

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN
HIPERTESNI PADA KATZ INDEKS G DI KAMPUNG
CIKAMPIL RT/RW 03/07 DESA NGAMPLANG KECAMATAN
CILAWU KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun oleh:

LISA HAERUNNISA

NIM: KHGA19024



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

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN HIPERTESNI
PADA KATZ INDEKS G DI KAMPUNG CIKAMPIL RT/RW 03/07
DESA NGAMPLANG KECAMATAN CILAWU KABUPATEN
GARUT**

NAMA : LISA HAERUNNISA

NIM : KHGA19024

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Siap Untuk Diujikan

Dihadapan Penelaah Program Studi D III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2022

Menyetujui

Pembimbing

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

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL :ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN
HIPERTESNI PADA KATZ INDEKS G DI KAMPUNG
CIKAMPIL RT/RW 03/07 DESA NGAMPLANG KECAMATAN
CILAWU KABUPATEN GARUT**

NAMA : LISA HAERUNNISA

NIM : KHG.A.19024

Garut, Juni 2021

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

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

Susan Susyanti, M.Kep.

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

Mengesahkan
Pembimbing

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

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

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS G DI KAMPUNG CIKAMPIL RT/RW 03/07 DESA NGAMPLANG KECAMATAN CILAWU KABUPATEN GARUT

Di Indonesia berdasarkan data riskeddas 2018, prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 34,1%. Hipertensi merupakan suatu keadaan yang menyebabkan tekanan darah tinggi secara terus-menerus dimana tekanan sistolik lebih dari 140 mmHg .tekanan diastolic lebih dari 90 mmHg. Mengingat komplikasi yang dapat ditimbulkan apabila penyakit hipertensi tidak segera ditangani dan diobati bisa menyebabkan penyakit jantung, stroke, dan berlanjut kematian.tujuan dari penulisan ini di harapkan penulis dapat mempunyai pengalaman yang nyata dalam melaksanakan perawatan pada lansia serta penulis paham giaman memberikan kebutuhan dasara lansia baik secara bio, psiko, social saupun spiritual. Dan juga penulis berharap klien dapat memahamai apa itu hipertensi, gimana cara penanggulangan hipertensi dan masih banyak lagi. Masalah yang di temukan yaitu: nyeri akut b.d hipertensi, intoleransi aktivitas b.d kelemahan dan drfisit pengetahuan b.d kurangnya terpapar informasi. Hal ini sejalan dengan teori namun, beberapa data, masalah, intervensi yang ada dalam teori tidak ditemukan hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya : karena manusia adalah makhluk yang unik, sehingga proses perawatan yang dilakukan pada setiap individu beerbeda. Kesimpulannya penulis dapat melakukan Asuhan Keperawatan pada Ny. M dengan hipertensi pada katz indeks G di Puskesmas Cilawu.

Kata kunci : hipertensi

Daftar pustaka : 14 buah

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS G DI KAMPUNG CIKAMPIL RT/RW 03/07 DESA NGAMPLANG KECAMATAN CILAWU KABUPATEN GARUT”** yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan program studi D-III Keperawatan dan memperoleh gelar ahli madya keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Penyusunan karya tulis ilmiah ini masih banyak sekali kekurangan dan kelemahan dan juga juga terdapat hambatan serta rintangan dalam penyusunan ini, tetapi bukan merupakan suatu halangan bagi penulis bahkan menjadi suatu tantangan sekaligus pelajaran dan pengalaman untuk menabuh wawasan dan percaya diri.

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

1. DR, H. Hadiat, MA selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H . Saepudin, S.sos, M.M.Kes selaku pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.

3. H. Engkus, S.kep, M. kes selaku ketua stikes karsa husada garut.
4. K Dewi Budiarti, S.kep, M.kep. selaku ketua prodi D III keperawatan
5. Dr. H. Dian Roslan H, S.kep, M kes . selaku pembimbing saya yang telah banyak memberikan bimbingan, saran dan arahan dengan penuh kesabaran, kasih sayang dan penuh tanggung jawab kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Seluruh dosen serta staf program studi D III Keperawatan STIKes karsa husada garut yang telah memberikan ilmu serta mendidik penulis selama mengikuti perkuliahan.
7. Keluarga pasien NY. M yang telah bersedia menjadi klien dalam mengambil kasus karya tulis ilmiah ini, semoga sehat selalu.
8. Kepada yang tersayang kedua orang tua tercinta, dan kaka tercinta yang dengan ketulusan hatinya tidak pernah lelah, dan tidak putus asa serta terus menerus mendoakan, memberikan semangat, dan memberikan dukungan baik moral maupun materi.
9. Sahabat terdekat, firda fahrani, salima nurul husaeni, reni, dan siti hapipah nurhasanah serta orang-orang tercinta yang senantiasa berkerjasama dalam suka dan duka. Semoga sukses selalu.
10. Rekan-rekan mahasiswa/i program studi D III keperawatan STIKes karsa husada garut khususnya kelas A.
11. Seluruh pihak terkait yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang turut membantu, sehingga laporan ini dapat diselesaikan dengan tepat waktu.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna oleh karena itu penulis mengharpkan kritik dan saran yang beripat membangun untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat. Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah membantu penulsi dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Aamiin.

