. Paru paru : bunyi paru paru sonor, bunyi nafas vaskuler, irama teratur frekuensi 22x/ menit

c) System integumen

Kulit klien warna sawo matang, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, integritas kulit keriput, tidak ada oedema, saat di cubit kulit tampak kembali dengan waktu +2 detik. Kuku tampak kotor dan panjang, dan tidak terdapat lesi disekitar kuku.

d) System perkemihan

Klien mengatakan tidak terdapat keluhan pada sistem perkemihan, dan tidak ada nyeri pada saat BAK, warna urine klien kuning jernih, menurut klien frekuensi berkemihnya 4-6x/hari.

e) System muskuloseletal

Letak tangan simetris antara kanan dan kiri, reflekbisep (+), tidak terdapat nyeri tekan di ekstermitas atas klien, kekuatan otot 5/ kekuatan otot baik.

1) Ekstermitas bawah :

Letak simetris antara kanan dan kiri, refleks patela (+), kekuatan otot 5, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat edema di ekstermitas bawah, kekuatan otot baik.

f) System endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran getang bening.

g) System pencernaan

Mukosa bibi lembab, keadaan bibir bersih, warna bibi kecoklatan, gigi tanpak kekuningan dan mulai tidak utuh, fungsi menelan baik, fungsi pengecapan baik, bunyi perut tynpani, tidak terdapat nyeri tekan.

h) System neurologi

(1) Nervus I (olfacteorius)

Klien dapat membedakan bau minyak kayuputih dan kopi

(2) Nervus II (opcucus)

Klien dapat melihat dengan baik, terbukti bisa membedakan benda disekitarnya, dan membaca jarak jauh sejauh 40 centi meter.

(3) Nervus III (oculomotorius)

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

(4) Nervus IV (trochlearis)

Klien dapat menggerakkan bola matanya ke atas ke bawah

(5) Nervus V (abducens)

Klien dapat menggerakkan bola matanya ke samping kiri kanan

(6) Nervus VI (trigeminus)

Sensorik kulit wajah klien baik dapat merasakan gesekan, gesekan kapas ke pipi kanan dan kiri

(7) Nervus VII (facialis)

Klien dapat menggerakkan alis dan mengerutkan dahi.

(8) Nervus VIII (vestibulocochlear)

Fungsi keseimbangan klien baik, terbukti pada saat berjalan tidak menggunakan alat bantu

(9) Nervus IX, X (glosopharyngeus)

Refleks menelan baik

(10) Nervus XI (accessorius)

Klien dapat menggerakkan kedua bahunya dengan cara menggerakkan kepalanya

(11) Nervus XII (hypoglossus)

Klien dapat berbicara baik, fungsi lidah baik, dapat di gerakan ke segala arah.

d. Pengkajian Spritual

Klien beragama islam klien selalu mengikuti pengajian, dan selalu melaksanakan shalat 5 waktu dan mengaji, klien selalu berdo'a agar selalu diberi kelancaran dan kemudahan. Klien juga yakin bahwa Allah SWT akan selalu melindungi hambanya

e. Lingkungan Tempat Tinggal

Kondisi lingkungan tempat tinggal klien cukup bersih, lantai klien tidak licin, jarak kamar klien ke toilet cukup dekat sekitar 4 meter kurang lebih. Penerangan kamar klien cukup terang, ventilasi udara cukup

f. Aktivitas sehari hari (ADL)

Tabel 3.1 kegiatan sehari-hari (ADL)

No	Jenis aktivitas	Sebelum sakit	Sesudah sakit
1	Nutrisi a. Makan Jenis Frekuensi Porsi b. Minum Frekuensi Jenis	Nasi, lauk pauk 3x sehari 1 porsi Kurang lebih 6 gelas Air putih	Nasi, lauk pauk 3x sehari 1 porsi Kurang lebih 6 gelas Air putih
2	Pola eliminasi a. BAB Frekuensi Warna b. BAK Frekuensi Warna	2x / hari tidak menentu Khas peses 4-6 x sehari Kuning jernih	2x / hari tidak menentu Khas peses 4-6 x sehari Kuning jernih
3	Pola istirahat tidur a. Tidur siang Berapa lama	1-2 jam sehari	30 menit sehari

	b. Tidur malam Berapa lama	6-8 jam sehari	4-5 jam sehari
4	Personal hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas	2x3/ sehari 2x/ sehari 2x/ sehari	2x3/ sehari 2x/ sehari 2x/ sehari
5	Pola aktivitas Kebiasaan	Klien beraktivitas seperti biasanya seperti cuci piring, bersih tempat tidur dll	Klien beraktivitas seperti biasanya seperti cuci piring, bersih tempat tidur dll

g. Pengkajian emosional

1) Aspek sosial

Klien mampu bersosialisasi dengan sangat baik, dengan keluarga, tetangga maupun dengan perawat

2) Identifikasi masalah emosional

Pertanyaan tahap 1 :

- a) Apakah klien sukar tidur ? iya
- b) Apa klien suka merasa gelisah ? tidak
- c) Apa klien sering murung ? tidak
- d) Apakah klien sering khawatir? Tidak

