

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.C DENGAN
HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI UPT PUSKESMAS
WANARAJA KAB.GARUT.**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun oleh :

DZIKRI ZAKI NUR RAMDHANI

KHG.A.19054



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

2022

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. C
DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI
UPT PUSKESMAS WANARAJA KAB. GARUT.**

NAMA : DZIKRI ZAKI NUR RAMDHANI

NIM : KHG.A.19054

Karya Tulis Ilmiah Ini telah disetujui
Untuk di Sidangkan
Garut, 26 juli 2022

Menyetujui

Pembimbing

Dr. Dian Roslan Hidayat, S.Kep., M.kes

LEMBAR PENGESAHAN

Judul KTI : **ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. C
DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI
UPT PUSKESMAS WANARAJA KAB. GARUT**

Nama : Dzikri Zaki Nur Ramdhani

Nim : KHG.A.19054

Garut, 26 Juli 2022

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Iwan Wahyudi, 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. Dian Roslan Hidayat, S.Kep., M.kes

ABSTRAK

IV BAB, 88 halaman, 18 tabel, 4 lampiran

World Health Organization (WHO) mengestimasi prevalensi hipertensi saat ini telah mencapai 22% dari total penduduk secara global. 1,28 miliar orang dewasa usia 30-79 tahun di seluruh dunia menderita hipertensi, dua pertiganya berasal dari negara berpendapatan rendah dan menengah. Asia Tenggara menduduki posisi ke-3 dengan prevalensi hipertensi mencapai 25%. Berdasarkan data yang diperoleh dari Rekam Medik Satuan Pelayanan kesehatan UPT puskesmas Wanaraja, angka kejadian Hipertensi Periode Januari sampai Desember 2021 tercatat lansia yang mengidap penyakit hipertensi sebanyak 785 orang dan menduduki peringkat ke 2 dari 10 besar penyakit pada lansia yang ada di UPT Puskesmas Wanaraja. 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. C yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Selama melakukan pengkajian sampai dengan evaluasi didapatkan hasil yang nyata sesuai dengan gejala-gejala yang ditimbulkan oleh klien. Dimana penggunaan asuhan keperawatan dapat membantu dalam melakukan praktek keperawatan, dan menyelesaikan masalah keperawatan klien dan memenuhi kebutuhan klien secara ilmiah, sistematis dan terorganisasi. Kesimpulannya penulis dapat melakukan Asuhan Keperawatan pada Ny. C dengan Hipertensi pada katz indeks A di Kp. Bebedahan, Wanaraja, Garut.

Daftar pustaka : 15 Buah (2016-2021)

ABSTRACT

IV BAB, 88 halaman, 18 tabel, 4 lampiran

The World Health Organization (WHO) estimates that the prevalence of hypertension currently reaches 22% of the total population globally. 1.28 billion adults aged 30-79 years worldwide suffer from hypertension, two-thirds of whom come from low- and middle-income countries. Southeast Asia occupies the 3rd position with a prevalence of hypertension reaching 25%. Based on data obtained from the Medical Record of the Health Service Unit of the UPT Wanaraja Health Center, the incidence of Hypertension from January to December 2021 recorded that there were 785 elderly people suffering from hypertension and ranked 2nd out of the top 10 diseases in the elderly at UPT Puskesmas Wanaraja. In preparing this scientific paper, the method used is descriptive method with case study techniques and applying nursing care through the nursing process approach to Ny. C which consists of assessment, nursing diagnosis, planning, implementation, and evaluation. During the assessment until the evaluation obtained real results in accordance with the symptoms caused by the client. Where the use of nursing care can assist in carrying out nursing practice, and solve client nursing problems and meet client needs in a scientific, systematic and organized manner. In conclusion, the author can perform Nursing Care on Mrs. C with Hypertension at katz index A at Kp. Bebedahan, Wanaraja, Garut.

Daftar pustaka : 15 Buah (2016-2021)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, sholawat dan salam tak lupa penulis curahkan kepada Nabi Muhammad SAW, yang dengan segala rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah ini dengan lancar dan tepat waktu. Judul KTI ini adalah **“ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. M DENGAN HIPERTENSI DENGAN KATZ INDEKS A DI UPT PUSKESMAS WANARAJA KAB. GARUT”**. Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan program Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Terlepas dari segala kekurangan yang ada semoga karya tulis ini dapat bermanfaat dan memberikan pengetahuan pada pembaca khususnya mahasiswa mahasiswi di Kampus STIKes Karsa Husada Garut.

Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak atas segala bimbingan dan bantuan serta dukungan yang sangat berharga sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, diantaranya kepada:

1. Bapak Dr. H Hadiyat MA, selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H.D Saefudin, S.Sos., M.Kes selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kp., Ners., M.Kep., selaku ketua program studi Diploma III Keperawatan di STIKes. Karsa Husada Garut.
5. Bapak Dr. Dian Roslan Hidayat, S.Kep., M.kes, selaku pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan, saran, dan arahan dengan penuh kesabaran dan penuh tanggung jawab kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini.

6. Ibu Hj. Tia Soledha N, S.Kep, Ners, selaku pembimbing di Satuan Kesehatan UPT Puskesmas Wanaraja, Garut.
7. Satuan Pelayanan Kesehatan UPT Puskesmas Wanaraja, Garut beserta staf yang telah memberikan lahan praktek untuk ujian kepada penulis.
8. Kepada Ny. C yang telah memberikan informasi dan kerjasamanya selama melaksanakan asuhan keperawatan sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.
9. Kepada seluruh staf dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis dalam pembuatan karya tulis ini.
10. Kepada yang tersayang kedua Orang Tua tercinta, (Bapak Atang & Ibu Iis Rusmiati) serta Sodara (Cecep Imam Budi Rahayu, Novi Amirul Janah, Dan Rafa Syaki Robiansyah) yang selalu menjadi sumber inspirasi bagi, serta selalu memberikan do'a, dukungan materi, perhatian, kasih sayang dan motivasi yang tiada henti, Sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, jasa kalian takan pernah terbataskan, semoga bapak,mamah dan teteh juga aa selalu diberikan kesehatan aamiin.
11. Kepada Nisa lutvia Tulloh yang selalu mendukung dan menemani juga penyemangat selama proses pembuatan karya tulis ilmiah ini dan semoga selalu diberi kesehatan aamiin.
12. Sahabat-sahabat terbaik, Anggi Nurul Fatoni, Gilang Akbar, Hedian Arif, Heryana ramdhani, Thareq M Fadilah, Wildan Herdiansyah yang telah banyak memberikan do'a serta dukungan selama perkuliahan dan menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
13. Teman-teman angkatan 26 khususnya kelas B DIII keperawatan yang berjuang bersama untuk masa depan kita terimakasih atas kerja samanya.

Dengan demikian penulis menyadari bahwa dalam menyusun karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun demi perbaikan pada masa yang akan datang.

Akhir kata penulis ucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan karya tulis ini. Semoga kebaikan, bimbingan, dan motivasi yang diberikan kepada penulis mendapatkan balasan dari Allah SWT, Amin.

Garut, 20 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I	
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	3
C. Metode Telaahan.....	4
D. Sistematika penulisan	6
BAB II	
TINJAUAN TEORITIS.....	7
A. Konsep dasar	7
1. Definisi lanjut usia	7
2. Batasan lansia.....	8
3. Tipe lansia	8
4. proses menua	9
5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Proses Menua	10
6. Teori-teori proses penuaan	11
7. Perubahan Fisiologis Pada Lansia	14
8. Tugas perkembangan lansia.....	16
B. Konsep dasar penyakit.....	17
1. Definisi hipertensi	17
2. Etiologi.....	18
3. Klasifikasi	19
b. Hipertensi Sekunder	20
4. Patofisiologi	21

5. Kriteria hipertensi.....	23
6. Manifestasi klinis	23
7. Pemeriksaan penunjang	24
8. Penatalaksanaan	24
C. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN.....	26
1. Pengkajian	26
2. Diagnosa keperawatan	40
3. Intervensi keperawatan	41
4. Implementasi keperawatan	47
5. Evaluasi Keperawatan	48
6. Dokumentasi keperawatan.....	51
BAB III	
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	52
A. Tinjauan Kasus.....	52
1. PENGKAJIAN	52
2. Diagnosa Keperawatan	71
3. Perencanaan, Implementasi, Dan Evaluasi	72
4. Catatan perkembangan	76
B. PEMBAHASAN	77
1. Tahap Pengkajian	78
2. Tahap Diagnosa Keperawatan	79
3. tahap perencanaan	81
4. Tahap implementasi	82
5. Tahap evaluasi.....	83
6. Tahap Dokumentasi.....	83
BAB VI	
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	85
A. Kesimpulan	85
B. Rekomendasi.....	86
DAFTAR PUSTAKA.....	88

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Jenis-jenis penyakit yang diderita lansia di UPT puskesmas wanaraja periode tahun 2021.....	3
Tabel 2.1 Kriteria hipertensi.....	23
Tabel 2.2 Pengkajian fungsional klien dengan menggunakan KATZ indeks	32
Tabel 2.3 Bartel indeks pemeriksaan.....	34
Tabel 2.4 Pengkajian status mental Short portable mental status questioner (SPSMQ) ...	36
Tabel 2.5 Pengkajian Aspek Kognitif Dari Fungsi Mental Dengan Menggunakan Aspek MMSE (Mini Mental Status Exam).....	36
Tabel 2.6 Pengkajian keseimbangan	38
Tabel 2.7 Intervensi keperawatan.....	42
Tabel 3.1 Pola kegiatan sehari-hari	61
Tabel 3.2 KATZ INDEKS	62
Tabel 3.3 Kategori Katz Indeks.....	63
Tabel 3.4 BARTHEL INDEKS	64
Tabel 3.5 SPSMQ (Short Portable Status Quesioner).....	65
Tabel 3.6 MMSE (Mini Mental Status Exam).....	66
Tabel 3.7 Pengkajian keseimbangan	68
Tabel 3.8 Analisa data.....	70
Tabel 3.9 Proses Keperawatan	72
Tabel 3.10 Catatan Perkembangan	77

DAFTAR LAMPIRAN

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

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan yaitu anak, dewasa dan tua (Kholifah,2016). Perubahan dalam proses "penuaan" adalah saat ketika seorang individu mencoba untuk melanjutkan hidup bahagia melalui berbagai perubahan hidup. Tidak yaitu itu adalah "perubahan drastis" atau "regresi". Menurut definisi, seseorang yang berusia di atas 45 tahun atau 60 tahun disebut lansia. Namun, pelabelan ini dianggap tidak pantas. Hal cenderung menganggap bahwa lansia lemah, tergantung, Penghasilan minimal, sakit, tidak produktif, dan lainnya (Amalia, 2020).

Hipertensi adalah keadaan dimana tekanan darah Sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah Diastolik ≥ 90 mmHg yang dapat mengancam kesehatan masyarakat dan berpotensi mengakibatkan kondisi komplikasi seperti penyakit jantung koroner, stroke, dan gagal ginjal (Kemenkes RI, 2020; Pusdatin Kemenkes RI, 2019). Penyakit tidak menular ini sering disebut “The silent killer” atau “Pembunuh senyap” karena muncul tanpa keluhan, sehingga diperkirakan 46% penderitanya tidak sadar sedang mengalami hipertensi (Kemenkes RI, 2018; WHO, 2021).

World Health Organization (WHO) mengestimasi prevalensi hipertensi saat ini telah mencapai 22% dari total penduduk secara global. 1,28 miliar orang dewasa usia 30-79 tahun di seluruh dunia menderita hipertensi, dua per tiganya berasal dari negara berpenghasilan rendah dan menengah. Asia Tenggara menduduki posisi ke-3 dengan prevalensi hipertensi mencapai 25%. Perbandingan kasus hipertensi di dunia yaitu 1 dari 5 pada perempuan dan 1 dari 4 pada laki-laki (Pusdatin Kemenkes RI, 2019; WHO, 2021).