Garut, juni 2022

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBARAN PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN	xixi
DAFTAR LAMPIRAN	
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang	1
B. Tujuan penulisan	6
C. Metode telaahan	6
D. Sistematis penulisan	7
BAB II TINJAUAN TEORITIS	9
A. Konsep dasar lansia.....	9
1. Definisi lansia	9
2. Batasan lanjut usia	9
3. Tipe lansia	10
4. Proses menua	11
5. Faktor faktor yang mempengaruhi proses menua	11
B. Konsep dasar penyakit	13
1. Definisi Hipertensi	13

2. Etiologi	14
3. Klasifikasi.....	16
4. Manifestasi Klinis	17
5. Patofisiologis	17
6. Patway	18
D. Diagnosa keperawatan	33
E. Intervensi	34
F. Implementasi.....	40
G. Evaluasi	41
H. Dokumentasi	42
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	43
A. Tinjauan Kasus	43
B. Analisis data	56
C. Diagnosa	58
D. Perencanaan, Implementasi dan evaluasi	63
E. Catatan Perkembangan	65
F. Pembahasan	69
1. Tahap pengkajian	69
2. Tahap diagnose	72
3. Tahap perencanaan	70
4. Tahap implementasi	70
5. Tahap evaluasi	72
6. Tahap dokumentasi	73

BAB IV EVALUASI DAN REKOMENDASI	74
A. Kesimpulan	74
B. Rekomendasi	76
DAFTAR FUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Table 1.1 Jenis jenis penyakit yang di derita lansia di puskesmas cilawu pada tahun 2021	5
Table 2.1 Kriteria derajat hipertensi menurut nurarif 2015	16
Table 2.2 Pengkajian fungsional dengan menggunakan katz indeks	27
Table 2.3 Barter indeks pemeriksaan	29
Table 2.4 Pengkajian status mental Short portable mental status questioner (SPMSQ)	31
Table 2.6 Pengkajian kognitif dari fungsi mental dengan menggunakan MMSE (mini mental status exam)	
Table 3.1 Kegiatan sehari hari (ADL)	49
Table 3.2 Pengkajian fungsional dengan menggunakan katz indeks	51
Table 3.3 Barter indeks pemeriksaan	52
Table 3.4 Pengkajian status mental (short portable mental status questioner(SPMSQ))	53
Table 3.5 Pengkajian kognitif dari fungsi mental dengan menggunakan MMSE (mini mental status exam)	
Table 3.6 Analisis data	56

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 satuan acara penyuluhan (SAP)

Lampiran 2 leaflet

Lampiran 3 lembar bimbingan

Lampiran 4 riwayat hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut World Health Organization (WHO), lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut Aging Process atau proses penuaan.

Komposisi penduduk tua bertumbuh pesat baik di Negara maju maupun Negara berkembang yang disebabkan karena adanya angka harapan hidup. Secara global populasi lansia diprediksi terus mengalami peningkatan (kemenkes, 2017).

Pada lanjut usia terjadi kemunduran fungsi tubuh dimana salah satunya adalah kemunduran fungsi kerja pembuluh darah penyakit yang sering dijumpai pada lansia yang disebabkan karena kemunduran fungsi kerja pembuluh darah yaitu salah satunya hipertensi atau tekanan darah tinggi. Tekanan darah tinggi merupakan salah satu penyakit degenerative tingkat morbiditas dan mortalitas tinggi. Tekanan darah tinggi merupakan suatu penyakit akibat meningkatnya tekanan darah arteri sistemik baik sistolik maupun diastolis (Artelita, 2014)

Menurut undang-undang no 36 tahun 2009 tentang kesehatan, upaya pemeliharaan kesehatan bagi lanjut usia harus ditunjukkan untuk menjaga agar

tetap hidup sehat dan produktif secara social dan ekonomi. Selain itu, pemerintah wajib menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan dan memfasilitasi kelompok lansia untuk tetap dapat hidup mandiri dan produktif, sementara itu, penyakit terbanyak pada lansia untuk penyakit yang tidak meular antar lain hipertensi, masalah gigi, penyakit sendi, masalah mulut, penyakit jantung dan stroke (kholifah,2016)

Menurut WHO di kawasan asia tengara populasi lansia sebesar 8% atau sekitar 142 jiwa. Pada tahun 2050 diperkirakan populasi lansia meningkat menjadi 3 kali lipat dari tahun ini. Pada tahun 2000 jumlah lansia sekitar 5,300,000 (7,4%) dari total populasi, dan tahun 2010 jumlah lansia 24,000,000 (9,77%) dari total populasi, dan tahun 2020 diperkirakan jumlah lansia mencapai 28,000,000 (11,34%) dari total populasi. Tahun 2016 indonesia punya 22,6 juta lansia atau 8,75% penduduk dengan umur tengah 28 tahun. Diperkirakan pada tahun 2030, jumlah itu akan naik 41 juta orang atau 13,82% penduduk dengan umur tengah 32 tahun (badan pusat statistic, 2016). Di Indonesia 11 provinsi dengan persentase lansia lebih dari 7%. Provinsi Sumatra barat mencapai angka 44.403 orang dengan jumlah populasi terbanyak di kota padang dengan jumlah 28.896 (badan pusat statistik, 2015).