Interpretasi data : dilihat dari pertanyaan diatas terdapat jawaban “Ya” sama dengan satu, sehingga dapat disimpulkan bahwa klien memiliki masalah emosional positif (+).

h. Pengkajian fungsional

1) KATZ indeks

Tabel 3.2
Pengkajian Fungsional Klien dengan Menggunakan KATZ Indeks

NO	KEGIATAN	MANDIRI	BANTUAN SEBAGIAN	BANTUAN PENUH
1	Mandi	√		
2	Berpakaian	√		
3	Pergi ke toilet	√		
4	Berpindah	√		
5	BAB dan BAK	√		
6	Makan	√		

Kesimpulan : Ny.S mandiri semuanya, baik dalam hal mandi, berpakaian, pergi ke toilet, BAB/BAK, makan, berpindah. Jadi klien termasuk pada tingkat kemandirian Katz Indeks A.

2) Bartel indeks

Tabel 3.3 Bartel Indeks Pemeriksaan

NO	KRITERIA	DENGAN BANTUAN	MANDIRI	KETERANGAN
1	2	3	4	5
1.	Makan	0	10	Frekwensi : 3x sehari Jumlah: 1 posri Jenis : nasi lauk pauk
2.	Minum	0	10	Frekwensi : kurang lebih 6 gelas perhari Jumlah : Jenis : air ptih
3.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya	0	10	Dilakukan mandiri

4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	10	Frekuensi : Frekuensi 2x perhari
5.	Keluara masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	0	10	Dilakukan mandiri
6.	Mandi	0	10	Frekwensi : 2x sehari
7.	Jalan di permukaan datar	0	10	Dilakukan mandiri
8.	Naik turun tangga	0	10	Dilakukan mandiri
9.	Mengenakan pakaian	0	10	Dilakukan mandiri
10.	Kontrol BAB	0	10	Frekwensi : 2x sehari Konsistensi : padat
11.	Kontrol BAK	0	10	Frekwensi : 4-6x / hari Warna : kuning terang
12.	Olahraga/latihan	0	10	Frekwensi : Jenis :jalan dipagi hari
13.	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	0	10	Frekwensi : Jenis : pengajian, nonton tv

Jumlah skor 130

Dilihat dari data diatas skor 130, yaitu dengan keterangan Ny. S melakukan aktivitas mandiri.

3) Pengkajian Status Mental (SPMSQ)

a) pemeriksaan SPMSQ

b)

Tabel 3.4**Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ)**

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

Skor total salah :

Interprestasi hasil : Ny.S menjawab pertanyaan dan terdapat 1 point yang salah berarti menunjukkan fungsi Intelektual utuh.

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

Tabel 3.5
MMSE (Mini Mental Status Exam)

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	2	3	4	5
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : 1) Tahun 2) Musim 3) Tanggal 4) Hari 5) Bulan
	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada) 1) Negara indonesia 2) Provinsi jabar 3) Kota garut

				4) PSTW/desa/kampung sumur kondang 5) Wisma/alamat
2	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (untuk disebutkan) 1) Obyek buku 2) Obyek pulpen 3) Obyek jam tangan
3	Perhatian dan Kalkulasi	5	5	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat 1) 93 2) 86 3) 79 4) 72 5) 65
4	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 point untuk masing2 obyek.
5	Bahasa	9	9	Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien (misal jam tangan) (misal pensil) (misal buku) Minta klien untuk mengulang kata berikut: “tak ada jika, dan, atau, tetapi”. Bila benar, nilai satu point. 1) Pernyataan benar 2 buah: tak ada, tetapi Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : “Ambil kertas di tangan anda, lipat dua dan taruh di lantai”. 1) Ambil kertas di tangan anda 2) Lipat dua 3) Taruh di lantai Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai 1 point) “Tutup mata Anda”

				Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar Tulis satu kalimat Menyalin gambar 
NILAI TOTAL		30	$\Sigma=30$	

Ny S mendapatkan skor 30 dengan keterangan bahwa Ny.S tidak ada gangguan kognitif.

Keterangan :

24-30 : tidak ada gangguan kognitif

18-23 : gangguan kognitif sedang

0-17 : gangguan kognitif berat

B. Analisa Data

No	Data Fokus	Penyebab	Masalah
1	DS : a. Klien mengeluh nyeri kepala di bagian tengkuk b. Nyeri seperti di tusuk tusuk c. Klien mengatakan nyeri di rasakan ketika klien	Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓	Nyeri akut

	banyak beraktivitas dan berkurang ketika klien beristirahat. DO : d. Klien tampak meringis e. Skala nyeri 5 (0-5) f. Klien tampak lemah g. Klien sering memegang kepalanya h. TTV : TD : 160/100 mmHg R : 22x/ menit S : 36,4 C N : 86x / menit	Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Otak ↓ Resistensi pembuluh darah ↓ Nyeri akut	
2	DS : a. Klien mengatakan sulit tidur b. Klien mengatakan kurang waktu tidur DO : a. Klien tampak	Hipertensi ↓ Kerusakan struktur penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ke otak ↓ Resistensi pembuluh darah ke otak	Gangguan pola tidur

	lemah b. Kualitas tidur tidak nyenyak dan sering terbangun c. Frekuensi tidur malam 4-5 jam	↓ gangguan pola istirahat tidur	
3	DS : d. Klien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakit yang di deritanya DO : a. Klien tampak bingung b. Klien tampak tidak dapat menjawab pertanyaan dari saya terhadap penyakit yang sedang dideritanya c. Klien tidak mengetahui penyebab, cara mencegah dan mengobatinya	Hipertensi ↓ Perubahan status kesehatan ↓ Paparan informasi kurang (mis interpretasi) ↓ Defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan

C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan hipertensi di tandai dengan :

Ds :

- 1) Klien mengeluh nyeri kepala
- 2) Nyeri seperti di tusuk tusuk
- 3) Klien mengatakan nyeri di rasakan saat terlalu banyak melakukan aktivitas dan berkurang ketika klien beristirahat.

Do :

- 1) Klien tampak lemah
- 2) Klien tampak meringis
- 3) Klien sering memegang kepalanya
- 4) Skala nyeri 5 (0-5)
- 5) TTV : TD : 160/100 mmHg

R : 22x/ menit

S : 36,4 C

N : 86x / menit

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri kepala ditandai

dengan:

DS :

- 1) Klien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari
- 2) Klien mengatakan kurang tidur

DO :

- 1) Klien tampak lemah
 - 2) Frekuensi tidur malam 4-5 jam
 - 3) Tidur kurang nyenyak dan sering terbangun
3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi di tandai dengan :

DS :

- 1) Klien mengatakan tidak mengetahui tentang kondisi penyakit yang dideritanya

DO :

- 1) Klien tampak bingung
- 2) Klien tampak tidak dapat menjawab pertanyaan dari saya terhadap penyakit yang sedang dideritanya
- 3) Klien tidak mengetahui penyebab, cara mencegah dan mengobatinya

D. Intervensi keperawatan

Nama : Ny. S

Umur : 72 tahun

Diagnosa : Hipertensi

No	Diagnosa	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut bd hipertensi ditandai dengan: Ds : a. klien mengeluh nyeri kepala di bagian tengkuk b. nyeri seperti di tusuk tusuk	Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 3 hari di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Klien mengatakan nyeri berkurang dari 4 menjadi 3 2. Klien menunjukan ekspresi tenang 3. Klien dapat beristirahat	1. Identifikasi lokasin, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	1. Untuk mengetahui lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas, intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui berapa skala nyeri yang dirasakan pasien 3. Agar pasien dapat mengetahui apa yang dapat memperberat dan

	c. Klien mengatakan nyeri di rasakan saat terlalu banyak melakukan aktivitas dan berkurang ketika klien beristirahat Do : a. klien tampak lemah b. klien tampak meringis c. klien sering memegang kepalanya d. skala nyeri	dengan tenang	4. Berikan terapi non farmalogis untuk mengurangi rasa nyeri 5. Anjurkan monitor rasa nyeri secara mandiri	memperingan rasa nyeri 4. Untuk memantau efek samping penggunaan analgetik 5. Agar pasien dapat memonitor nyeri secara mandiri
--	---	----------------------	---	--

	5(0-5) e. TTV Td :160/100 R :22x/ menit S : 36,4 c N : 86x/ menit			
2	Gangguan pola tidur b.d adanya nyeri kepala ditandai dengan : a. klien mengatakan kurang tidur dan sering terbangun pada malam hari b. klien sering merasa gelisah Do :	Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 3 hari jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Indentifikasi factor yang mengganggu tidur 3. identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, seperti the, atau kopi 4. anjurkan pada klien untuk memodifikasi	1. Untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur klien 2. Untuk mengetahui factor yang mengganggu tidur klien 3. Untuk mengetahui makanan dan minuman yang mengganggu tidur, seperti the atau kopi 4. Menurunkan gangguan pola tidur

	a. klien tampak lemah b. tidur malam 4-5 jam c. tidur tidak nyenyak		lingkungan, yaitu mengatur pencahayaan dengan mematikan lampu saat ingin tidur 5. anjurkan klien untuk meningkatkan kenyamanan misalnya: pijat dan pengaturan posisi nyaman 6. jelaskan pada klien pentingnya tidur untuk kesehatan 7. anjurkan klien untuk tidur disiang hari dan memajukan jam tidur di malam hari seperti tidur	5. Untuk menurunkan gangguan pola tidur 6. Agar klien mengetshui pentingnya tidur untuk kesehatan 7. Memberikan penjelasan agar klien tidur di siang hari dengan cukup dan tidur di malam hari seperti tidur pada
--	---	--	---	---

			pada jam 8 malam.	jam 8 malam
3	Defisit pengetahuan b.d kurang terpaparnya informasi ditandai dengan : Ds : a. klien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakitnya b. klien menanyakan tentang masalah yang di hadapinya Do : a. klien	Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 3 hari jam di harapkan tingkat penmgetahuan meningkat dengan kriteria ahsil : 1. Klien melakukan sesuai anjuran 2. Klien tanpak mampu menjelaskan kemabali materi yang di sampikan 3. Klien mengajukan pertanyaan	1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Beriakan kesempatan untuk bertanya 5. jelaskan faktor resiko yang mempengaruhi	1. untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan klien dalam menrima informasi 2. materi dan media pendidikan untuk membatu mempermudah pasien dalam menerima informasi informasi kesehtan 3. untuk membuat kontrak waktu dengan pasien yang di jawalkan 4. untuk memberikan kesempatan pada pasien pada pasien untuk bertanya hal yang belum di pahami 5. untuk meningkatkan pemahan klien pada apa saja

	menunjukkan prilaku tidak sesuai anjuran b. klien menunjukkan presepsi yang keliru terhadap masalah		kesehatan	yang mempenngarui kesehatan
--	---	--	-----------	--------------------------------