Berdasarkan prevalensi jumlah penyakit yang diderita lansia di Satuan Pelayanan kesehatan UPT puskesmas Wanaraja kabupaten Garut terdapat 10 penyakit tidak menular terbesar yang sering terjadi pada lansia tercantum dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 1.1
Jenis-jenis penyakit yang diderita lansia di UPT puskesmas wanaraja periode tahun 2021

No.	Nama penyakit	Jumlah penderita	%
1	Rheumatoid arthritis	789	24,9%
2	Hipertensi	785	24,7%
3	Gastritis	700	22,1%
4	Ispa	607	19,2%
5	Asam urat	216	6,8%
6	Diabetes	35	1,1%
7	Post stroke	15	0,5%
8	Alzheimer	15	0,5%
9	Anemia	3	0,1%
10	Tb paru	3	0,1%
Total		3168	100%

Sumber laporan: Bidang pencatatan dan pelaporan Satuan Pelayanan kesehatan UPT puskesmas Wanaraja.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Rekam Medik Satuan Pelayanan kesehatan UPT puskesmas Wanaraja. di atas, angka kejadian Hipertensi Periode januari sampai desember 2021 tercatat sebanyak 3.168 orang dan

menduduki peringkat ke 2 dari 10 besar kasus penyakit di Satuan Pelayanan Kesehatan UPT Puskesmas Wanaraja, Kab. Garut, sehingga upaya penyembuhan penyakit tersebut sangat diperlukan melalui pengobatan dan 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. Adapun komplikasi yang ditimbulkan apabila penyakit Hipertensi tidak segera ditangani dan diobati bisa menyebabkan penyakit jantung, stroke dan berlanjut pada kematian.

Berdasarkan latar belakang di atas, dengan tingginya penyakit Hipertensi pada lansia, maka dari itu saya menyusun karya tulis ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. C Dengan Hipertensi Katz indeks A”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio-psikologi sosial dan spiritual pada Ny. C dengan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

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

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Ny. C Di UPT puskesmas Wanaraja, Garut.

- b. Mampu menentukan diagnosa keperawatan dengan tepat Pada Ny. C Di UPT puskesmas Wanaraja, Garut.
- c. Mampu merencanakan Tindakan Keperawatan Pada Ny. C Di UPT puskesmas Wanaraja, Garut.
- d. Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Ny. C Di UPT puskesmas Wanaraja, Garut.
- e. Mampu mengevaluasi Hasil tindakan Keperawatan pada Ny. C Di UPT puskesmas Wanaraja, Garut.
- f. Mampu mendokumentasikan Proses Asuhan Keperawatan yang dilaksanakan Pada Ny. C Di UPT puskesmas Wanaraja, Garut.

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

1. Wawancara

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

2. Observasi

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

3. Pemeriksaan Fisik

Menyimpulkan data objektif tentang masalah Hipertensi secara sistem dengan menggunakan teknik inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi.

4. Studi Dokumentasi

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

5. Studi Kepustakaan

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

D. Sistematika penulisan

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

1. Bab I Pendahuluan

Menjelaskan tentang latar belakang, tujuan penulis, metode, dan teknik penulisan serta sistematika penulisan.

2. Bab II Tinjauan Teori

Menjelaskan tentang konsep dasar gerontik, konsep dasar penyakit Hipertensi, konsep dasar asuhan keperawatan pada lansia dengan Hipertensi.

3. Bab III Tinjauan Kasus

Menjelaskan tentang pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, evaluasi dan catatan perkembangan dan pembahasan yang ditemukan di lapangan adalah kesenjangan antara teori dan fakta yang ada serta dicari pemecahannya dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

4. Bab IV Kesimpulan

Menjelaskan tentang penutup dari penyusunan karya tulis ilmiah ini meliputi kesimpulan dan rekomendasi.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep dasar

1. Definisi lanjut usia

Definisi lanjut usia menurut WHO, adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas. Sedangkan menurut Misnarniati, Lanjut usia (Lansia) merupakan tahap akhir perkembangan pada alur kehidupan manusia. Lansia dikategorikan berdasarkan kemampuan mencari nafkah yang dibedakan menjadi dua jenis, yaitu: lansia potensial jika mampu melakukan pekerjaan atau kegiatan yang menghasilkan barang atau jasa, dan lansia tidak potensial yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada seseorang dan bantuan orang lain (Misnarniati,2020).Jadi, lanjut usia adalah seseorang yang berusia 60 tahun ke atas, baik pria maupun wanita, proses alamiah yang ditentukan oleh tuhan yang maha esa ditandai dengan penurunan kemampuan fungsi tubuh untuk beradaptasi dengan lingkungannya.

Lansia yang sehat, merupakan lansia yang mampu memelihara, pencegahan penyakit, meningkatkan kapasitas fungsional, pemulihan dan rehabilitasi yang dimiliki lansia, yaitu seperti mandi, berpakaian sendiri, berpindah, makan, minum, dan mempertahankan kontinensia. Menjaga dan melestarikan kemampuan untuk melakukan kegiatan dasar hidup sehari-hari adalah hal mendasar untuk memperpanjang hidup seorang lansia (Mawaddah, 2020).

2. Batasan lansia

- a. Menurut WHO (2020), terdapat pembagian kelompok lansia berdasarkan batasan umur, yaitu sebagai berikut:
 - 1) Usia pertengahan (middle age): usia 45-59 tahun.
 - 2) Lansia (Elderly): usia 60-74 tahun.
 - 3) Lansia tua (Old): usia 75-90 tahun.
 - 4) Usia sangat tua (Very Old): usia diatas 90 tahun.
- b. Menurut Dep. Kes RI 2020
 1. Kelompok menjelang usia lanjut (45-54 tahun), keadaan ini dikatakan sebagai masa virilitas
 2. Kelompok usia lanjut (55-64 tahun) sebagai masa pensiun
 3. Kelompok-kelompok usia lanjut (>65 tahun) yang dikatakan sebagai masa senium.
- c. Menurut undang-undang nomor 13 1998
 Dalam bab 1 pasal 1 ayat 2 yang berbunyi “lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas”

3. Tipe lansia

Menurut Kemenkes RI (2020), beberapa tipe pada lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonominya. Tipe tersebut yaitu sebagai berikut:

- a. Tipe Arif Bijaksana Kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah,

rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, dan menjadi panutan.

- b. Tipe Mandiri Mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman, dan memenuhi undangan.
 - c. Tipe Tidak Puas Konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik, dan banyak menuntut.
 - d. Tipe Pasrah Menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama, dan melakukan pekerjaan apa saja.
 - e. Tipe Bingung Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif, dan acuh tak acuh.
4. proses menua

Penuaan adalah suatu proses yang mengubah seorang dewasa sehat menjadi seorang yang frail dengan berkurangnya sebagian besar cadangan sistem fisiologis dan meningkatnya kerentanan terhadap berbagai penyakit dan kematian. Pada lanjut usia, individu mengalami banyak perubahan baik secara fisik maupun mental, khususnya kemunduran dalam berbagai fungsi dan kemampuan yang pernah dimilikinya. Penurunan tersebut mengenai berbagai sistem dalam tubuh seperti penurunan daya ingat, kelemahan otot, pendengaran, penglihatan, perasaan dan tampilan fisik yang berubah serta berbagai disfungsi biologis lainnya (Muhith, 2020).

5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Proses Menua

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 (Muhith, 2020).

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 Y. 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 menyebabkan 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 biologis 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.

6. Teori-teori proses penuaan

Secara individual tahap proses menua terjadi pada orang dengan usia berbeda-beda. Masing-masing lanjut usia mempunyai kebiasaan yang berbeda sehingga tidak ada satu faktor pun yang ditemukan untuk mencegah proses menua. Teori-teori itu dapat digolongkan dalam dua kelompok teori biologis dan teori kejiwaan sosial (Muhith, 2020).

a. Teori Biologi

Teori biologi adalah ilmu alam yang mempelajari kehidupan dan Organisme hidup, termasuk struktur, fungsi pertumbuhan, evolusi, persebaran, dan taksonominya. Ada beberapa macam teori biologis, diantaranya sebagai berikut:

1) Teori Genetik dan Mutasi (Somatic Mutatie Theory)

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

2) Teori intraksi Seluler

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

3) Teori Ikatan Silang

Menurut Yaar & Gilchrest dalam, proses penuaan merupakan akibat dan terjadinya ikatan saling silang progresif antara protein-protein intra selular dan inter selular serabut kolagen. Ikatan silang meningkat sejalan dengan bertambahnya umur. Hal ini mengakibatkan penurunan elastisitas dan kelenturan kolagen di membran basalis atau substansi dasar jaringan penyambung. Keadaan ini akan mengakibatkan kerusakan fungsi organ.

4) Teori Radikal Bebas

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

5) Reaksi dari Kekebalan Sendiri

Menurut Goldteris & Brocklehurs dalam, di dalam proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh menjadi lemah dan sakit.

b. Teori kejiwaan sosial

1) Aktivitas atau Kegiatan (*Activity Theory*)

Menurut Maslow para lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial.

2) Kepribadian Berlanjut (*Continuity Theory*)

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

3) Teori Pembebasan (*Disengagement Theory*)

Teori ini menerangkan putusya pergaulan atau hubungan dengan masyarakat dan kemunduran individu dengan individu lainnya.

4) Teori Subkultur

Teori ini menerangkan kelompok-kelompok lansia seperti terkoordinasi dengan baik dan dapat menyalurkan aspirasinya dimana hubungan antar grup dapat meningkatkan proses penyesuaian pada masa lansia.

7. Perubahan Fisiologis Pada Lansia

a. Perubahan fisik

1) Sistem indera

Ketajaman penglihatan dan daya akomodasi dari jarak jauh atau dekat berkurang, penggunaan kacamata dan sistem penerangan yang baik dapat digunakan. Sistem pendengaran, presbiaskusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam (Azizah,2019).

2) Sistem muskuloskeletal

Perubahan pada kolagen merupakan penyebab turunnya fleksibilitas pada lansia sehingga menimbulkan dampak berupa nyeri, penurunan kemampuan untuk meningkatkan kekuatan otot, kesulitan bergerak dari duduk ke berdiri, jongkok, berjalan dan hambatan dalam melakukan kegiatan sehari hari (Azizah,2019).

3) Sistem Pernafasan

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

4) Sistem Kardiovaskuler

Masa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertrofi dan kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat, konsumsi pada tingkat maksimal berkurang sehingga kapasitas paru menurun (Azizah,2019).

5) Sistem perkemihan

Pola berkemih tidak normal, seperti banyak berkemih di malam hari, sehingga menyebabkan mereka pergi ke toilet sepanjang malam. Hal ini menunjukkan inkontinensia urin meningkat.

6) Sistem Reproduksi

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

b. Perubahan kognitif

1) Memori (Daya ingat)

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

2) Intelegentia Quocient (IQ)

IQ tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal.

Penampilan, persepsi, dan keterampilan psikomotor berkurang.

Terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan faktor waktu.

3) Perubahan Psikososial

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

8. Tugas perkembangan lansia

Seiring tahapan kehidupan, lansia memiliki tujuh kategori utama tugas perkembangan lansia yaitu:

- a. Menyesuaikan Terhadap Penurunan Kekuatan Fisik dan Kesehatan
Sering terjadinya penuaan sistem tubuh, perubahan penampilan dan fungsi. Bagaimana meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit dengan pola hidup sehat.
- b. Menyesuaikan Terhadap Masa Pensiun dan Penurunan Pendapatan
Lansia umumnya pensiun dari pekerjaan purna waktu, dan oleh karena itu mungkin perlu menyesuaikan dan membuat perubahan karena hilangnya peran bekerja. Meskipun kebanyakan lansia diatas garis kemiskinan, sumber finansial secara jelas mempengaruhi permasalahan dalam masa pensiun.

- c. Menyesuaikan Terhadap Kematian Pasangan Mayoritas lansia dihadapkan pada kematian pasangan, teman dan kadang anaknya. Kehilangan itu sering sulit diselesaikan, apalagi bagi lansia yang menggantungkan hidupnya dari seseorang yang meninggalkannya dan sangat berarti bagi dirinya. Dengan membantu lansia dengan proses berduka, dapat membantu mereka menyesuaikan diri terhadap kehilangan.
- d. Menyesuaikan Diri Sendiri sebagai Individu Lansia Beberapa lansia menemukan kesulitan untuk menerima diri sendiri selama penuaan mereka dapat memperlihatkan ketidakmampuannya sebagai koping dengan menyangkal penurunan fungsi.

B. Konsep dasar penyakit

1. Definisi hipertensi

Penyakit Hipertensi adalah suatu keadaan di mana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan dan angka kematian. Tekanan darah 140/90 mmHg didasarkan pada dua fase dalam setiap denyut jantung yaitu fase sistolik 140 menunjukkan fase darah yang sedang dipompa oleh jantung dan fase diastolik 90 menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung (Triyanto, 2020).

Hipertensi merupakan penyakit yang berhubungan dengan tekanan darah manusia. Apabila seseorang memiliki tekanan darah mencapai 140 mmHg (systole) atau lebih yang diukur ketika ia sedang duduk dan

tekanan darah diastole 90 mmHg atau lebih, maka orang tersebut dikategorikan memiliki tekanan darah tinggi atau diatas rata-rata (Ridwan,2020).