Berdasarkan hasil proyeksi penduduk tahun 2010-2032, jumlah penduduk lansia di jawa barat pada tahun 2017 sebanyak 4,16 juta jiwa, sedangkan pada tahun 2015 jumlah penduduk lansia sebanyak 3,77 juta jiwa. Pada tahun 2021 penduduk lansia di jawa barat diperkirakan sebanyak 5,07 juta jiwa atau sebesar 10,04% dari penduduk total jawa barat.

Kondisi ini menunjukkan bahwa Jawa Barat sudah memasuki *ageing population* (Badan Pusat Statistik 2017).

Berdasarkan hasil proyeksi penduduk tahun 2015, jumlah penduduk lansia di Kota Garut pada tahun 2015 sebanyak 227,642 jiwa, dengan jumlah prediksi umur 60-64 sebanyak 80,367 jiwa, umur 65-69 sebanyak 57,719 jiwa, umur 70-75 sebanyak 41,988 jiwa, dan umur 75+ sebanyak 47,568 jiwa (Badan Pusat Statistik 2015).

Hipertensi merupakan suatu keadaan yang menyebabkan tekanan darah tinggi secara terus-menerus dimana tekanan sistolik lebih dari 140 mmHg, tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg. Hipertensi atau penyakit darah tinggi merupakan suatu keadaan peredaran darah meningkat secara kronis. Hal ini terjadi karena jantung bekerja lebih cepat memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi di dalam tubuh (Irianto 2014).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri. Dimana hiper yang artinya berlebihan, dan tensi yang artinya tekanan/tegangan, jadi hipertensi merupakan gangguan pada sistem peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah di atas nilai normal (Muskular dan Djafar, 2021).

Di Indonesia berdasarkan data Riskesdas 2018, prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 34,1% di provinsi Jawa Barat. Di provinsi Jawa Barat, berdasarkan data Riskesdas tahun 2013, prevalensi hipertensi yang didapatkan melalui pengukuran pada umur >18 tahun merupakan provinsi ke-4 dengan kasus hipertensi terbanyak (29,4%) setelah Bangka Belitung (30,9%).

Kalimantan selatan (30,8%). Dan Kalimantan timur (29,6%) (riskesdas 2013). Sedangkan pada tahun 2018, Jawa Barat menduduki urutan ke dua sebagai provinsi dengan kasus hipertensi tertinggi di Indonesia yaitu sebesar 39,6% setelah Kalimantan selatan yaitu sebesar 44,1% dan untuk Garut pada tahun 2016 sebanyak 71,776 orang (11%) (riskesdes, 2018)

Peran perawat disini yaitu memberikan pelayanan perawatan pada Pasien yang membutuhkan sesuai dengan prinsip dan etika perawat. Sebagai care provider, perawat dapat memberi bantuan fisik maupun psikologi bagi pasien agar kondisi kesehatan membaik.

Hal ini tentu sangat butuh perhatian dari pihak kesehatan dan harus segera ditindak lanjuti agar tidak semakin banyak atau bertambahnya jumlah kasus, karena penyakit ini mempunyai dampak yang sangat berbahaya seperti stroke, penyakit pembuluh darah perifer, disfungsi seksual, kerusakan pada ginjal, kerusakan pada jantung, kerusakan pada mata, dan masih banyak lagi dampak yang akan terjadi. Untuk itu sangat diperlukan peran perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan segi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Perawat juga harus melakukan penyuluhan kepada atau edukasi kepada klien maupun keluarga agar bisa mencegah terjadinya hipertensi, dan keluarga mampu memberikan diet hipertensi atau mengetahui apa saja yang akan menyebabkan terjadinya hipertensi itu sendiri.

Di bawah ini adalah prevalensi jumlah penyakit lansia yang ada di Puskesmas Cilawu Garut 2021.

**Tabel 1.1 Data 10 besar penyakit pada lansia
Di puskesmas cilawu garut priode 2021**

No	Jenis penyakit	Jumlah Penderita
1	Mylagia	189
2	Infeksi saluran pernafasan	175
3	Hipertensi	173
4	Diare dan gastro enterisis	163
5	Tukak lambung	157
6	Gout artuistis	145
7	Rheumatoid asrthistik	139
8	Migren dan sakit kepala	89
9	Diabetes mellitus tidak epektif	67
10	Demam typoid	59

Sumber : Data 2021 Puskesmas Cilawu

Dilihat dari laporan puskesmas cilawu ternyata hipertensi mensusuki peringkat ketiga dengan jumlah pasien 173 orang yang menderita hipertensi, maka dari itu harus memerlukan penanganan yang cepat karena di khawatirkan akan menyebabkan resiko yang lebih berat seperti stroke, dan untuk mencegah terjadinya peningkatan hipertensi pada lansia.