E. implementasi dan evaluasi

Nama : Ny. S

Umur : 72 tahun

Diagnosa : Hipertensi

Hari/tanggal	No Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Rabu, 15 Desember 2021		1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri. 2. Mengidentifikasi skala nyeri yang dirasakan 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Memberikan terapi non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 5. Menganjurkan monitor rasa nyeri secara mandiri	S : klien mengatakan nyeri kepala O : -klien tampak lemah -skala nyeri 4(0-5) -TD: 160/100 mmHg A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	salima
Rabu, 15 Desember 2021		1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi factor yang mengganggu tidur 3. Mengidentifikasi	S : klien mengatakan masih sulit tidur dan suka terbangun di malam hari O :	salima

		makanan dan minuman yang mengganggu tidur, seperti the atau kopi. 4. Menanjurkan pada klien untuk memodifikasi lingkungan, yaitu mengatur pencahayaan dengan mematikan lampu saat ingin tidur 5. Menganjurkan klien meningkatkan kenyamanan misalnya : pijat dan pengaturan posisi nyaman 6. Menjelaskan pada klien pentingnya tidur untuk kesehatan Menganjurkan klien untuk tidur di siang hari dan memajukan jam tidur di malam hari seperti di malam hari seperti tidur jam 8	-klien tampak lemah A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
Rabu, 15 Desember 2021		1. mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	S: -klien mengatakan paham mengenai	salima

		2. menyediakan materi dan mendia pendidikan 3. menjadwalkann pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. memberikan kesempatan untuk bertanya 5. menjelaskan faktor resiko yang memprngaruhi kesehatanv mengajarkan prilaku hidup bersih dan seahta	penyakitnya O : -klien mampu menjelaskan kembali apa apa yang sudah di jelaskan petugas A : masalah teratasi P : hentikan intervensi	
--	--	--	---	--

F. Catatan perkembangan

Nama : Ny. S

Umur : 72 tahun

Diagnosa : Hipertensi

Catatan perkembangan 1

No	Tanggal	Catatan perkembangan	Paraf
1	16 desember 2021 jam 09:00 wib	S : klien mengatakan masih merasa nyeri O : a. Skala nyeri 5 (0-5) b. TD : 160/100 c. Nadi 86x/ menit A : Nyeri akut P : Lanjutkan intervensi I : a. Mengidentifikasi skala nyeri yang dirasakan b. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri c. Memberikan terapi non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri d. Menganjurkan monitor rasa nyeri secara mandiri E : masalah belum teratasi	Salima Nurul Husaeni
2	16 desember 2021 jam 10:45 wib	S : klien mengatakan masih sulit tidur O :	Salima Nurul Husaeni

		a. klien tampak lemah b. konjungtiva pucat c. tidur malam 4-5 jam d. kualitas tidur tidak nyenyak A : gangguan pola tidur P : lanjutkan intervensi I : a. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur b. Mengidentifikasi factor yang mengganggu tidur c. Menganjurkan klien untuk meningkatkan kenyamanan misalnya: pijat dan pengaturan posisi nyaman d. Menganjurkan klien untuk tidur disiang hari dan memajukan jam tidur di malam hari seperti tidur pada jam 8 malam E : masalah belum teratasi	
3	16 desember 2021 jam 11;45 wib	S : klien mengatakan paham mengenai penyakitnya O : klien mampu menjelaskan kembali apa yang sudah petugas jelaskan A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi	Salima Nurul Husaeni

Catatan perkembangan 2

No	Tanggal	Catatan perkembangan	Paraf
1	17 desember 2021 jam 10:00 wib	S : a. Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang O : a. Sekala nyeri 2 (0-5) b. Td : 150\90 mmHg c. Nadi 84 x / menit A : nyeri akut P : lanjutkan intervensi I : a. Mengidentifikasi sekala nyeri yang dirasakan b. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri c. Memberikan terapi non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri d. Menganjurkan monitor rasa nyeri secara mandiri E : masalah teratasi sebagian	Salima Nurul Husaeni
2	17 desember 2021 jam 10:30 wib	S : a. klien mengatakan sudah mulai bisa tidur, tapi masih terjaga karena kepala terasa pusing b. Klien mengatakan belum	

		bisa tidur siang O ; a. Klien tampak lemah b. Kualitas tidur tidak nyenyak A : gangguan pola tidur P : lanjutkan intervensi I : a. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur b. Mengidentifikasi factor yang mengganggu tidur c. Menganjurkan klien untuk meningkatkan kenyamanan misalnya: pijat dan pengaturan posisi nyaman d. Menganjurkan klien untuk tidur disiang hari dan memajukan jam tidur di malam hari seperti tidur pada jam 8 malam E : masalah teratasi sebagian	
--	--	--	--