Berdasarkan kesimpulan dapat disebutkan bahwa Hipertensi adalah meningkatnya tekanan darah sistolik lebih besar dari 140 mmHg dan atau diastolik lebih besar dari 99 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu 5 menit dalam keadaan cukup istirahat (tenang).

2. Etiologi

Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya Hipertensi:

- a. Genetik: respon neurologi terhadap stress atau kelainan eksresi atau transfor NA.
- b. Obesitas
- c. Stress terhadap lingkungan
- d. Hilangnya elastisitas jaringan dan arterisklorosis pada orang tua serta pelebaran-pelebaran pembuluh darah.

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

- a. Elastisitas dinding aorta menurun
- b. Katup jantung menebal dan menjadi kaku
- c. Kemampuan jantung memompa darah menurun 196 setiap tahun sesudah berumur 20 tahun

- d. Kehilangan elastisitas pembuluh darah. Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi
- e. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer tanda dan gejala dipengaruhi oleh perkalian antara kardiak output dengan tahanan perifer menyebabkan tekanan darah meningkat.

3. Klasifikasi

Berdasarkan penyebabnya Hipertensi dibedakan menjadi 2 yaitu:

a. Hipertensi esensial/Hipertensi primer

Hipertensi primer yang disebut juga hipertensi esensial adalah tekanan darah tinggi primer yang terjadi tanpa penyebab yang pasti. Masalah ini terjadi saat tekanan darah tinggi lebih besar dari 130 sistolik dan 80 diastolik. Faktanya, gangguan ini termasuk umum terjadi pada seseorang yang mengidap hipertensi dengan kasus lebih dari 90 persen.

Meski begitu, ada beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko seseorang untuk mengidap hipertensi primer, antara lain:

- **Genetik**, dikenal juga dengan faktor keturunan. Ya, hipertensi bisa terjadi karena riwayat kesehatan keluarga. Jadi, apabila orangtua atau keluarga kamu mengidap hipertensi, kamu juga berisiko mengalaminya.

- **Obesitas**, yang terjadi karena pola makan dan pola hidup yang tidak sehat. Bahkan, risiko hipertensi pada pengidap obesitas lebih tinggi dua hingga enam kali lipat.
- **Konsumsi garam berlebihan**, yang didapat dari konsumsi makanan cepat saji. Garam membuat volume cairan di dalam tubuh meningkat yang mengakibatkan tekanan darah turut meningkat untuk mengimbangnya.
- **Kurang asupan kalium**, yang berperan untuk menstabilkan kadar garam di dalam tubuh.
- **Kebiasaan buruk**, seperti merokok, stres, konsumsi alkohol berlebihan, dan sering begadang atau mengalami gangguan tidur.

b. Hipertensi Sekunder

Berbeda dengan hipertensi primer, pada hipertensi sekunder memiliki penyebab yang jelas, yaitu karena kondisi medis tertentu. Salah satu kondisi medis yang sangat rentan untuk terjadi akibat hipertensi adalah penyakit ginjal. Hal ini wajar terjadi karena salah satu fungsi ginjal adalah untuk mengontrol tekanan darah. Saat tekanan darah terus naik, ginjal semakin sulit untuk mengontrolnya dan akhirnya bermasalah.

Gejala dari hipertensi sekunder mungkin tidak terlihat hingga masalah ini sangat parah. Beberapa gejala yang dapat terjadi, termasuk penglihatan menjadi kabur, perasaan goyah dan sensasi pusing, hingga sakit kepala yang parah. Meski begitu, hipertensi sekunder dapat dicegah jika seseorang dapat mengontrol masalah medis yang menyebabkannya. (dr. Rizal Fadli,2021)

4. Patofisiologi

Meningkatnya tekanan darah di dalam arteri bisa terjadi melalui beberapa cara yaitu jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detik nya arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku sehingga mereka tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut. Darah pada saat denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh yang sempit dari pada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan darah. Inilah yang terjadi pada usia lanjut, dimana dinding arteri nya telah menebal dan kaku karena arteriosklerosis.

Dengan cara yang sama, tekanan darah juga meningkat pada saat terjadi vasokonstriksi, yaitu jika arteri kecil (arteriola) untuk sementara waktu mengkerut karena perangsangan saraf atau hormone di dalam darah. Bertambahnya cairan dalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah. Hal ini terjadi jika terdapat kelainan fungsi ginjal sehingga tidak mampu membuang sejumlah garam dan air dari

dalam tubuh. Volume darah dalam tubuh meningkat sehingga tekanan darah juga meningkat.

Sebaliknya, jika aktivitas memompa jantung berkurang, arteri mengalami pelebaran, banyak cairan keluar dari sirkulasi, maka tekanan darah akan menurun. penyesuaian terhadap faktor-faktor tersebut dilaksanakan oleh perubahan di dalam fungsi ginjal dan sistem saraf otonom (bagian dari sistem saraf yang mengatur berbagai macam fungsi tubuh secara otomatis). Perubahan fungsi ginjal, ginjal mengendalikan tekanan darah melalui beberapa cara: jika tekanan darah meningkat, ginjal akan menambah pengeluaran garam dan air, yang akan menyebabkan berkurangnya volume darah dan mengembalikan tekanan darah ke normal (Triyanto,2020).

Jika tekanan darah menurun, ginjal akan mengurangi pembuangan garam dan air, sehingga volume darah bertambah dan tekanan darah kembali ke normal. Ginjal juga bisa meningkatkan tekanan darah dengan menghasilkan enzim yang disebut renin, yang memicu pembentukan hormone angiotensin, yang selanjutnya akan memicu pelepasan hormone aldosterone, Ginjal merupakan organ penting dalam mengendalikan tekanan darah karena itu berbagai penyakit dan kelainan pada ginjal dapat menyebabkan terjadinya tekanan darah tinggi. Misalnya penyempitan arteri yang menuju ke salah satu ginjal (stenosis arterirenalis) bisa menyebabkan Hipertensi. Peradangan dan cedera pada salah satu atau kedua ginjal juga bisa menyebabkan naiknya tekanan darah. sistem saraf

simpatis merupakan bagian dari sistem saraf otonom yang sementara waktu akan meningkatkan tekanan darah selama respon fight-or-flight (reaksi fisik tubuh terhadap ancaman dari luar) meningkatkan kecepatan dan kekuatan denyut jantung dan juga mempersempit sebagian besar arteriola tetapi memperlebar arteriola di daerah tertentu (misalnya otot rangka yang memerlukan pasokan darah yang lebih banyak), mengurangi pembuangan air dan garam oleh ginjal, sehingga akan meningkatkan volume darah dalam tubuh, melepaskan hormone epinefrin (adrenalin) dan norepinefrin (nonadrenalin), yang merangsang jantung dan pembuluh darah. Faktor stress merupakan satu faktor pencetus terjadinya peningkatan tekanan darah dengan proses pelepasan hormone epinefrin dan norepinefrin (Triyanto,2020).

5. Kriteria hipertensi

Tabel 2.1
Kriteria hipertensi

Kategori	Tekanan darah sistolik	Tekanan darah diastolic
Normal	Dibawah 130	Dibawah 85
Normal tinggi	130-139	85-89
Stadium I (Ringan)	140-159	90-99
Stadium II (Sedang)	160-179	100-109
Stadium III (Berat)	180-209	110-119
Stadium IV (Maligna)	210	120

Sumber: (Triyanto,2020)

6. Manifestasi klinis

- a. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk
- b. Sakit kepala
- c. Berdebar atau detak jantung terasa cepat

- d. Perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh.
- e. Telinga berdenging
- f. Kelelahan
- g. Lemas
- h. Pusing
- i. Epitaksis

7. Pemeriksaan penunjang

Menurut Laode meliputi pemeriksaan laboratorium rutin yang dilakukan sebelum memulai terapi bertujuan menentukan adanya kerusakan organ dan faktor resiko lain atau mencari penyebab Hipertensi. Biasanya diperiksa urin analisa, darah perifer lengkap, kimia darah (kalium, kreatinin, gula darah puasa, kolesterol total, HDL, LDL, dan pemeriksaan EKG). Sebagai tambahan dapat dilakukan pemeriksaan lain, seperti klirens kreatinin, protein, asam urat, TSH dan ekordiografi.

Pemeriksaan diagnostik meliputi BUN/creatinin (fungsi ginjal), glukosa (DM) kalium serum (peningkatan dapat menyebabkan Hipertensi: kolesterol dan tri gliserid (indikasi pencetus Hipertensi), pemeriksaan tiroid (menyebabkan vasokonstriksi), urinalisa protein, gula (menunjukkan fungsi ginjal), asam urat (faktor penyebab Hipertensi) HKG (Pembesaran jantung, gangguan konduksi), IVP (dapat Mengidentifikasi hipertensi)

8. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Non Farmakologi

1) Olahraga

- 2) Pengaturan diet
 - 3) Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat
 - 4) Penurunan berat badan
- b. Penatalaksanaan Medis
- 1) Terapi oksigen
 - 2) Pemantauan jantung
 - 3) Pemantauan hemodinamik
 - 4) Obat-obatan:
 - a) Diuretik: Chiorthalidon, hydromax, Lasix, diuretic berkerja melalui berbagai mekanisme untuk mengurangi curah jantung dengan mendorong ginjal meningkatkan eksresi garam dan airnya,
 - b) Penyekat saluran kalsium menurunkan kontraksi otot polos Jantung atau arteri,
 - c) Antagonis (penyekat) reseptor alfa (b-blocker) menghambat reseptor alfa di otot polos vascular yang secara normal berespon terhadap rangsangan saraf simpatis dengan vasokonstriksi,
 - d) Vasolidator arterior langsung dapat digunakan untuk menurunkan TPR, misalnya: Narrium, Nitroprusida, Nikarpidin, Hidralazin, Nitrogliserin.

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

1. Pengkajian

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

a. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah mengumpulkan informasi yang sistematis tentang klien termasuk kekuatan dan kelemahan klien. Data dikumpulkan dari klien, keluarga, orang terdekat, masyarakat, grafik dan rekam medik. Data yang dikumpulkan sebagai berikut:

1) Biodata

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

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada pemeriksaan riwayat kesehatan pada pasien dengan Hipertensi pada umumnya didapat klien mengeluh pusing, sakit kepala, nyeri dirasakan seperti ditimpa berat, sakit kepala akan tambah dirasakan apabila klien melakukan aktivitas dan berkurang apabila saat diistirahatkan, istirahat tidur terganggu, sehingga mengganggu aktivitas nya sehari hari. Untuk setiap keluhan diperjelas dengan PORST:

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

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

Region : Di daerah mana nyeri dirasakan, apakah menyebar.

Skala : Intensitas dari keluhan utama, apakah sampai

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.
- 5) 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 Pengindraan (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 turgor kulit klien jelek akibat penuaan,

g) Sistem Muskuloskeletal

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

h) Sistem Genitourinaria

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

i) Sistem Neurologi

(1) Nervus I (Olfactorius) = Penciuman

(2) Nervus II (Opticus) = Penglihatan

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

- (4) Nervus IV (Trochlearis) = Gerak bola mata ke atas ke bawah
 - (5) Nervus V (Trigeminus) = Sensori kulit wajah, penggerak otot rahang
 - (6) Nervus VI (Abducens) = Gerak bola mata ke samping
 - (7) Nervus VII (Facialis) = Ekspresi fasial dan pengecapan
 - (8) Nervus VIII (Glossopharyngeus) = Gangguan pengecapan, kemampuan menelan, gerak lidah
 - (9) Nervus IX (Vagus) = Sensasi faring, gerak vital suara
 - (10) Nervus X (Glossus) = Posisi lidah
 - (11) Nervus XI (Accessory) = Gerakan kepala dan bahu
- 6) Pengkajian Psikososial Menurut yang perlu dikaji pada pasien Hipertensi, riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi, euforia atau marah kronis.
- a) Aspek Sosial Jelaskan kemampuan sosialisasi klien pada saat sekarang, sikap klien terhadap orang lain, harapan klien dalam melakukan sosialisasi, kepuasan dalam sosialisasi.
 - b) Identifikasi masalah emosional
- Pertanyaan tahap 1:
- (1) Apakah klien mengalami sukar tidur?
 - (2) Apakah klien sering merasa gelisah?
 - (3) Apakah klien sering murung?
 - (4) Apakah klien khawatir?