Berdasarkan latar belakang penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN HIPERTESNI PADA KATZ INDEKS G DI KAMPUNG CIKAMPIL RT/RW 03/07 DESA NGAMPLANG KECAMATAN CILAWU KABUPATEN GARUT”**

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Setelah menyelesaikan karya tulis ilmiah ini di harapkan penulis dapat mempunyai pengalaman yang nyata dalam melaksanakan perawatan pada lansia serta penulis paham giaman memberikan kebutuhan dasara lansia baik secara bio, psiko, social saupun spiritual. Dan juga penulis berharap klien dapat memahamai apa itu hipertensi, gimana cara penangulangan hipertensi dan masih banyak lagi.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian, menentukan dan memprioritaskan masalah klien lanisa dengan hipertensi
- b. Mampu membuat diagnose kepearwatan priotas masalah yang timbul pada pasien.
- c. Mampu merencanakan tindakan sesuai diagnose keperawatan yang ada pada pasien
- d. Mampu melakukan evaluasi pada klien
- e. Mampu mendokumentasikan proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan

C. Metode Telaahan

Penyusunan dan penulisan karya tulis ini menggunakan metosde study kasus dengan pendekatan proser keperawatan pada lansia yang tertuju pada penangulangan massalah yang muncul pada amsa sekarang. Adapun teknik teknik yang digunakan untuk menumpulkan data sebagain berikut:

1. Wawancara

Data yang penulis dapat salah satu dengan dengan teknik wawancara baik pada klien atau pada keluarga klien yang tau mengenai masalah pada lansia.

2. Observasi

Observasi adalah pengumpulan data hasil pengamatan tentang kondisi klien dalam rangka asuhan keperawatan. Metode pengambilan data yang menggunakan indra penglihatan untuk mengamati kondisi fisik klien.

3. Pemeriksaan fisik

Data data selanjutnya penulis dapatkan langsung dengan pemeriksaan fisik secara sistematis dengan menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi, pengkajian fungsional katz indeks. Short portable mental status questionnaire (SPMSQ) dan mini mental status exam (MMSE).

4. Studi dokumentasi

Mendokumentasikan atau mengumpulkan data yang telah didapatkan dari klien dan dari keluarga klien.

5. Studi pustaka

Penulis mengambil sumber-sumber yang berkaitan erat atau relevan dengan masalah yang dihadapi pada klien yaitu hipertensi.

D. Sistematika Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah penulis menggunakan sistematika penulisan yang terdiri dari 4 bab, yaitu sebagai berikut:

BAB I pendahuluan, penulis mengemukakan latar belakang, tujuan, metode telaahan serta sistematika penulisan

BAB II tinjauan teori penulis mengemukakan yang berisi konsep dasar lansia, konsep dasar penyakit hipertensi , konsep dasar asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi

BAB III tinjauan kasus dan pembahasan, yang berisis tentang pembahasan yang di temukan di lapangan yaitu kesenjangan antara teori dan fakta yang berbeda serta di cari pemecahannya dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan.

BAB IV berisi tentang keseluruhan atau kesimpulannya

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Definisi Lanjut Usia

Menurut World Health Organization (WHO), lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut Aging Process atau proses penuaan.

Lansia adalah seseorang yang telah berusia lebih dari 60 tahun dan tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk mememnuhi kebutuhan hidupnya sehari hari (Ratnawati, 2017).

2. Batasan Lansia

a. Menurut WHO 2013

- 1) Usia pertengahan (middle age), yaitu kelompok usia 45-54 tahun.
- 2) Lansia (elderly), yaitu kelompok usia 55-65 tahun.
- 3) Lansia muda (young old), yaitu kelompok usia 66-74 tahun.
- 4) Lansia tua (old), yaitu kelompok usia 75-90 tahun.
- 5) Lansia sangat tua (very old), yaitu kelompok usia lebih dari 90 tahun.

b. Menurut Dep. Kes. RI 2013

Menurut Depkes RI (2013) klasifikasi lansia terdiri dari:

1. Pra lansia yaitu seseorang yang berusia antara 45-59 tahun

2. Lansia ialah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
3. Lansia resiko tinggi ialah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
4. Lansia potensial ialah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
5. Lansia tidak potensial ialah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

3. Tipe Lansia

Beberapa tipe lansia pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonominya (Nugroho, 2012). Tipe lansia tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut:

a) Tipe Mandiri

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

b) 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.

c) Tipe Tidak Puas

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

d) Tipe Pasrah

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

e) Tipe Bingung

Kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif, dan acuh tak acuh.

4. Proses Menua

Menurut (Nugroho, 2012) proses menua diartikan sebagai suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang di derita. Proses menua merupakan suatu proses fisiologis yang berlangsung perlahan-lahan dan efeknya berlainan pada tiap individu. Memasuki usia tua banyak mengalami kemunduran misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit keriput karena berkurangnya bantalan lemak, gigi mulai ompong, aktivitas menjadi lambat, nafsu makan berkurang dan kondisi yang lain juga mengalami kemunduran.