Catatan perkembangan 3

No	Tanggal	Catatan perkembangan	Paraf
1	18 desember 2021 jam 10:00 wib	S : a. klien mengatakan suda tidak nyeri kepala O : a. skala nyeri 0 (0-5)	Salima Nurul Husaeni

		b. Td 140/90 mmHg c. 80 x / menit A : masalah teratasi P : hentikan intervensi	
2	18 desember 2021 jam 10:35 wib	S : a. klien mengatakan sudah bisa tidur O : a. Klien tampak segar b. Kualitas tidur nyenyak A : masalah teratasi P : hentikan intervensi	

G. Pembahasan

Dalam pembahasan penulis akan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus selama 4 hari melaksanakan asuhan keperawatan gerontik dengan katz indeks A pad NY. S di kampung Sumur Kondang Rt/Rw 01/09 desa kerta jaya kecamatan cibatu kabupaten garut, dengan memperhatikan dan menganalisa tinjauan kasus dengan tinjauan teori. Dari hasil perbandingan tersebut akan muncul kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kenyataan, maka perlu beberapa aspek yang harus di bahas mulai dari pengkajian sampai evaluasi.

Salama melakukan pengkajian sampai evaluasi di dapatkan hasil yang nyata sesuai dengan gejala-gejala yang di timbulkan atau yang dapat di lihat dari klien. Dalam penggunaan asuhan keperawatan dalam membantu dalam melakukan praktek atau asuhan keperawatan, menyelesaikan masalah

keperawatan klien dan memenuhi kebutuhan klien secara ilmiah, sistematis dan terorganisasi yang melalui tahapan – tahapan berikut :

1. Tahapan pengkajian

Pada tahapan pengkajian penulis melakukan anamnesa baik pada klien maupun pada keluarga klien, mengenai identitas klien, identitas penanggung jawab, faktor predosposisi, serta melakukan pemeriksaan fisik dan pada saat melakukan pengkajian tidak ada hambatan klien dapat menjawab meskipun dalam menjawab klien perlu bantuan keluarganya, untuk masalah keperawatan tidak semua sama seperti teori yang ada pada bab II karena pada menentukan masalah keperawatan harus sesuai dengan keluhan yang dirasakan pasien, didapatkan dari pasien, dengan melakukan pemeriksaan fisik dan melakukan observasi secara langsung pada klien.

Pada saat pemeriksaan terdapat kesenjangan antara teori dan kenyataan, yaitu secara teoritis tanda dan gejala yang muncul pada klien hipertensi yaitu sakit kepala pada tengkuk, gelisah, terlihat lemah, dada sesak, mudah merasakan lelah.

Berdasarkan hasil pengkajian di lapangan di temukan pada NY. S di temukan tanda dan gejala yaitu nyeri kepala atau tengkuk, klien merasakan gelisah, mudah lelah, penglihatan kabur, nyeri pada kaki.

2. Tahap diagnose keperawatan

Dalam tinjauan teoritis, diagnosa keperawatan yang muncul pada klien hipertensi menurut PPNI, 2017 adalah :

- a. Penurunan curah jantung b.d peningkatan afterload
- b. Nyeri akut b.d peningkatan tekanan
- c. Kelebihan volume cairan
- d. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan
- e. Ketidakefektifan coping
- f. Resiko cedera
- g. Defisiensi pengetahuan
- h. Ansietas

Tetapi setelah dilakukan tahapan pengkajian selama 4 hari pada NY. S berdasarkan analissi data yang diperoleh terdapat beberapa masalah keperawatn yaitu :

- a. Nyeri aku bd hipertensi
- b. gangguan pola tidur b.d nyeri kepala
- c. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

3. Tahapan perencanaan

Pada tahapan ini penulis menyusun rencana tindakan sesuai dengan permasalahan yang ada, perencanaan yang di buat disesuaikan dengan kemampuan situasi, kondisi sumber daya keluarga dan penulis sendiri. Secara teoritis penulis harus dilakuan secara bersama sama keluarga, dan alhamdulillah keluarga dapat meluangkan waktu untuk melakukan perecncanaan dan kontrak waktu yang di perlukan.

4. Tahap implementasi

Secara umum penulis dapat melakukan tahap implementasi atau pelaksanaan dengan baik, seluruh rencanaan keperawatan yang di buat sesuai dengan tujuan, kriteria dan standar hasil meskipun tidak tercapai sebagian, keluarga cukup kooperatif dan terbuka , sehingga penulis mrndapatkan kemudahan dalam menyampaikan informasi – informasi yang ada hubungan dengan masalah penyakit hipertensi dengan melakukan pendidikan kesehatan yang mudah di mengerti, di tunjang dengan memperhatikan serta menyampaikan melalui media seperti gambar gambar yang mudah di pahami keluarga sehingga mudah masuk atau di mengeri keluarga maupun klien meskipun dalam relative waktu yang singkat. Dan dalam melakukan perawatan mudah atau berlansung dnegan baik berkat dukungan keluarga klien dan kemauan klien untuk melakukannya.