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

Pertanyaan tahap II:

- (1) Adakah keluhan lebih dari 3 bulan dalam 1 bulan terakhir?
- (2) Adakah keluhan lebih dari 1 kali dalam 1 bulan terakhir?
- (3) Adakah masalah atau keluhan?
- (4) Adakah gangguan/ masalah dengan anggota keluarga?
- (5) Apakah klien menggunakan obat tidur atau penenang atas anjuran dokter?
- (6) Apakah klien cenderung mengurung diri? Bila lebih dari satu sama dengan satu jawaban “ya”: masalah emosional positif (+).

7) Pengkajian Spiritual

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

8) Pemeriksaan Penunjang

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

aritmia.

Laboratorium : Fungsi ginjal diantaranya urine lengkap (urinalisis) ureum, creatinin, BUN dan asam urat, serta darah lengkap lainnya.

Foto Rongten : Kemungkinan ditemukan pembesaran jantung vaskularisasi atau aorta yang lebar.

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

9) Pengkajian Fungsional

a) KATZ Indeks Index

katz adalah suatu instrumen pengkajian dengan sistem penilaian yang didasarkan pada kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsional dapat mengidentifikasikan kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat.

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.

b) Modifikasi dari Barthel Indeks

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

Interprestasi

Skor 130 : Mandiri

Skor 65-125 : Ketergantungan sebagian

Skor < 65 : Ketergantungan total

10) 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 (SPSMQ)

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
		1.	Jam berapa sekarang?
		2.	Tahun berapa sekarang?
		3.	Kapan bapak/ibu lahir?
		4.	Berapa umur bapak/ibu?
		5.	Dimana alamat bapak/ibu sekarang?
		6.	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama bapak/ibu?
		7.	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama bapak/ibu?
		8.	Tahun berapa hari kemerdekaan indonesia?
		9.	Siapa nama presiden republik indonesia sekarang?
		10.	Coba hitung mundur dari angka 20 ke angka 1
$\Sigma =$			

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

11) 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, 1point untuk masing2 obyek.
5	Bahasa	9		Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien (misal jam tangan) (misal pensil) Minta klien untuk mengulang kata berikut: “tak ada jika, dan, atau, tetapi”. Bila benar, nilai satu point. 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”. Ambil kertas di tangan anda Lipat dua 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				

Interprestasi hasil:

> 23 : Aspek kognitif dari fungsi mental baik

18-22 : Kerusakan aspek fungsi mental ringan

<17 : Kerusakan aspek fungsi mental berat

12) Pengkajian Keseimbangan

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

Tabel 2.6
Pengkajian keseimbangan

Kriteria	Skor
----------	------

1	2
a. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan - Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka - Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi usila mendorong tubuhnya ke atas 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 ke atas 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

b. 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.

2. 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. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu,

keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Berikut adalah diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan hipertensi (Tim pokja SDKI DPP PPNI 2018):

- a. Nyeri akut (D.0077)
- b. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)
- c. Hipervolemia (D.0022)
- d. Intoleransi aktivitas (D.0056)
- e. Defisit Pengetahuan (D.0111)
- f. Ansietas (D.0080)
- g. Resiko Penurunan curah Jantung (D.0011)
- h. Resiko Jatuh (D.0143).

3. 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. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (PPNI, 2018)

Tabel 2.7
Intervensi keperawatan

No.	SDKI	SLKI	SIKI
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun Kriteria hasil: Tingkat nyeri 1) Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 7 menjadi 2 2) Pasien menunjukan ekspresi wajah tenang 3) Pasien dapat beristirahat dengan nyaman	Rencana tindakan 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 musik 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	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat Kriteria hasil: 1) Nadi perifer	Rencana tindakan 1) Memonitor tekanan darah 2) Memonitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 3) Memonitor pernapasan

		teraba kuat 2) Akral teraba hangat 3) Warna kulit tidak pucat	(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	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat Kriteria hasil: 1) Terbebas dari edema 2) Haluaran urin meningkat 3) Mampu mengontrol asupan cairan	Rencana tindakan: 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 melapor haluaran urin
4	Intoleransi aktifitas b.d kelemahan	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat Kriteria hasil: 1) 1) Pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari	Rencana tindakan: 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

		2) Pasien mampu berpindah tanpa bantuan 3) pasien mengatakan keluhan lemah berkurang	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	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat Kriteria Hasil: 1) Pasien melakukan sesuai anjuran 2) Pasien tampak mampu menjelaskan kembali materi yang disampaikan 3) Pasien mengajukan pertanyaan	Rencana Tindakan: 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 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	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam	Rencana Tindakan: 1) identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis.

		diharapkan tingkat ansietas menurun Kriteria hasil: 1) Pasien mengatakan telah memahami penyakitnya 2) Pasien tampak tenang 3) Pasien dapat beristirahat dengan nyaman	Kondisi, waktu, stressor) 2) 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	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat Kriteria hasil: 1) Tanda vital dalam rentang normal 2) Nadi teraba kuat 3) Pasien tidak mengeluh lelah	Rencana tindakan 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	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun. Kriteria Hasil: 1) Risiko jatuh dari tempat tidur menurun 2) Risiko jatuh saat berjalan menurun 3) Risiko jatuh saat berdiri menurun	Rencana Tindakan: 1) Identifikasi factor risiko (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik. Gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2) Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3) Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Morse scale, humpty dumpty) 4) Pasang handrail tempat tidur 5) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpidah.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Muryanti, 2018).

Jenis Implementasi Keperawatan Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu:

- a. Independent Implementations adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-kultural, dan lain-lain.
- b. Interdependen/Collaborative Implementations Adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal 47

pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, naso gastric tube (NGT), dan lain-lain.

- c. **Dependent Implementations** Adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada pasien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

5. Evaluasi Keperawatan

evaluasi adalah proses keberhasilan tindakan keperawatan yang membandingkan antara proses dengan tujuan yang telah ditetapkan, dan menilai efektif tidaknya dari proses keperawatan yang dilaksanakan serta hasil dari penilaian keperawatan tersebut digunakan untuk bahan perencanaan selanjutnya apabila masalah belum teratasi.

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 (Dinarti & Muryanti, 2019)

terdapat 2 jenis evaluasi:

a. Evaluasi formatif (proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera

setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif (data berupa keluhan klien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (perbandingan data dengan teori) dan perencanaan.

Komponen catatan perkembangan, antara lain sebagai berikut: Kartu SOAP (data subjektif, data objektif, analisis/assessment, dan perencanaan/plan) dapat dipakai untuk mendokumentasikan evaluasi dan pengkajian ulang.

- 1) S (Subjektif): data subjektif yang diambil dari keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.
- 2) O (Objektif): data objektif yang diperoleh dari hasil observasi perawat, misalnya tanda-tanda akibat penyimpangan fungsi fisik, tindakan keperawatan, atau akibat pengobatan.
- 3) A (Analisis/assessment): Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, dimana analisis ada 3, yaitu (teratasi, tidak teratasi, dan sebagian teratasi) sehingga perlu tidaknya dilakukan tindakan segera. Oleh karena itu, seing memerlukan pengkajian ulang untuk menentukan perubahan diagnosis, rencana, dan tindakan.

- 4) P (Perencanaan/planning): perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang (hasil modifikasi rencana keperawatan) dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien. Proses ini berdasarkan kriteria tujuan yang spesifik dan priode yang telah ditentukan.
- b. Evaluasi Sumatif (Hasil) Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara pada akhir pelayanan, menanyakan respon klien dan keluarga terkait pelayanan keperawatan, mengadakan pertemuan pada akhir layanan. Adapun tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan pada tahap evaluasi meliputi:
- 1) Tujuan tercapai/masalah teratasi: jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
 - 2) Tujuan tercapai sebagian/masalah sebagian teratasi: jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan.
 - 3) Tujuan tidak tercapai/masalah tidak teratasi: jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai

dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan atau bahkan timbul masalah/diagnosa keperawatan baru.

6. Dokumentasi keperawatan

Dokumentasi adalah suatu proses informasi, penerimaan, pengiriman, dan evaluasi pusat rencana yang dilaksanakan oleh seorang perawat professional. Hal-hal pokok dalam prinsip , 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 tim kesehatan yang lainnya sebelum menulis data terakhir dan dokumentasi harus dibuat dengan tepat, jelas, dan lengkap.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. PENGKAJIAN

a. Identitas

Nama	: Ny. C
Umur	: 62 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Status Perkawinan	: Janda
Alamat	: kp.Bebedahan, Rt.03, Rw.04, Ds. Wanamekar, Kec. Wanaraja, Kab. Garut
Suku	: Sunda
Tanggal pengkajian	: 13 Desember 2021
Diagnosa medis	: Hipertensi
Orang yang dapat dihubungi	: Ny. E
Hubungan dengan lansia	: Anak

b. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri kepala dibagian belakang

2. Riwayat kesehatan sekarang (PQRST)

Pada saat dikaji tanggal 13 desember 2021 pukul 09.00 WIB, klien mengatakan nyeri pada bagian tengkuk dan terasa berat, dirasakan hilang timbul dan terasa mendadak. Skala nyeri 3 (0-5), klien terlihat meringis kesakitan sesekali menunjuk daerah yang sakit pada saat dikaji. Rasa sakit yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk dan terasa berat.

3. Riwayat kesehatan dahulu

Sejak dahulu tidak pernah sakit seperti sekarang hanya sakit meriang biasa

4. Riwayat penyakit keluarga

Menurut klien dari keluarga tidak mempunyai menular maupun penyakit yang diturunkan

c. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

Kesadaran : Compos mentis dengan GCS = 15

E=4, V=5, M=6

Penampilan : Klien berpakaian rapih menggunakan kerudung dan tampak lemah

b. Pemeriksaan TTV

Tekanan darah : 180/100 mmHg

Nadi : 91x/menit

Suhu : 36,5°c

Respirasi : 22x/menit

c. Aspek biologis

a) Sistem Respirasi

1) Hidung: Lubang hidung simetris antara lubang hidung kiri dan kanan, tidak ada pernafasan cuping hidung, tampak bersih, fungsi penciuman baik, tidak ada nyeri tekan didaerah hidung.

2) Paru-paru: Bunyi paru sonor, bunyi nafas vesikuler, irama teratur, frekuensi nafas 20x/menit.

b) Sistem Kardiovaskuler

Bentuk dada simetris antara kiri dan kanan, tidak ada peningkatan JVP, nadi 91x/menit, irama jantung regular, bunyi jantung lup dug (S1, S2), tekanan darah 180/100 mmHg.

c) Sistem Integumen

Penyebaran rambut merata, warna rambut hitam beruban, tercium harum pada rambut, rambut terlihat bersih warna kulit sawo matang, kulit keriput, turgor kulit 2 detik kembali, tidak ada lesi,

bentuk kuku cembung, transparan, kuku panjang dan sedikit kotor
 CRT (Capillary reffill time) ± 2 detik kembali.

d) Sistem Pencernaan

Mukosa bibir lembab, keadaan cukup bersih, warna bibir hitam kecoklatan, gigi tampak tidak lengkap (ompong), gigi yang ompong hanya 1 (gigi geraham). gigi tampak kekuningan, tidak terdapat karang gigi, fungsi menelan baik, fungsi pengecapan baik, bunyi perut tympani, tidak terdapat nyeri tekan dan bising usus 12x/menit.

e) Sistem Endokrin

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

f) Sistem Sensori dan Persepsi

1) Sistem Mata

Letak mata simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva pucat, sklera putih, reflek pupil baik terbukti saat diberi rangsangan ada gerak reflek mengikuti rangsangan tersebut dan pupil mengecil saat diberi rangsangan cahaya. Fungsi penglihatan kurang baik, dibuktikan dengan pemeriksaan menggunakan jari-jari (Couru Fingers), klien dapat menghitung jari pemeriksa pada jarak 1/60.

- 2) Sistem Telinga Letak telinga kiri dan kanan simetris, tidak ada oedema/lesi maupun benjolan, tidak ada penumpukan serumen, fungsi pendengaran baik terbukti klien dapat menjawab semua pertanyaan perawat dengan tepat.

g) Sistem Neurologi

- 1) Nervus I (Olfactorius) Klien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan farfum.
- 2) Nervus II (Opticus) Fungsi penglihatan kurang baik, dibuktikan dengan pemeriksaan menggunakan jari-jari (Count Fingers), klien dapat menghitung jari pemeriksa pada jarak 1/60.
- 3) Nervus III (oculomotoris) Klien dapat menggerakkan bola mata ke kanan ke sisi pupil isokor
- 4) Nervus IV (trochlearis) Klien dapat menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah
- 5) Nervus V (abdusen) Klien dapat menggerakkan bola mata ke samping kiri dan samping kanan.
- 6) Nervus VI (Trigeminus) Sensori-sensori kulit wajah klien baik, dapat merasakan goresan kapas pada pipi kanan
- 7) Nervus VII (facialis) Klien dapat menggerakkan alis dan mengerutkan dahi

8) Nervus VIII (vestibulococlear) Fungsi keseimbangan klien kurang baik, klien berjalan sering tersandung karena penglihatannya kabur maka dari itu selalu dipapah suaminya bila berjalan jauh, bila ke toilet memegang pegangan.