5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Proses Menua

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

a. Hereditas atau Genetik

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

b. Nutrisi/Makanan

Berlebihan atau kekurangan mengganggu keseimbangan reaksi kekebalan

c. Status Kesehatan

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

d. Pengalaman Hidup

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

e. Lingkungan

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

f. Stress

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

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang (Kemenkes.RI, 2014).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri. Dimana hiper yang artinya berlebihan, dan tensi yang artinya tekanan/tegangan, jadi hipertensi merupakan gangguan pada system peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah diatas nilai normal (Muskular dan Djafar,2021)

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf. ginjal dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah. makin besar pula resikonya (Nurarif, 2016).

2. Etiologi

Dari seluruh kasus hipertensi 90% adalah hipertensi primer. Beberapa faktor yang diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi primer seperti berikut ini. (Udjianti, 2013).

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

2. Jenis kelamin dan usia

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

3. Diet

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

4. Berat badan (obesitas).

Berat badan > 25% diatas ideal dikaitkan dengan berkembang nya hipertensi.

5. Gaya hidup

Merokok dan konsumsi alkohol dapat meningkatkan tekanan darah.

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

- a. Penggunaan kontrasepsi hormonal

Obat kontrasepsi yang berisi esterogen dapat menyebabkan hipertensi melalui mekanisme renin-aldosteron-mediated volume expansion.

Dengan penghentian obat kontrasepsi, tekanan darah normal kembali secara beberapa bulan.

b. Penyakit parenkim dan vaskuler ginjal

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

c. Gangguan endokrin

Disfungsi medula adrenal atau korteks adrenal dapat menyebabkan hipertensi sekunder. Adrenal-mediated hypertension disebabkan kelebihan primer aldosteron, kortisol dan katekolamin. Pada aldosteronisme primer, kelebihan aldosteron menyebabkan hipertensi dan hipokalemia.

d. Coarctation aorta (penyempitan pembuluh darah aorta)

Merupakan penyempitan aorta kongenital yang mungkin terjadi beberapa tingkat pada aorta torasik atau abdominal. Penyempitan menghambat aliran darah melalui lengkung aorta dan mengakibatkan peningkatan darah di atas area kontriksi.

e. Kehamilan

naiknya tekanan darah saat hamil ternyata dipengaruhi oleh hormon estrogen pada tubuh. Saat hamil kadar hormon estrogen di dalam

tubuh memang akan menurun dengan signifikan. Hal ini ternyata biasa menyebabkan sel-sel endotel rusak dan akhirnya menyebabkan munculnya plak pada pembuluh darah. Adanya plak ini akan menghambat sirkulasi darah dan pada akhirnya memicu tekanan darah tinggi.

f. Merokok

Merokok dapat menyebabkan kenaikan tekanan darah karena membuat tekanan darah langsung meningkat setelah isapan pertama, meningkatkan kadar tekanan darah sistolik 4 milimeter air raksa (mmHg). Kandungan nikotin pada rokok memicu syaraf untuk melepaskan zat kimia yang dapat menyempitkan pembuluh darah sekaligus meningkatkan tekanan darah

3. Klasifikasi

Secara klinis hipertensi dapat di klasifikasikan menjadi beberapa kelompok yaitu:

Table 2.2 Klasifikasi Hipertensi

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

Sumber : (Nurarif, 2015)

4. Manifestasi klinis

Menurut Nanda Nic-Noc (2016). Tanda dan Gejala Hipertensi adalah :

- a. Mengeluh sakit kepala, pusing
- b. Lemas, kelelahan
- c. Sesak Nafas
- d. Gelisah
- e. Mual
- f. Muntah
- g. Epistaksis (Mimisan)
- h. Kesadaran Menurun