5. Tahapan evaluasi

Tahapan ini merupakan untuk meniali sejauh mana hasil yang telah tercapai selama melakukan asuhan keperawatan, apabila di lihat dari kriteria waktu yang di tetapkan dalam tujuan , telah tercapai sebagian di antaranya klien telah mengetahui banyak mengenai apa itu hipertensi. Klien melakukan evaluasi pada tanggal 14-18 desember 2021 dengan hasil diagnose pertama yaitu nyeri akut teratasi. Diagnose keperawatan kedua yaitu gangguan pola tidur yaitu dengan menciptakan lingkungan yang nyaman. Diagnose keperawatan yang ke tiga yaitu defisit

pengetahuan alhamdulillah untuk diagnose yang ketiga tercapai klien dan keluarga klien mengetahui apa itu hipertensi, tanda dan gejala hipertensi dan keluarga klien juga mengetahui diet hipertensi

6. Tahapan dokumentasi

Pada tahap dokumentasi ini, penulis melaksanakan pendokumentasian dan pemberian asuhan keperawatan pada Ny. S. Penulis mendokumentasikannya dari mulai tahap pengkajian sampai tahap evaluasi beserta catatan perkembangan yang dilaksanakan secara langsung pada Ny. S. Penulis menemukan berbagai hambatan, mulai dari tahap penulisan asuhan keperawatan sampai akhirnya penulis mendapatkan persetujuan dari pembimbing untuk diajukan ke tahap sidang. Namun, setiap tahapnya penulis melalui sesuai dengan mengikuti bimbingan dan terus berupaya seoptimal mungkin untuk memperbaiki setiap kekurangan yang penulis buat dalam tahap pendokumentasian.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

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

1. Tahap pengkajian

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

2. Tahap diagnose

Adapun data yang terkumpul, penulis menemukan masalah keperawatan pada Ny.S yaitu nyeri akut, gangguan pola tidur, dan defisit pengetahuan

3. Tahap perencanaan

Pada tahap ini penulis dapat merencanakan tindakan keperawatan pada Ny. S dengan hipertensi sesuai dengan diagnose keperawatan yang muncul pada hasil pengkajian dan di sesuaikan dengan kondisi klien, kemampuan perawat dan fasilitas yang tersedia. Perencanaan

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

4. Tahap pelaksanaan

Tindakan keperawatan difokuskan kepada perencanaan yang telah ditetapkan dan penulis dapat melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan kebutuhan serta klien partisipasi dalam melaksanakan setiap tindakan keperawatan.

5. Tahap evaluasi

Penulisan dapat melakukan evaluasi dari tiga masalah yang muncul pada klien, masalah yang dapat diatasi yaitu, nyeri akut, gangguan pola tidur, defisit pengetahuan.

6. Tahap dokumentasi

Penulis dapat melakukan pendokumentasian dari tingkat pengkajian sampai evaluasi keperawatan yang telah dilakukan.

B. Rekomendasi

Setelah penulis memberi asuhan keperawatan pada Ny.S secara sistematis dan komperhensif penulis akan mengemukakan beberapa saran tentunya yang bersifat membangun kea rah perbaikan bagi pihak-pihak yang terkait saran-saran tersebut diantaranya ditunjukkan kepada :

1. Bagi Satuan Pelayanan Puskesmas Cibat

Perlu meningkatkan dalam pelayanan kesehatan dan meningkatkan kerjasama antara perawat serta seluruh komponen yang terllibat dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya pada klien lansia dengan

hipertensi seperti mengadakan tekanan darah secara gratis dan melakukan Pendidikan kesehatan terkait obat non farmakologi pada klien dengan hipertensi diwilayah kerja puskesmas. Dengan demikian diharapkan terjalin kerjasama yang baik dengan keluarga klien dalam membantu proses penyembuhan kllien.