9) Nervus IX, X (glosopharingeus, vagus) Reflek menelan klien baik

10) Nervus XI (Hipoglossus) Klien dapat berbicara baik, mudah didengar dan fungsi lidah baik, terbukti lidah bisa digerakan ke segala arah

11) Nervus XII (accessorius) Klien dapat menggerakan kedua bahunya, dan menggerakan kepalanya, namun lengan kanan dan kirinya tampak lemah, dan kaku pada jari-jari tangan klien.

h) Sistem Muskuloskeletal

1) Ekstremitas atas: Letak tangan simetris antara kiri dan kanan, reflek bisep (+), kekuatan otot 4, terdapat kekakuan pada tangan, tidak terdapat nyeri tekan di ekstremitas atas.

2) Ekstremitas bawah: Letak kaki simetris antara kiri dan kanan, reflek patela (+). kekuatan otot 4, terdapat kekakuan pada kaki, tidak terdapat nyeri tekan dan oedema di ekstremitas bawah.

Keterangan:

Skala	Presentasi Kekuatan Normal	Karakteristik
0	0	Kontraksi otot tidak terdeteksi (paralisis sempurna)
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat di palpasi atau dilihat
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi, dengan topangan
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi
4	75	Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal
5	100	Kekuatan otot normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan penuh

i) Sistem 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 6x/hari.

d. Pengkajian Psikososial dan Spritual

1) Psikososial

Klien mampu berinteraksi dengan orang lain, status emosi Ny. C stabil dan kooperatif ketika diajak bicara, sikap klien baik terhadap orang lain, klien suka membantu lansia-lansia lainnya apabila memerlukan bantuannya, komunikasi baik. Klien bisa

mengenali orang lain yang ada di Satuan pelayanan kesehatan UPT Puskesmas Wanaraja. Baik para lansia, perawat maupun mahasiswa. Klien selalu berharap bisa terus bersosialisasi dengan Orang lain dan bisa selalu mengikuti setiap kegiatan.

Klien mengatakan tidak mengetahui tentang kondisi penyakit yang dideritanya, klien sering bertanya tentang kondisi penyakitnya, klien tampak bingung ketika perawat memberikan pertanyaan tentang penyakit yang dideritanya, seperti menanyakan penyebab Hipertensi, cara mencegah dan mengobati Hipertensi, makanan yang tidak dianjurkan klien tidak bisa menjawabnya. Klien jarang melakukan aktivitas seperti jalan pagi sambil menggerakkan tangan hanya senam saja seminggu sekali pun jarang sehingga klien sering merasa kaku pada kedua tangan dan kakinya selain itu pada saat klien berjalan selalu dipapah oleh suaminya karena penglihatannya kabur sehingga sering tersandung.

2) Masalah Emosional

Pertanyaan tahap I:

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

Interprestasi: dilihat dari pertanyaan diatas tidak terdapat jawaban

“Ya” disimpulkan bahwa klien tidak memiliki

masalah emosional, (-) sehingga tidak dilanjutkan ke pertanyaan tahap II.

- 3) Pengkajian Spiritual Klien beragama Islam, klien selalu mengikuti pengajian, dan selalu melaksanakan sholat 5 waktu dan mengaji, klien merasa sehat, klien selalu berdoa agar selalu diberi kelancaran dan kemudahan. Klien juga berkeyakinan bahwa Allah SWT akan selalu melindungi hambanya. Dan harapan klien adalah agar nanti bisa wafat khusnul khotimah.
- 4) Lingkungan tempat tinggal Kondisi tempat tinggal klien kurang rapih, lantai klien tidak licin, jarak kamar klien ke toilet cukup dekat sekitar 3 meter, penerangan kamar klien cukup, ventilasi udara cukup.

e. Pola kegiatan sehari-hari

Tabel 3.1
Pola kegiatan sehari-hari

No.	Jenis aktivitas	Sebelum sakit	sakit
1	Nutrisit Cairan: a. Nutrisi - Frekuensi - Jenis Makan - Nafsu makan b. Minum - Frekuensi - Jenis minuman	- 3x/hari (1 porsi) - Nasi,sayur,lauk pauk - Baik - 7x/hari - Air putih	- 2x/hari (1/2 porsi) - Nasi,sayur,lauk pauk - Kurang - 7x/hari - Air putih
2	Eliminasi BAK - Frekuensi - Warna - Keluhan BAB - Frekuensi - Warna - Konstensitas - Keluhan	- 5-6 x/hari - Kuning jernih - Tidak ada - 1x/hari - Kuning khas feses - Padat - Tidak ada	- 5-6 x/hari - Kuning jernih - Tidak ada - 1x/hari - Kuning khas feses - Padat - Tidak ada
3	Personal Hygine - Mandi - Gosok gigi - Keramas - Gunting kuku	- 2x/hari - 2x/hari - 1x/2 hari - 1x/minggu 4	- 1x/hari - 2x/hari - 1x/2 hari - 1x/minggu 4
4	Istirahat tidur a. Tidur malam b. Tidur siang hari	- 5-6 jam/hari - 1-2 jam/hari	- 5-6 jam/hari - 1-2 jam/hari
5	Aktivitas	Klien beraktivitas sehari-hari secara mandiri	Klien dalam pembatasan mobilisasi, klien hanya beristirahat dan berbaring di tempat tidur saja.

f. PENGKAJIAN FUNGSIONAL

a. KATZ INDEKS

Tabel 3.2
KATZ INDEKS

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	Mandi Mandiri: Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya Tergantung: Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri	✓	
2	Berpakaian Mandiri: Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian. Tergantung: Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian	✓	
3	Ke Kamar Kecil Mandiri: Masuk dan keluar dari kamar kecil k Tergantung: Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot	✓	
4	Berpindah Mandiri: Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri Bergantung: Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan	✓	
5	BAB Dan BAK Mandiri: BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri Tergantung: Inkontinensia parsial atau total: penggunaan kateter,pispot, enema dan pembalut (pampers)	✓	

6	Makan Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri Bergantung : Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)	✓	
---	--	---	--

Keterangan:

Tabel 3.3
Kategori Katz Indeks

KATEGORI	KRITERIA
KATZ Indeks A	Kemandirian dalam hal makan, kontinensia(BAB/BAK), berpindah, pergi ke toilet, berpakaian dan mandi
KATZ Indeks B	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali salah satu dari fungsi di atas
KATZ Indeks C	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut diatas
KATZ Indeks D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan salah satu fungsi lain seperti tersebut diatas
KATZ Indeks E	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet dan salah satu fungsi lain seperti tersebut diatas
KATZ Indeks F	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan salah satu fungsi lain seperti tersebut diatas
KATZ Indeks G	Ketergantungan untuk semua (enam) fungsi tersebut diatas
LAIN-LAIN	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat di klasifikasikan sebagai C,D,E atau F

Kesimpulan : Dapat disimpulkan bahwa klien berada pada Katz indeks dengan

nilai A yaitu mandiri dalam keenam point tersebut

b. BARTHEL INDEKS

Tabel 3.4
BARTHEL INDEKS

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1.	Makan		10	Frekuensi : 3x/hari Jumlah : 1 porsi Jenis : nasi + lauk
2.	Minum		10	Frekuensi : 2x/hari Jenis : air putih
3.	Berpindah		15	
4.	Personal toileting (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)		5	Frekuensi : 2x/hari
5.	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)		10	
6.	Mandi		15	Frekuensi : 2x/hari
7.	Jalan dipermukaan datar		5	
8.	Naik turun tangga		10	
9.	Mengenakan pakaian		10	
10.	Kontrol (BAB)		10	Frekuensi : 2x/hari Konsistensi : padat
11.	Kontrol (BAK)		10	Frekuensi : 3x/hari Warna : putih ke kuning-kuningan
12.	Olah raga/latihan		10	Frekuensi : 2x/minggu Jenis : jalan santai
13.	Rekreasi/ pemanfaatan waktu luang		10	Jenis : setiap hari Frekuensi : ngobrol dengan tetangga/nonton televisi

Skor : 130

Keterangan :

130 : Mandiri

65 – 125 : Ketergantungan sebagian

60 : Ketergantungan total

Kesimpulan : Dilihat dari data diatas skor 130, yaitu dengan keterangan Ny.

C Mandiri

g. Pengkajian Status Mental

1. Tes Skrining dengan SPSMQ

Tabel 3.5
SPSMQ (Short Portable Status Quesioner)

Skore Jawaban		No	Pertanyaan
Benar	Salah		
✓		1	Jam berapa sekarang?
✓		2	Tahun berapa sekarang?
	✓	3	Kapan bapak/ibu lahir?
	✓	4	Berapa umur bapak/ibu?
✓		5	Dimana alamat bapak/ibu sekarang?
✓		6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama bapak/ibu?
✓		7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama bapak/ibu?
✓		8	Tahun berapa hari kemerdekaan indonesia?
✓		9	Siapa nama presiden republik indonesia sekarang?
✓		10	Coba hitung mundur dari angka 20 ke angka1

Keterangan:

1. Kesalahan 0 -2 : Fungsi Intelektual Utuh
2. Kesalahan 3-4 : Kerusakan Intelektual Ringan
3. Kesalahan 5-7 : Kerusakan Intelektual Sedang
4. Kesalahan 8-10 : Kerusakan Intelektual Berat

Kesimpulan: Fungsi intelektual pada klien lansia ini yaitu fungsi

intelektual utuh, dengan skor salahnya 2

2. Tes Skrining dengan MMSE

Tabel 3.6
MMSE (Mini Mental Status Exam)

NO	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang?	✓	
	2. Musim apa sekarang?	✓	
	3. Tanggal berapa sekarang?	✓	
	4. Hari apa sekarang?		✓
	5. Bulan apa sekarang?	✓	
	6. Di negara mana anda tinggal?	✓	
	7. Di Provinsi mana anda tinggal?	✓	
	8. Di kabupaten mana anda tinggal?	✓	
	9. Di kecamatan mana anda tinggal?	✓	
	10. Di desa mana anda tinggal?	✓	
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan tiga obyek		
	11. Buku	✓	
	12. Pulpen	✓	
	13. Jam tangan	✓	
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal” BAPAK “		

	14. K	✓	
	15. A	✓	
	16. P	✓	
	17. A		✓
	18. B		✓
4	MENGINGAT		
	Minta klien untuk mengulang 3 obyek Diatas		
	19. Buku	✓	
	20. Pulpen	✓	
	21. Jam tangan	✓	
5	BAHASA		
	a. Penamaan		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan:		
	22. Kacamata	✓	
	23. Pensil	✓	
	b. Pengulangan Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut		
	24. “Tak ada jika, dan, atau tetapi “		✓
	c. Perintah tiga langkah		
	25. Ambil kertas!	✓	
	26. Lipat dua!	✓	
	27. Taruh dilantai!	✓	
	d. Turuti hal berikut		
	28. Tutup mata	✓	
	29. Tulis satu kalimat		✓
	30. Salin gambar		✓
	JUMLAH	24	6

Interpretasi MMSE:

- Nilai 24-30 : Tidak ada gangguan kognitif
- Nilai 18-23 : Gangguan kognitif sedang
- Nilai 0-17 : Gangguan kognitif berat

Kesimpulan: Ny. C Tidak ada gangguan kognitif, terbukti jumlah dari hasil MMSE klien 24.