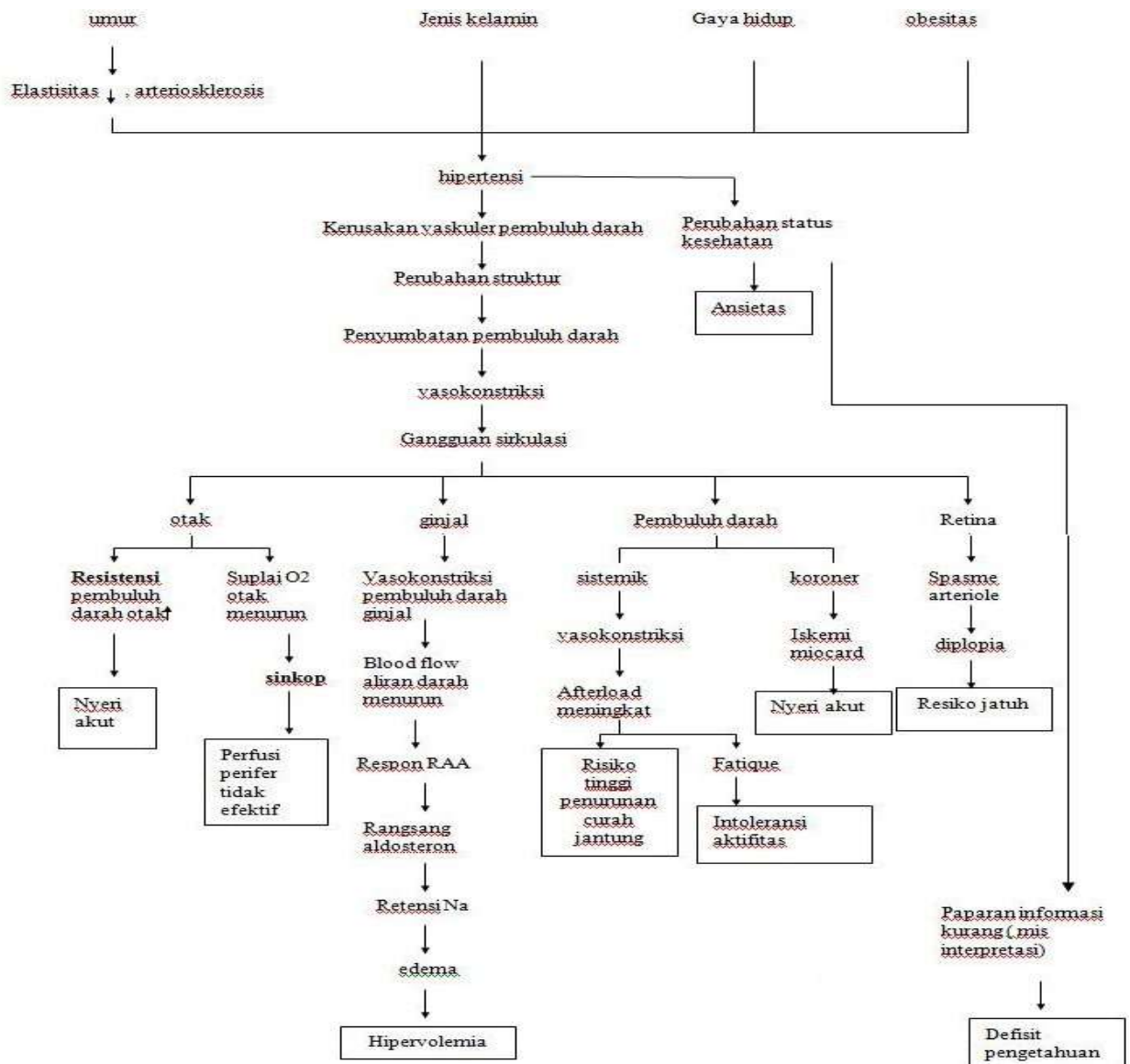
5. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor inibermula saraf simpatis, yang berlanjut berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini,neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepinefrin, meskipun

tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi (Smelttzer, 2014).

6. Pathway

Bagan 2.1 Pathway



c. Otak

Komplikasi berupa stroke dan serangan iskemik. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri - arteri yang memperdarahi otak

mengalami hipertrofi dan menebal sehingga aliran darah ke daerah yang diperdarahi berkurang.

d. Mata

Komplikasi berupa perdarahan retina, gangguan penglihatan, hingga kebutaan.

e. kerusakan pada pembuluh darah arteri

Jika hipertensi tidak terkontrol, dapat terjadi kerusakan dan penyempitan arteri atau yang sering disebut dengan ateroklorosis dan arterosklerosis (pengerasan pembuluh darah).

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (Nur arif dan kusuma, 2015)

1. Pemeriksaan Laboratorium

- a) Hb/Ht : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti hipokoagulabilita, anemia.
- b) BUN /kreatinin : memberikan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal.
- c) Glukosa : Hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
- d) Urinalisa : darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.
- e) CT scan : Mengkaji adanya tumor cerebral, encephalopati
- f) EKG :dapat menunjukkan pola rengangan, dimana luas,peninggian

gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi

- g) IUP : mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti : Batu ginjal, perbaikan ginjal.
- h) Photo dada : menunjukkan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

9. Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan nonfarmakologis dengan modifikasi gaya hidup sangat penting dalam mencegah tekanan darah tinggi dan merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan mengobati tekanan darah tinggi , berbagai macam cara memodifikasi gaya hidup untuk menurunkan tekanan darah yaitu : (Aspiani, 2014)
- b. Pengaturan diet
 - 1) Rendah garam
 - 2) Diet tinggi kalium
 - 3) Diet kaya buah sayur.
 - 4) Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya jantung koroner.
- c. Penurunan berat badan
- d. Olahraga teratur seperti berjalan, lari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki keadaan jantung.
- e. Memeperbaiki gaya hidup yang kurang sehat dengan cara berhenti merokok dan tidak mengkonsumsi alkohol

f. Penatalaksanaan Farmakologis

- 1) Terapi oksigen
- 2) Pemantauan hemodinamik
- 3) Pemantauan jantung
- 4) Obat-obatan

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

pengkajian merupakan salah satu komponen proses keperawatan yaitu suatu usaha yang dilakukan oleh perawat untuk mengenali permasalahan klien. Pengkajian adalah prosedur sistematis berupa pengumpulan, verifikasi, dan komunikasi data tentang klien. Proses pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis dengan mengumpulkan data individu secara komprehensif terkait aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual, (Hanifah Regita Pulungan, 2019)

a. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah mengumpulkan informasi yang sistematis tentang klien termasuk kekuatan dan kelemahan klien. Data dikumpulkan dari klien, keluarga, orang terdekat, masyarakat, grafik dan rekam medik (Sugiono, 2011).