2. Bagi institusi Pendidikan

Supaya dapat ikut kontribusi dalam mengurangi angka kesakitan pada lansia terutama dengan hipertensi dengan cara melakukan program atau kegiatan yang rutin dilaksanakan seperti pemeriksaan pada lansia, berbagai bentuk penyuluhan dan Pendidikan kesehatan yang melibatkan mahasiswa untuk menambah pengetahuan lansia tentang penyakit. Kegiatan atau program lain adalah mengadakan kegiatan rutin senam tentang kesehatan khususnya bagi lansia yang menderita hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Muhith Dan Sandu Siyoto. 2016. Pendidikan Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: CV Andi.
- Anggara Dwi, F H dan Prayitno N. 2013. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tekanan Darah di Puskesmas Telaga Murni Cikarang Barat. Jakarta: Program Studi Kesehatan Masyarakat STIKES MH. Thamrin. Jurnal Ilmiah Kesehatan. Vol 5/ No. 1.
- World Health Organization (WHO). 2015. Definition Of An Older Or Elderly Person.
- Dinkes Garut, 2020. Profil Kesehatan Kabupaten Garut Tagun 2020. Garut. Kesehatan Garut
- PERKI. (2015). Pedoman Tatalaksana Hipertensi Pada Penyakit Kardiovaskuler. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia.
- Nugroho, (2012). Keperawatan gerontik edisi 3. Jakarta:EGC.
- Nugroho,(2008). Keperawatan Gerontik Geriatri. Jakarta:EGC.
- Nursalam, (2013). Metodologi Penelitian ilmu keperawatan. Jakarta.selemba medikapada Usia Lanjut. Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia, 1(3), 71-75.
- Doengeoes, Marilyn E. (2013). Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Untuk Perencanaan Dan Pendokumentasian Perawat Pasien. Jakarta: EGC.
- Tim Pokja SDKI PPNI,(2017) standar diagnosis keperawatan Indonesia definisi dan indicator diagnostic. Jakarta : dewan pengurus PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018), standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta. Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018), Standar Luran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Azizah, M Lilik. 2011. Keperawatan Lanjut Usia. Edisi 1. Graha Ilmu : Yogyakarta
- Nurarif, Amin, Huda & Kusuma, Hardhi. (2015). *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA*. Yogyakarta : Mediacion Publishing.
- Pudjiastuti, S. S. (2015). Fisioterapi Pada Lansia. Jakarta: EGC.
- Udjianti. (2013). *Keperawatan Kardiovaskuler*. Jakarta : Salimba Medika.

Kholifah Nur. Siti. (2016). Keperawatan Gerontik. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok bahasan	:Hipertensi
Sub pokok pembahasan	: Perawatan dan pencegahan hipertensi
Sasaran	: Ny. S dan keluarga
Tanggal	: 14 Desember 2021
Waktu	:13.00-13.30
Tempat	: Rumah Ny.S
Nama Penyuluh	: Salima Nurul Husaeni

A. Tujuan Instruksional Umum

Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan selama 15 menit di Rumah Klien di Kp. Sumur Kondang diharapkan mampu meemahami dan mengerti tentang hipertensi.

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah diberikan penyuluhan tentang hipertensi pada klien diharapkan pasien dan keluarga mampu

1. Menjelaskan pengertian Hipertensi
2. Menyebutkan penyebab Hipertensi
3. Menyebutkan tanda dan gejala Hipertensi
4. Menyebutkan pencegahan Hipertensi
5. Menyebutkan obat tradisional untuk mengatasi Hipertensi.

C. Materi (Uraian terlampir)

1. Pengertian Hipertensi
2. Penyebab Hipertensi
3. Tanda dan gejala Hipertensi
4. Pencegahan Hipertensi
5. Obat tradisional untuk mengatasi Hipertensi

No	Uraian Kegiatan	Metode	Media	Waktu
1.	Pendahuluan : a. Memberi salam b. Memperkenalkan diri c. Menjelaskan tujuan d. Kontrak waktu	Ceramah	Lisan	3 Menit

2	Pelaksanaan a. Menjelaskan pengertian Hipertensi b. Menjelaskan penyebab Hipertensi c. Menjelaskan tanda dan gejala Hipertensi d. Menjelaskan pencegahan Hipertensi e. Menjelaskan obat tradisional untuk mengatasi Hipertensi	• Ceramah • Diskusi • Tany a jawa b	• Leaflet	10 menit
3.	Penutup a. Memberikan kesempatan pada lansia untuk bertanya b. Menyampaikan kesimpulan materi c. Memberi evaluasi secara lisan d. Memberi salam	Ceramah	Lisan	2 Menit

D. Evaluasi

1. Evaluasi struktur

- a. Klien mengikuti kegiatan penyuluhan
- b. Penyuluhan diikuti oleh Ny.S

2. Evaluasi proses

- a. Klien antusias terhadap penyuluhan
- b. Klien tidak meninggalkan tempat saat penyuluhan berlangsung

3. Evaluasi hasil

- a. Klien dapat menjelaskan pengertian hipertensi
- b. Klien dapat menjelaskan penyebab hipertensi
- c. Klien dapat menyebutkan tanda dan gejala hipertensi
- d. Klien dapat menyebutkan pencegahan hipertensi
- e. Klien dapat menjelaskan obat tradisional hipertensi

MATERI

A. Pengertian hipertensi

Hipertensi menurut hasdinah dan suprpto (2016) yaitu merupakan bagian dari tekanan darah yang persistemnya dimana tekanan sistolik diatas 140 mmHg dan distolik diatas 90 mmHg

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.

B. Penyebab hipertensi

1. Keturunan
2. Gaya hidup yang tidaksehat
 - a. Diet yang tidak sehat (kurang buah dan sayuran, tinggi lemak jenuh, tinggi kolesterol,tinggi garam dangula).
 - b. Kurang aktivitasfisik/olahraga
 - c. Kegemukan /Obesitas
 - d. Alkohol
 - e. Stress
 - f. Merokok
3. Sekitar 5 – 10 % berhubungan dengan penyakit ginjal, 1 – 2 %berhubungan dengan kelainan hormon atau pemakaian obat tertentu (PilKB).