3. Pengkajian keseimbangan

Tabel 3.7
Pengkajian keseimbangan

KRITERIA	SKOR
1	2
1. 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 ke atas dengan tangan atau gerakan ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.	1
• Duduk ke kursi (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka Menjatuhkan diri ke kursi.	0
• Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi usila mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau gerakan ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.	1
• Duduk ke kursi (dimasukkan dalam analisis) dengan mata tertutup Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di kursi. Ket. Kursi harus yang keras tanpa lengan.	0
• Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup. Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk	0

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.	0
Perputaran leher (klien sambil berdiri) Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki, keluhan pusing atau keadaan tidak stabil	1
Gerakan menggapai sesuatu Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung jari-jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan.	0
Membungkuk Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bisa berdiri lagi dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun.	0
b. Komponen gaya berjalan atau pergerakan Minta klien berjalan ketempat yang ditentukan. Ragu-ragu, tersandung memegang objek untuk dukungan	1
Ketinggian langkah kaki Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (>5 cm)	0
Kontinuitas langkah kaki Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai	1
Kesimetrisan langkah Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit	1
Penyimpangan jalur pada saat berjalan Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi.	0
Berbalik Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang memegang objek untuk dukungan.	1
Skor Total	7

Intervensi hasil :

0-5 : Resiko jatuh rendah

6-10 : Resiko jatuh sedang

11-15 : Resiko jatuh tinggi

Keterangan: Intervensi hasil dari pengkajian keseimbangan Ny. C yaitu 7 rentang ada masalah dengan kriteria resiko jatuh sedang

h. Analisa data

Tabel 3.8
Analisa data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: - Klien mengatakan nyeri kepala dibagian tenguk, pusing - Nyeri seperti ditusuk-tusuk - Skala nyeri 3 dar (0-5) - Nyeri hilang timbul DO: - Klien tampak kesakitan dengan skala nyeri 3 - Klien menunjukan daerah yang sakit - TTV TD : 180/100 mmHg RR : 22x/menit Nadi : 91x/menit	Umur ↓ Elastisitas pembuluh darah menurun ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Otak ↓ Resistensi pembuluh darah di otak meningkat ↓ Nyeri Akut	Nyeri akut
2	DS: - Klien mengatakan tidak tahu penyebab dari nyeri kepala yang dirasakan - Klien mengatakan jarang diperiksa terutama TD	Kurang terpapar informasi ↓ Defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan

	DO: - Klien mengkonsumsi ikan asin - Klien klien mengira boleh mengkonsumsi ikan asin		
--	--	--	--

2. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b.d peningkatan vesikuler serebral d.d Klien mengatakan nyeri kepala dibagian tenguk, pusing, nyeri seperti ditusuk-tusuk.
2. Defisit pengetahuan b.d kurangnya informasi d.d Klien mengatakan tidak tahu penyebab dari nyeri kepala yang dirasakan, klien mengatakan jarang diperiksa terutama TD.

3. Perencanaan, Implementasi, Dan Evaluasi

Nama : Ny.C

Jenis kelamin : perempuan

Umur : 62 tahun

DX : Hipertensi

Tabel 3.9
Proses Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Perencanaan			Implementasi keperawatan	Evaluasi keperawatan	Paraf
		tujuan	intervensi	rasional			
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (mis:iskemia) DS: - Klien mengatakan nyeri kepala dibagian tenguk, pusing, - Nyeri seperti ditusuk-tusuk - Nyeri hilang timbul	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x2 jam diharapkan tingkat nyeri menurun Kriteria hasil: Tingkat nyeri 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 7 menjadi 2 2. Pasien menunjukan ekspresi	Rencana tindakan Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri Teurapeutik 2. Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik tarik napas dalam) Edukasi 3. Jelaskan penyebab nyeri	Observasi 1. Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan klien Terapeutik 2. Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan klien Edukasi 3. Agar Klien mengetahui penyebab	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi Menggunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien Memilih dan	Senin, 13 desember 2021 S: - klien mengatakan kepala masih nyeri dibagian tengkuk dan pusing - Klien tampak bingung tentang teknik cara tarik	 Dzikri

	DO: - Klien tampak kesakitan dengan skala nyeri 3 - Klien menunjukan daerah yang sakit - TTV TD : 180/100 mmHg RR : 22x/menit Nadi : 91x/menit	wajah tenang 3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman	Kolaborasi 4. -	nyeri Kolaborasi 4. -	melakukan cara penanganan nyeri non farmakologi (teknik tarik napas dalam)	nafas dalam O: TTV TD: 180/100mm Hg RR: 22x/menit N: 91x/menit - Klien kooperatif ketika dijelaskan teknik tarik napas dalam A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi	
2	Defisit pengetahuan b.d kurang minat dalam belajar	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x2	Rencana tindakan Observasi 1. Identifikasi kesiapan untuk menerima	Observasi 1. Klien dapat mendapatkan	- Mengkaji tingkat pengetahuan klien - membantu	Senin, 13 desember 2021 S: - Klien paham	 Dzikri

	DS: - Klien mengatakan tidak tahu penyebab dari nyeri kepala yang dirasakan - Klien mengatakan jarang diperiksa terutama TD DO: - Klien mengkonsumsi ikan asin - Klien klien mengira boleh mengkonsumsi ikan asin	jam diharapkan: 1. Klien paham tentang penyakit hipertensi 2. Mampu melaksanakan prosedur dengan sesuai 3. Mampu menjelaskan kembali	informasi Terapeutik 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan Edukasi 4. Jelaskan faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan Kolaborasi 5. -	informasi Terapeutik 2. Dapat memberi penyuluhan kesehatan 3. Mengatur jadwal yang akan diberikan pada pendidikan kesehatan Edukasi 4. Klien dapat menjaga kesehatan dan berperilaku hidup sehat Kolaborasi 5. -	klien dalam mengidentifikasi faktor risiko kardiovaskuler - membantu klien dalam merubah pola hidup - melakukan penkes kepada klien dan keluarga	tentang penyakitnya - klien mengetahui faktor risiko penyakitnya O: - klien Melakukan intruksi yang diajarkan - masih bertanya - masih bingung A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi - kaji tingkat pengetahuan klien - bantu	
--	---	---	---	--	--	--	--

						klien dalam merubah pola hidup	
--	--	--	--	--	--	---	--

4. Catatan perkembangan

Nama : Ny.C Jenis kelamin : perempuan
 Umur : 62 tahun DX : Hipertensi

Tabel 3.10
Catatan Perkembangan
Kunjungan Hari Ke-1

TANGGAL/BULAN/TAHUN/JAM	DX	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
14 Desember 2021	I	S: - klien mengatakan nyeri kepala masih sedikit terasa O: - Skala nyeri 2 (0-10) - Klien tampak meringis - TD 170/100 mmHg A: - masalah teratasi Sebagian P: - Lanjutkan intervensi I: - anjurkan klien untuk mengurangi asupan garam -Ajarkan teknik tarik napas dalam E: - Klien mempraktekan batuk efektif	 Dzikri
	II	S: - klien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakitnya dan tau cara mencegahnya O: - klien tampak sudah tidak bingung dan bisa menjawab - Klien sudah tau cara mencegah hipertensi A: - masalah teratasi P: - Hentikan intervensi intervensi	 Dzikri

Tabel 3.10
Catatan Perkembangan
Kunjungan Hari Ke-1

TANGGAL/BULAN/TAHUN/JAM	DX	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
15 Desember 2021	I	S: - klien mengatakan sudah tidak terasa nyeri O: - Klien tidak tampak lemah - Klien tidak tampak meringis - TD 140/90 mmHg A: - masalah teratasi P: - hentikan intervensi	 Dzikri

B. PEMBAHASAN

Dalam pembahasan penulis akan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus selama 5 hari melaksanakan asuhan keperawatan gerontik dengan Hipertensi pada katz indeks A pada Ny. C Di UPT Puskesmas Wanaraja Kab. Garut, dengan memperhatikan dan menganalisa tinjauan kasus dengan tinjauan teoritis. Dari hasil perbandingan tersebut akan muncul kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kenyataanya, maka perlu beberapa aspek yang perlu dibahas mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

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

1. Tahap Pengkajian

Pada tahapan awal proses keperawatan ini penulis mengkaji klien secara keseluruhan yang meliputi bio-psiko-sosial-spiritual dengan menggunakan pendekatan hubungan antara manusia, yaitu dengan cara memperkenalkan diri dan menjelaskan maksud serta tujuan dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. C tahapan pengkajian ini dimulai dari pengumpulan data meliputi identitas klien, identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan, alasan masuk dan faktor predisposisi, dan pada saat melakukan pengkajian tidak menemukan hambatan. Kriteria Hipertensi menurut (Crowim dan Novianti, 2020):

- a. Nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah.
- b. Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi.
- c. Ayunan langkah yang tidak menutup karena kerusakan susunan saraf pusat (pusing).
- d. Muka merah.
- e. Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler.
- f. Keluar darah dari hidung secara tiba-tiba, tengkuk pegal dan tidak nyaman.

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

- a. Nyeri kepala yang berawal dari proses penuaan menyebabkan terjadinya perubahan-perubahan pada elastisitas dinding aorta terjadi penurunan, katup jantung menebal dan menjadi kaku menyebabkan hipertensi/tekanan darah tinggi. Akibat Hipertensi tersebut terjadi kerusakan vaskuler pembuluh darah. Sehingga terjadi penyumbatan pada pembuluh darah dan mengakibatkan gangguan sirkulasi di otak resistensi pembuluh darah otak meningkat dan terjadilah nyeri kepala.
- b. Pada saat diberi pertanyaan oleh perawat tentang penyakitnya klien hanya tampak kebingungan yang disebabkan karena kurang terpaparnya informasi tentang penyakitnya (Nurarif & Kusuma, 2020),

Pada tahap pengkajian, klien terlihat cukup kooperatif dan mau mengungkapkan masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi Ny. C disini telah terjadi kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kenyataan yang ditemukan oleh penulis.

2. Tahap 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. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Berikut adalah diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan hipertensi (Tim pokja SDKI DPP PPNI 2018):

- A. Nyeri akut (D.0077)
- B. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)
- C. Hipervolemia (D.0022)
- D. Intoleransi aktivitas (D.0056)
- E. Defisit Pengetahuan (D.0111)
- F. Ansietas (D.0080)
- G. Resiko Penurunan curah Jantung (D.0011)
- H. Resiko Jatuh (D.0143).

Tetapi setelah dilakukan tahap pengkajian kepada Ny C berdasarkan analisa data yang diperoleh terdapat beberapa masalah

keperawatan yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia.
- b. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi.

Masalah keperawatan tersebut muncul berkaitan dengan adanya nyeri akut (nyeri kepala) menyebabkan klien menjadi jarang untuk melakukan aktivitas karena nyeri berkurang saat klien beristirahat karena seringkali klien berdiam diri dan jarang olahraga, Selain itu, klien belum

memahami dan belum mengerti tentang penyakit yang dideritanya tersebut.

3. tahap perencanaan

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

Adapun intervensi yang diberikan untuk masalah keperawatan pada Ny. C:

- a. Nyeri akut, untuk mengatasinya maka diberikan intervensi mengkaji tanda-tanda vital, menggunakan manajemen nyeri (mengajarkan teknik tarik napas dalam). Hal ini sesuai dengan intervensi utama manajemen nyeri dijelaskan sebagai pengurangan atau penurunan nyeri hingga mencapai tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien.
- b. Defisit pengetahuan, kurangnya pengetahuan, untuk mengatasinya maka diberikan intervensi dengan cara memberikan kaji tingkat kemampuan/pengetahuan klien tentang penyakit hipertensi, dan pendidikan kesehatan tentang penyakit hipertensi meliputi pengertian, penyebab, tanda dan gejala, cara pencegahan. Sehingga intervensi yang dilakukan sesuai dengan masalah keperawatan pada klien dengan

hasil klien bisa memahami pengetahuan tentang kondisi penyakitnya dengan Hipertensi.

4. Tahap implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan di tunjukan pada nursing order untuk membantu klien mencapai tujuan yang di harapkan

Adapun implementasi yang dilakukan terhadap masalah keperawatan pada Ny. C yakni:

- a. Nyeri (kepala), implementasi yang dilakukan yaitu dengan menggunakan manajemen nyeri (teknik relaksasi dan teknik distraksi), seperti mengajarkan klien teknik relaksasi dan teknik distraksi yang dilakukan dengan cara nafas dalam, mengkaji tanda-tanda vital, membantu memberikan obat pengobatan non farmakologi seperti (seledri, mentimun, bawang putih), menurut jurnal unila (2018) dapat membantu menurunkan darah tinggi yang menyebabkan nyeri pada kepala klien, karena keterbatasan
- b. Kurang pengetahuan, untuk mengatasinya dengan mengkaji tingkat kemampuan klien, memberikan pendidikan kesehatan terkait konsep penyakit Hipertensi sesuai dengan kondisi klien, dimana Ny. C bisa menambah ilmu dan pengetahuan tentang kondisi penyakit Hipertensinya agar klien bisa menjaga dan merawat

sekalius cara mencegah makanan yang harus dikonsumsi maupun makanan yang tidak boleh dikonsumsi. Implementasi tersebut merupakan domain fisiologis dasar yang mencakup perawatan, pencegahan, maupun pengobatan.

5. Tahap evaluasi

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

Dari ke empat masalah yang muncul pada klien, masalah yang dapat diatasi yaitu gangguan nyeri akut (nyeri kepala), dan defisit pengetahuan.