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 di perjelas dengan PQIRST :

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

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

Region : Di daerah mana nyeri dirasakan, apakah menyebar

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

Time : Kapan waktunya mulai terjadi keluhan

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

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

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

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

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 Penginderaan (penglihatan)

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

c) Sistem pernafasan

Frekuensi pernafasan kemungkinan akan meningkat.

d) Sistem Kardiovaskuler

Peningkatan tekanan darah dan peningkatan denyut nadi.

e) Sistem Gastrointestinal

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

f) Sistem Integumen

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

g) Sistem Muskuloskeletal

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

h) Sistem Genitourinaria

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

i) Sistem Neurologi

1) Nervus I (*Olfactorius*) =Penciuman.

2) Nervus II (*Opticus*) = Penglihatan.

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

- 4) Nervus IV (*Thorchlearis*) = Gerak bola mata ke atas ke bawah.
- 5) Nervus V (*Trigeminus*)= Sensori kulit wajah, penggerak otot rahang.
- 6) Nervus VI (*Abdusen*) = Gerak bola mata ke samping.
- 7) Nervus VII (*Facialis*) = Ekpresi fasial dan pengecapan.
- 8) Nervus VIII (*Glosopharingeus*)= Gangguan pengecapan, kemampuan menelan, gerak lidah.
- 9) Nervus IX (*Vagus*) = Sensasi faring, gerak vital suara.
- 10) Nervus X (*hipoglossus*) = Posisi lidah.
- 11) Nervus XI (*Accesorius*) = Gerakan kepala dan bahu.

6) Pengkajian Psikososial

Menurut (*Marilynn E. Donges 2013*) yang perlu di kaji pada pasien hipertensi, riwayat perubahan keperibadian, 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 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 Spiritual yaitu tentang keyakinan nilai nilai ketuhanan yang dianut, keyakinan akan kematian, kegiatan keagamaan dan harapan klien.

8) Pemeriksaan Penunjang

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

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

Foto 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 di dasarkan 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 (Maryam, R. Siti, dkk, 2011).

Table 2.2 Pengkajian fungsional denngan 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
- (8) Lainnya : tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat di klasifikasikan sebagai C, D, E, dan F

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 pasien yang mengalami gangguan keseimbangan, dan menggunakan 10 indikator.

Table 2.3 Barter 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 65-129 : 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

Table 2. 10 Pengkajian status mental (short partable mental status questioner(SPMSQ))

Benar	Salah	No	Pertanyaan
✓		1.	Tanggal Berapa hari
✓		2.	Hari apa sekarang?
✓		3.	Apa Nama tempat ini?
✓		4.	Dimana alamat ini?
✓		5.	Berapa umur anda?

✓		6.	Kapan anda lahir?(Minimal tahun lahir)
✓		7.	Siapa Presiden indonesia sekarang?
✓		8.	Siapa presiden indonesia sebelumnya?
✓		9.	Siapa nama ibu anda?
✓		10.	Kurangi 3 dari 20 dan tetap kurangi sampai 3x pengurangan
$\Sigma =$			

Score total :

Interprestasi hasil :

Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : Kerusakan intelektual ringan

Salah 6-8 : Kerusakan intelektual sedang

Salah 9-10 : Kerusakan intelektual berat

11) Pengkajian Aspek Kognitif dan Fungsi Mental

Table 2.11 Pengkajian kognitif dari fungsi mental dengan menggunakan MMSE (mini mental status exam)

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	2	3	4	5
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar : a) Tahun b) Musim c) Tanggal d) Hari e) Bulan
	Orientasi	5		Dimana kita sekarang berada) a) Negara b) Propinsi c) Kota..... d) PSTW/desa/kampung..... e) 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) a) Obyek b) Obyek c) Obyek
3	Perhatian dan Kalkulasi	5		Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat a) 93 b) 86 c) 79 d) 72 e) 65
4	Mengingat	3		Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 point untuk masing2 obyek.
5	Bahasa	9		Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien (misal jam tangan) (misal pensil) Minta klien untuk mengulang kata berikut: “tak ada jika, dan, atau, tetapi”. Bila benar, nilai satu point. a) 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”. a) Ambil kertas di tangan anda b) Lipat dua c) 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

D. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi klien menurut (Nurarif, 2015) dengan hipertensi :

- a. Penurunan curah jantung b.d peningkatan afterload
- b. Nyeri akut b.d peningkatan tekanan vaskuler selebral dan iskemia
- c. Kelebihan volume cairan