C. Tanda dan gejala hipertensi

Seringkali hipertensi terjadi tanpa gejala, sehingga penderita tidak merasa sakit. Pada umumnya sebagai berikut:

1. Sakit kepala
2. Kelelahan
3. Mual dan muntah
4. Sesak nafas
5. Pandangan menjadi kabur
6. Mata berkunang–kunang
7. Mudah marah

8. Telinga berdengung
9. Sulit tidur
10. Rasa berat ditengkuk

D. Pencegahan hipertensi

Cara mengatasi dan mencegah hipertensi

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

E. Obat Tradisional Untuk Hipertensi

Banyak tumbuhan obat yang telah lama digunakan oleh masyarakat secara tradisional untuk mengatasi hipertensi atau tekanan darah tinggi. Hal yang perlu di informasikan kepada masyarakat adalah cara penggunaannya, dosis, serta kemungkinan ada efek samping yang tidak diketahui. Obat-obat tradisional tersebut diantaranya :

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

Cara pembuatan obat tradisional untuk penderita hipertensi menggunakan mentimun. Mentimun, buah yang satu ini memang sudah dikenal sebagai teman makan yang cukup nikmat dilalap dengan sambal. Namun tahukah anda bahwa mentimun juga berkhasiat menurunkan penyakit tekanan darah tinggi. Darah tinggi atau hipertensi merupakan suatu keadaan tekanan darah seseorang berada pada tingkatan diatas normal. Banyak hal yang bisa menyebabkan terjadinya penyakit ini. Beberapa diantaranya garam, psikososial dan gaya hidup yang tidak sehat.

Sebenarnya, banyak cara yang bisa dilakukan untuk mengobati tekanan darah tinggi. Salah satunya adalah pengobatan dengan menggunakan ramuan obat tradisional. Tanaman obat secara empiris telah dibuktikan dari generasi ke generasi sebagai salah satu obat yang berkhasiat. Namun, mengkonsumsi tanaman obat tradisional, baik daun, biji, akar, maupun buahnya, tidak berarti makan tanaman obat ini sebanyak-banyaknya. Melainkan mengonsumsi ramuan tanaman obat tertentu. Karenanya cara membuat ramuan, komposisi, dosis, dan waktu pemakaian harus dipelajari dengan baik dan benar.

Lantas, ramuan apa yang tepat untuk menurunkan tekanan darah tinggi. Buah mentimun adalah salah satunya. Berikut ini merupakan cara meramunya.

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

HIPERTENSI

Disusun Oleh :

Nama : Salima Nurul Husaeni

NIM : KHGA 19038

Kelas : 3A/D3 Keperawatan

SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN KARSA HUSADA
GARUT

APA ITU HIPERTENSI?

Hipertensi atau **tekanan darah tinggi** adalah suatu gangguan pada sistem peredaran darah yang sering terjadi pada usia setengah umur atau lebih di mana terjadi peningkatan dari tekanan sistolik di atas standard dihubungkan dengan usia dan merupakan penyebab utama jantung koroner, cidera cerebro vaskuler.

PENYEBAB HIPERTENSI

1. Asupan garam yang tinggi
2. Stres psikologis
3. Faktor genetik (keturunan)
4. Kurang olahraga
5. Kebiasaan hidup yang tidak baik seperti merokok dan alkohol

6. Penyempitan pembuluh darah oleh lemak/kolesterol tinggi
7. Peningkatan usia
8. Kegemukan



TANDA DAN GEJALA HIPERTENSI



Adapun tanda-tanda gejala pada hipertensi antara lain :

1. Kepala pusing
2. Gemetar
3. Sering marah – marah
4. Jantung berdebar-debar
5. Tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg
6. Keringat berlebihan
7. Gangguan penglihatan
8. Rasa berat ditekuk
9. Sukar tidur

1. Periksa tekanan darah secara teratur ke pelayanan kesehatan terdekat
2. Diet hipertensi
3. Menjaga keseimbangan berat badan
4. Hindari minum-minuman keras (alkohol) dan kurangi/hentikan merokok
5. Istirahat yang cukup
6. Hindari stres
7. Olahraga yang teratur

OBAT TRADISIONAL UNTUK HIPERTENSI

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

PENCEGAHAN HIPERTENSI





DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. DATA PRIBADI

- | | |
|-------------------------|---|
| 1. Nama | : Salima Nurul Huseaeni |
| 2. Umur | : 22 Tahun |
| 3. Tempat Tanggal Lahir | : Garut, 20 juni 2000 |
| 4. Jenis Kelamin | : Perempuan |
| 5. Agama | : Islam |
| 6. Status | : Mahasiswa |
| 7. Kewarganegaraan | : Indonesia |
| 8. Golongan Darah | : O |
| 9. Alamat Rumah | : Kp. Cihonje Rt.02/Rw.04
Ds.Sindangsari
Kec.Leuwigoong Kab.Garut |
| 10. Nomor Tlp | : 085721742645 |

B. PENDIDIKAN FORMAL

1. SD N 1 SINDANGSARI (2007 – 2012)
2. SMP N 1 LEUWIGOONG (2012 – 2015)
3. SMA N 10 GARUT (2015 – 2018)
4. STIKes Karsa Husada Garut Prodi D III Keperawatan (2019 – 2021)