6. Tahap Dokumentasi

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

Pada tahap dokumentasi ini, penulis melaksanakan pendokumentasian dan pemberian asuhan keperawatan pada Ny. C penulis mendokumentasikan nya dari mulai tahap pengkajian sampai tahap

evaluasi beserta catatan perkembangan yang dilaksanakan Secara langsung pada Ny. C Penulis menemukan berbagai hambatan, Mulai dari tahap penulisan asuhan keperawatan sampai akhimya Penulis mendapatkan persetujuan dari pembimbing untuk diajukan ke lahap sidang Namun, setiap tahapnya penulis lalui sesuai dengan mengikuti bimbingan dan terus berupaya seoptimal mungkin untuk memperbaiki setiap kekurangan yang penulis buat dalam tahap pendokumentasian dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. C Dengan Hipertensi Pada Katz Indeks A di UPT Puskesmas Wanaraja Kab. Garut”**

BAB VI

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

1. Tahap Pengkajian

Selama fase pengkajian, penulis dapat menilai secara komprehensif aspek-aspek yang ada pada lansia dan sekitarnya, dalam pengkajian klien memiliki beberapa faktor risiko yang memicu terjadinya hipertensi, seperti: usia tua, sakit kepala, nyeri leher, suka makan makanan. tinggi natrium seperti ikan asin. Inilah faktor-faktor yang dapat meningkatkan tekanan darah.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemukan penulis adalah nyeri akut (kepala) berhubungan dengan peningkatan aliran darah serebral, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang minat dalam belajar.

3. Tahap perencanaan

Penulis dapat merencanakan tindakan keperawatan pada Ny. C yang memiliki tekanan darah tinggi dengan pembacaan Katz A di UPT Puskesmas Wanaraja Kab. Garut. Dalam perencanaan tindakan pada klien, penulis tidak menemukan hambatan, karena pelaksanaan sesuai dengan rencana dan kerja sama antara perawat dan tim kesehatan lainnya.

4. Tahap Pelaksanaan

Pada tahap ini penulis melakukan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan. Hal-hal yang menunjang praktik keperawatan dalam hal ini adalah klien dapat diminta untuk bekerja sama dengan baik dan juga mendapat dukungan pada saat pelaksanaan, dalam pelaksanaan ini penulis sangat memperhatikan sarana dan prasarana yang tersedia untuk melakukan tindakan.

5. Tahap Evaluasi

Penulis dapat melakukan evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Setelah dievaluasi, penulis dapat menyimpulkan dari masalah atau diagnosa keperawatan yang muncul.

6. Tahap dokumentasi

Penulisan mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. C Hipertensi dengan katz indeks A Di UPT Puskesmas Wanaraja Kab. Garut.

B. Rekomendasi

Setelah penulis memberi asuhan keperawatan pada Ny. C secara sistematis dan komprehensif penulis akan mengemukakan beberapa saran tentunya yang bersifat membangun ke arah perbaikan bagi pihak-pihak yang terkait saran-saran tersebut diantaranya di tunjukan kepada:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Supaya dapat ikut berkontribusi dalam mengurangi angka kesakitan pada lansia terutama dengan hipertensi dengan cara

melakukan program atau kegiatan yang rutin dilaksanakan seperti pemeriksaan pada lansia, berbagai bentuk penyuluhan dan pendidikan kesehatan yang melibatkan mahasiswa untuk menambah pengetahuan lansia tentang penyakit. Kegiatan atau program lain yang dapat dilakukan adalah mengadakan kegiatan rutin senam-senam tentang kesehatan khususnya bagi lansia yang menderita hipertensi. Selain untuk mengurangi angka kesakitan itu sendiri, dengan kegiatan seperti itu institusi juga sudah membiasakan mahasiswa untuk mengaplikasikan tentang pembelajaran yang didapatkan selama belajar di kampus dengan kegiatan di lapangan yang dapat menambah wawasan mahasiswa.

2. Bagi pihak Puskesmas Kader atau pihak puskesmas terdekat

hendaknya selalu menyarankan memberikan pendidikan kesehatan bagi klien, karena bermanfaat untuk menambah ilmu pengetahuan klien dengan diharapkan dapat membantu klien dalam melaksanakan perawatan mandiri atau minimal mengadakan senam hipertensi bagi para lansia dan lebih sering mengontrol kesehatan lansia terutama hipertensi dengan melakukan pemeriksaan tekanan darah agar klien yang terkena penyakit hipertensi terkontrol baik

DAFTAR PUSTAKA

- Andanita A, Sutadipura N, Nurmeliyani R. Gambaran Karakteristik Pasien Hipertensi di Poliklinik Lansia RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat Tahun 2020. *Pros Kedokt.* 2020;7(1):214–220.
- Ayunda T. Penerapan Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi. Published online 2019.
- Bidang pencatat dan pelaporan 2021 Di UPT puskesmas wanaraja Garut
- Dwi S. Merawat Manusia Lanjut Usia. *Lansia.* 2017;67(6):14–21.
- Ikhsan M, Boy E. Cardiovascular Changes Among Healthy Elderly. *Magna Med.* Published online 2020:70–82.
- Kartika M, Subakir S, Mirsiyanto E. Faktor-Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Rawang Kota Sungai Penuh Tahun 2020. *J Kesmas Jambi.* 2021;5(1):1–9.
- Kusyati E, Santi NK, Hapsari S. Kombinasi relaksasi napas dalam dan aroma terapi lavender efektif menurunkan tekanan darah. In: *Prosiding Seminar Nasional Unimus.* Vol 1. ; 2018.
- Muin FF. PENGARUH TERAPI MUSIK KLASIK TERHADAP TINGKAT DEPRESI PADA LANSIA DI MASYARAKAT LANGKAP BURNEH BANGKALAN. Published online 2020.
- Purwandani FE. APLIKASI TERAPI SENAM OTAK UNTUK MENURUNKAN TINGKAT STRES PADA LANSIA DI RUMAH PELAYANAN SOSIAL PUCANG GADING SEMARANG. Published online 2018.
- Sari N. HUBUNGAN KEAKTIFAN DALAM POSYANDU LANSIA DENGAN KUALITAS HIDUP LANSIA DI POSYANDU KRAJAN 1 DAN 2 DESA JENANGAN KECAMATAN JENANGAN KABUPATEN PONOROGO. Published online 2021.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Defnisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2017. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Defnisi dan Tindakan Keperawatan Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2017. Standar Luaran Keperawatan Indonesia Defnisi dan Kriteria Hasil Keperawatan Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Triandini R. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi Di Puskesmas Dua Puluh Tiga Ilir Kota Palembang Tahun 2021. *J Ilm Univ Batanghari Jambi*. 2022;22(1):308–313.

WIDIYAWATI W, SARI DJEKA. Keperawatan gerontik. Literasi Nusantara; 2020.

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
HIPERTENSI**



Disusun Oleh :

DZIKRI ZAKI NUR RAMDHANI

(KHGA19054)

**PRODI D III KEPERAWATAN
STIKes KARSa HUSADA GARUT
Tahun Ajaran 2021-2022**

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

HIPERTENSI

Topik	: Penyuluhan kesehatan pada lansia
Sub topik	: Penyakit Hipertensi
Hari/tanggal	: Rabu, 15 desember 2021
Waktu	: 13.00 wib s.d. Selesai
Tempat	: Rumah Ny. C
Penyuluh/pembicara	: Dzikri Zaki Nur Ramdhani
Peserta/sasaran	: Keluarga Ny. C
Metode	: Ceramah dan tanya jawab
Media	: Leaflet

I.TUJUAN

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan Klien dapat mengetahui tentang penyakit hipertensi

2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan masyarakat mampu menjelaskan kembali tentang:

- a. Pengertian darah tinggi (hipertensi)
- b. Penyebab darah tinggi dengan baik.
- c. Tanda dan gejala darah tinggi dengan baik.

d. Makanan yang dianjurkan dan makanan yang dibatasi untuk penderita

Darah tinggi

e. Obat- obatan untuk hipertensi

f. Komplikasi dari hipertensi

II. MATERI

terlampir

III. METODE

Metode yang digunakan adalah:

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Diskusi

IV.MEDIA DAN ALAT

- leaflet

V.STRATEGI PELAKSANAAN

Hari dan Tanggal Pelaksanaan : Rabu, 15 Desember 2021

Waktu : 13.00 s.d. selesai

Tempat : puskesmas wanaraja

KEGIATAN PENYULUHAN

NO	TAHAP	WAKTU	KEGIATAN	MEDIA
1.	Pembukaan	5 menit	• Salam perkenalan • Menjelaskan kontrak waktu dan tujuan pertemuan	
2.	Pelaksanaan	20 menit	• Menjelaskan tentang : • Pengertian darah tinggi • Penyebab darah tinggi • Tanda dan gejala darah tinggi • Faktor resiko • Mengetahui obat-obatan untuk hipertensi	Leaflet

			• Mengetahui komplikasi yang terjadi akibat hipertensi • Membuka sesion pertanyaan • Diskusi dengan keluarga	
3.	Penutup	5 menit	▪ Menutup dengan salam	

Lampiran Materi

1.Pendahuluan

A. LATAR BELAKANG

Hipertensi merupakan keadaan ketika tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80 mmHg. Hipertensi sering menyebabkan perubahan pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan semakin tingginya tekanan darah (Arif Muttaqin, 2009).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan penyebab utama gagal jantung, stroke dan gagal ginjal. Tekanan darah tinggi disebut sebagai "pembunuh diam-diam" karena orang dengan darah tinggi sering tidak menampilkan gejala. Institut Nasional Jantung, Paru dan Darah memperkirakan separuh orang yang menderita darah tinggi tidak sadar akan kondisinya. Begitu penyakit ini diderita, tekanan darah pasien harus dipantau dengan interval teratur karena darah tinggi merupakan kondisi seumur hidup.

Data (WHO) tahun 2018 menunjukkan sekitar 1,13 Miliar orang di dunia mengidap penyakit Hipertensi, artinya 1 dari 3 orang lansia di dunia terdiagnosis Hipertensi. Jumlah penyandang Hipertensi terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan pada tahun 2025 akan ada 1,5 Miliar orang yang terkena Hipertensi, dan diperkirakan setiap tahunnya 9,4 Juta orang meninggal akibat Hipertensi dan komplikasi nya (Depkes RI, 2019).

Oleh karena latar belakang di atas maka penyusun menyusun satuan cara penyuluhan mengenai hipertensi dengan tujuan supaya setelah

dilakukan pendidikan kesehatan mengenai hipertensi Klien dapat memahami tentang penyakit darah tinggi.

2.Pembahasan

A. Pengertian

Hipertensi merupakan keadaan ketika tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80 mmHg. Hipertensi sering menyebabkan perubahan pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan semakin tingginya tekanan darah (Arif Muttaqin, 2009).

Penyakit Hipertensi adalah suatu keadaan di mana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan dan angka kematian. Tekanan darah 140/90 mmHg didasarkan pada dua fase dalam setiap denyut jantung yaitu fase sistolik 140 menunjukkan fase darah yang sedang dipompa oleh jantung dan fase diastolik 90 menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung (Triyanto, 2020).

Hipertensi merupakan penyakit yang berhubungan dengan tekanan darah manusia. Apabila seseorang memiliki tekanan darah mencapai 140 mmHg (systole) atau lebih yang diukur ketika ia sedang duduk dan tekanan darah diastole 90 mmHg atau lebih, maka orang tersebut dikategorikan memiliki tekanan darah tinggi atau diatas rata-rata (Ridwan,2020).

B. Penyebab

Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya Hipertensi:

- e. Genetik: respon neurologi terhadap stress atau kelainan eksresi atau transfor NA.
- f. Obesitas
- g. Stress terhadap lingkungan
- h. Hilangnya elastisitas jaringan dan arterisklorosis pada orang tua serta pelebaran-pelebaran pembuluh darah.

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

- f. Elastisitas dinding aorta menurun
- g. Katup jantung menebal dan menjadi kaku
- h. Kemampuan jantung memompa darah menurun 196 setiap tahun sesudah berumur 20 tahun
- i. Kehilangan elastisitas pembuluh darah. Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi
- j. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer tanda dan gejala dipengaruhi oleh perkalian antara kardiak output dengan tahanan perifer menyebabkan tekanan darah meningkat.

C. Tanda dan gejala

1. Gejala ringan seperti pusing atau sakit kepala
2. Sering gelisah
3. Wajah merah
4. Tengukuk terasa pegal
5. Mudah marah
6. Telinga berdengung
7. Sukar tidur
8. Sesak napas
9. Rasa berat di tenguk
10. Mudah lelah
11. Mata berkunang-kunang/ penglihatan kabur
12. Mimisan (keluar darah dari hidung).

D. Faktor resiko

1. Faktor Risiko Yang Tidak Dapat Dikontrol:

- a. Jenis kelamin

Prevalensi terjadinya hipertensi pada pria sama dengan wanita. Namun wanita terlindung dari penyakit kardiovaskuler sebelum menopause. Harrison, Wilson dan Kasper mengatakan bahwa wanita yang belum mengalami menopause dilindungi oleh hormon

estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar *High Density Lipoprotein* (HDL). Kadar kolesterol HDL yang tinggi merupakan faktor pelindung dalam mencegah terjadinya proses aterosklerosis. Efek perlindungan estrogen dianggap sebagai penjelasan adanya imunitas wanita pada usia premenopause. Dari hasil penelitian didapatkan hasil lebih dari setengah penderita hipertensi berjenis kelamin wanita sekitar 56,5%. Hipertensi lebih banyak terjadi pada pria bila terjadi pada usia dewasa muda. Tetapi lebih banyak menyerang wanita setelah umur 55 tahun, sekitar 60% penderita hipertensi adalah wanita. Hal ini sering dikaitkan dengan perubahan hormon setelah menopause (Aisyah, 2009).

b. Umur

Semakin tinggi umur seseorang semakin tinggi tekanan darahnya, jadi orang yang lebih tua cenderung mempunyai tekanan darah yang tinggi dari orang yang berusia lebih muda. Peningkatan kasus hipertensi akan berkembang pada umur lima puluhan dan enam puluhan. Dengan bertambahnya umur, dapat meningkatkan risiko hipertensi.

c. Keturunan (Generik)

Adanya faktor genetik pada keluarga tertentu akan menyebabkan keluarga itu mempunyai risiko menderita hipertensi. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar sodium intraseluler dan rendahnya rasio antara potasium terhadap sodium. Individu dengan orang tua dengan hipertensi mempunyai risiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi dari pada orang yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi. Selain itu didapatkan 70-80% kasus hipertensi esensial dengan riwayat hipertensi dalam keluarga (Aisyah, 2009).

2. Faktor Resiko Yang Dapat Dikontrol:

a. Obesitas

Pada usia pertengahan (+50 tahun) dan dewasa lanjut asupan kalori sehingga mengimbangi penurunan kebutuhan energi karena kurangnya aktivitas. Itu sebabnya berat badan meningkat. Obesitas dapat memperburuk kondisi lansia. Kelompok lansia karena dapat memicu timbulnya berbagai penyakit seperti artritis, jantung dan pembuluh darah, hipertensi. (Aisyah, 2009)

b. Kebiasaan Merokok

Merokok menyebabkan peningkatan tekanan darah. Perokok berat dapat dihubungkan dengan peningkatan insiden hipertensi maligna dan risiko terjadinya stenosis arteri renal yang mengalami aterosklerosis. Merokok menyebabkan hipertensi karena nikotin yg terkandung di dalam rokok memiliki kecenderungan untuk menyempitkan pembuluh darah dan arteri yang dapat menyebabkan plak. Plak menyempitkan pembuluh darah. Nikotin juga memiliki kemampuan untuk merangsang produksi hormon epinefrin juga dikenal sebagai adrenalin yang menyebabkan pembuluh darah mengerut.

c. Mengonsumsi garam berlebih

Dalam diet DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertensi*) kita diwajibkan untuk membatasi asupan natrium (garam) hanya 2/3 sendok teh atau setara dengan 1500 mg natrium

d. Stres

Hubungan antara stres dengan hipertensi diduga melalui aktivitas saraf simpatis peningkatan saraf dapat

menaikkan tekanan darah secara intermiten (tidak menentu). *Stres* yang berkepanjangan dapat mengakibatkan tekanan darah menetap tinggi. Hal ini dapat dihubungkan dengan pengaruh stres yang dialami kelompok masyarakat yang tinggal di kota. Menurut Aisyah, mengatakan *stres* akan meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer dan curah jantung sehingga akan menstimulasi aktivitas saraf simpatis. Adapun *stres* ini dapat berhubungan dengan pekerjaan, kelas sosial, ekonomi, dan karakteristik personal.

e. Penyakit jasmani

Penyakit jasmani merupakan penyakit yang dapat menyebabkan meningkatkan hipertensi yaitu asam urat, arterosklerosis, hiperkolesterol dan hiperuresemi. Asam urat dapat menyebabkan peningkatan hipertensi karena asam urat akan menyumbat aliran darah ke jantung sehingga jantung akan bekerja lebih keras dalam memompa jantung. Dengan demikian tekanan darah akan meningkat.

E. Upaya Pencegahan

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

Diet Hipertensi.

1. Pengertian.

Diet Hipertensi adalah diet bagi penderita hipertensi yang bertujuan untuk membantu menurunkan tekanan darah dan mempertahankan tekanan darah menuju normal, selain itu diet hipertensi juga bertujuan untuk menurunkan factor resiko hipertensi lainnya seperti berat badan berlebih, tinggi kolestrol dan Asam Urat dalam darah.

2. Tujuan.

Membantu Menghilangkan Nutrisi garam / mengurangi air dalam jaringan tubuh dan menurunkan tekanan darah pada hipertensi.

3. Syarat- Syarat Diet.

1. Cukup energy, Protein, Mineral dan Vitamin
2. Bentuk makanan di sesuaikan dengan keadaan penyakit
3. Jumlah natrium disesuaikan dengan berat ringannya Hipertensi
4. Makanan yang dianjurkan / Boleh di konsumsi:
 - Pisang
 - Sayuran Hijau kecuali daun Singkong, daun melinjo dan bijinya

- Buah- buahan kecuali buah durian
- Yogurt dan olahan susu lainnya yang rendah lemak
- Susu Skim
- Oatmeal
- Ikan

5. Makanan yang di Hindari /Dibatasi

1. Makanan yang mengandung garam, seperti makanan cepat saji, makanan kemasan.
2. Makanan yang banyak mengandung Gula
3. Makanan Berlemak
4. Makanan dan Minuman mengandung Alkohol

Contoh jus Penurun Hipertensi yang mudah di buat dan di peroleh bahan – bahan nya :

1. Jus Apel dan Seledri

buah apel ukuran sedang di tambah 2-3 sendok irisan seledri

2. Jus belimbing dan Timun

3- 4 iris belimbing buah di tambah 5-7 iris mentimun segar bisa di tambah perasan jeruk nipis sesuai selera

3. Jus timun Seledri

5-7 iris mentimun segar ditambah 2-3 sendok irisan seledri.

HIPERTENSI



OLEH :

DZIKRI ZAKI NUR RAMDHANI

KHGA19054

PROGRAM D3 KEPERAWATAN
STIKES KARSA HUSADA GARUT
TAHUN AKADEMIK 2021/2022



menurut WHO, batas tekanan darah yang masih dianggap normal adalah 140/90 mmHg dan tekanan darah sama atau diatas 160/95 mmHg dinyatakan sebagai darah tinggi



Hipertensi merupakan keadaan ketika tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80 mmHg. Hipertensi sering menyebabkan perubahan pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan semakin tingginya tekanan darah

➤ Mengendalikan Hipertensi:

Gaya hidup sehat dan minum obat secara teratur, Pengobatan secara teratur adalah :

- Meminum obat secara teratur sesuai rekomendasi Dokter.
- Melakukan control teratur.
- Mulai masak sendiri makanan di rumah
- Olahraga
- Jaga pikiran sampai Stress

➤ MENCEGAH HIPERTENSI :



Cek kesehatan secara berkala

Enyahkan asap rokok

Rajin aktifitas Fisik

Diet seimbang

Istirahat cukup

Kelola stress

➤ Faktor resiko

1. Faktor Risiko Yang Tidak Dapat Dikontrol:

- Jenis kelamin
- Umur
- Keturunan

2. Faktor Resiko Yang Dapat Dikontrol:

- Obesitas
- Kebiasaan merokok
- Mengkonsumsi garam berlebih
- Stress
- Penyakit jasmani



➤ APAKAH GEJALA HIPERTENSI?

- Sakit kepala
- Rasa Berat di Tenguk
- Keletihan / mudah lelah
- Telinga berdenging
- Sulit tidur
- Rasa sakit di dada
- Penglihatan kabur
- Jantung berdebar-debar
- mimisan



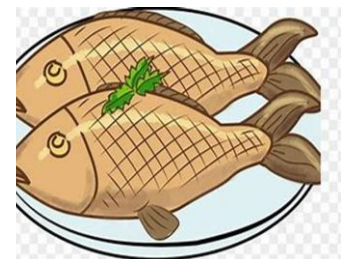
➤ Bagaimana pengobatannya ?

1. Pengobatan Farmakologis Menggunakan obat –obatan sesuai indikasi / resep dokter
2. Pengobatan Non farmakologis
 - . Menurunkan berat – badan
 - . Diet Rendah Garam dan Lemak
 - . Menghindari Stress
 - . Olahraga/ Aktifitas Fisik
 - . Dukungan Keluarga.

➤ MAKANAN YANG DIANJURKAN

/BOLEH DI KONSUMSI :

- Pisang
- Sayuran Hijau
- Yogurt
- Susu SKIM
- Kentang /beras /gandum
- Buah berry
- Buah Bit
- Oatmeal
- Ikan



➤ Apa yang menyebabkan Hipertensi ?

- Gaya Hidup tidak Sehat
- Konsumsi garam berlebih
- Merokok
- Minum – minuman beralkohol
- Kurang Olah Raga
- Kegemukan
- Stress /Banyak pikiran
- Umur dan jenis kelamin
- Keturunan/ Riwayat keluarga



➤ Kenapa Hipertensi Harus dicegah ?

Karena Hipertensi dapat menyebabkan :

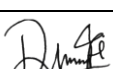
1. Penyakit jantung.
2. Gangguan syaraf
3. Gangguan otak/ Stroke
4. Kerusakan Ginjal

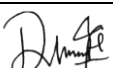
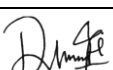
LEMBAR BIMBINGAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. C DENGAN
GANGGUAN SITEM KARDIOVASKULER : HIPERTENSI
PADA KATZ INDEKS A DI UPT PUSKESMAS WANARAJA
KAB. GARUT

NAMA : DZIKRI ZAKI NUR RAMDHANI

NIM : KHGA19054

No.	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	TTD Dosen Pembimbing	TTD Mahasiswa
1.	Kamis, 30-Juni-2022	- Konsul proses bimbingan		
2.	Senin, 03-Juli-2022	- Latar belakang diperbaiki, antar alinea harus sinkron - Perbaiki tabel 1.1 jangan terlalu jauh antar kalimat - Baca panduan penulisan - Konsulkan kembali		
3.	Selasa, 04-Juli-2022	- ACC - Lanjutkan BAB II		

4.	Kamis, 07-Juli-2022	- Konsulkan BAB II - Perbaiki margin - Perhatikan penulisan - Lihat pedoman sesuaikan dengan acuan pedoman		
5.	Jum'at, 08-Juli-2022	- ACC - Lanjutkan BAB III		
6.	Selasa, 12-Juli-2022	- Konsulkan BAB III - Perbaiki tabel - pemeriksaan barthel indeks 3.3 - Konsulkan kembali		
7.	Rabu, 13-Juli-2022	- ACC - Lanjutkan BAB IV - Konsulkan cover,lembar pengesahan, abstrak kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar lampiran		
8.	Kamis, 14-Juli-2022	- Konsulkan BAB IV - Perbaiki abstrak dan daftar tabel - Konsulkan Kembali		

9.	Senin, 18-Juli-2022	- ACC - Konsulkan keseluruhan (KTI siap untuk diujikan)		
----	------------------------	--	---	---



DATA PRIBADI

Nama : Dzikri Zaki Nur Ramdhani

NIM : KHGA19054

Tempat/Tanggal lahir : Garut, 28 November 2000

Jenis kelamin : Laki-laki

Status perkawinan : Belum menikah

Agama : Islam

Alamat : Kp.Karangmulya, RT.01/RW.04, Ds.Sindanggalih,
Kec.Karagtengah, Kab.Garut

Motto : "Gapailah ambisi setinggi langit! Bermimpilah setinggi
langit! Ketika kamu jatuh, kamu akan jatuh di antara
bintang-bintang" (Soekarno).

Riwayat Pendidikan : 1. SDN 2 SINDANGGALIH
2. SMPN 1 KARANGTENGAH
3. MAN 1 GARUT
4. STIKes KARSA HUSADA GARUT