- d. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan
- e. Ketidakefektifan koping
- f. Resiko cedera
- g. Defisiensi pengetahuan
- h. Ansietas
- i. Frepusi friper tidak epektif

E. Intervensi keperawatan

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

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) dan Tim pokja SDKI PPNI (2017)

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (mis:iskemia)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun

Kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066)

1. Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 7 menjadi 2
2. Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang
3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman

Rencana tindakan : (Manajemen nyeri I.08238)

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri

- 2) Identifikasi skala nyeri
 - 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
 - 4) Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
(mis: akupuntur, terapi musik, hipnosis, 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
- b. Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat

Kriteria hasil : Perfusi perifer (L.02011)

1. Nadi perifer teraba kuat
2. Akral teraba hangat
3. Warna kulit tidak pucat

Rencana tindakan : Pemantauan tanda vital (I.02060)

- 1) Memonitor tekanan darah
- 2) Memonitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama)
- 3) Memonitor pernapasan (frekuensi, kedalaman)
- 4) Memonitor suhu tubuh
- 5) Memonitor oksimetri nadi

- 6) Identifikasi penyebab perubahan tanda vital
- 7) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien
- 8) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

c. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat

Kriteria hasil : (keseimbangan cairan L. 03020)

- 1. Terbebas dari edema
- 2. Haluaran urin meningkat
- 3. Mampu mengontrol asupan cairan

Rencana tindakan : (Manajemen hipervolemia I.03114)

- 1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan)
- 2) Monitor intake dan output cairan
- 3) Monitor efek samping diuretik (mis : hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)
- 4) Batasi asupan cairan dan garam
- 5) Anjurkan melapor haluaran urin $<0,5 \text{ mL/kg/jam}$ dalam 6 jam
- 6) Ajarkan cara membatasi cairan
- 7) Kolaborasi pemberian diuretic

d. Intoleransi aktifitas b.d kelemahan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat

Kriteria hasil : toleransi aktivitas (L.05047)

1. Pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari
2. Pasien mampu berpindah tanpa bantuan
3. pasien mengatakan keluhan lemah berkurang

Rencana tindakan : (Manajemen energi I.050178)

- 1) Monitor kelelahan fisik dan emosional
 - 2) Monitor pola dan jam tidur
 - 3) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)
 - 4) Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan
 - 5) Anjurkan tirah baring
 - 6) Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap
 - 7) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara
 - 8) meningkatkan asupan makanan
- e. Defisit pengetahuan b.d kurang minat dalam belajar

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat

Kriteria Hasil : Tingkat pengetahuan (L.12111)

1. Pasien melakukan sesuai anjuran
2. Pasien tampak mampu menjelaskan kembali materi yang disampaikan
3. Pasien mengajukan pertanyaan

Rencana Tindakan : Edukasi kesehatan (I.12383)

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat
- 3) sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- 4) jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- 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

f. Ansietas b.d kurang terpapar informasi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun

Kriteria hasil : Tingkat ansietas (L.09093)

1. Pasien mengatakan telah memahami penyakitnya
2. Pasien tampak tenang
3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman

Rencana Tindakan : Reduksi ansietas (I.09314)

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor)
- 2) Gunakan pendekatan yang tenang dan nyaman
- 3) Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan ,

dan prognosis

g. Resiko penurunan curah jantung d.d perubahan afterload

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat

Kriteria hasil : curah jantung (L.02008)

1. Tanda vital dalam rentang normal
2. Nadi teraba kuat
3. Pasien tidak mengeluh lelah

Rencana tindakan : (Perawatan jantung I.02075)

- 1) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung
(mis: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxymal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)
- 2) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (mis: peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)
- 3) Monitor tekanan darah
- 4) Monitor intake dan output cairan
- 5) Monitor keluhan nyeri dada
- 6) Berikan diet jantung yang sesuai
- 7) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres,
jika perlu
- 8) Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi

- 9) Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap
- 10) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
- h. Risiko jatuh d.d gangguan penglihatan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun.

Kriteria Hasil : Tingkat jatuh (L.14138)

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

Rencana Tindakan : Pencegahan jatuh (I.14540)

- a. Identifikasi factor risiko (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik. Gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)
- b. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi
- c. Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. *Morse scale*, *humpty dumpty*)
- d. Pasang handrail tempat tidur
- e. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpidah.

F. Implementasi

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang di kerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan

(SDKI DPP PPNI, 2018). Perawat melaksanakan dan mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang di susun pada tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respon klien terhadap tindakan tersebut (Kozier dkk 2011).

G. Evaluasi

Evaluasi dapat dibedakan menjadi dua yaitu evaluasi formatif dan sumatif. Untuk evaluasi formatif dapat menggambarkan bahwa hasil observasi dan analisis dari perawat terhadap respon pasien setelah tindakan. Sedangkan untuk evaluasi sumatif dengan cara menjelaskan perkembangan kondisi yaitu dengan cara menilai hasil dari yang diharapkan telah terlaksana atau tercapai (Deswani, 2011). Diharapkan perilaku sesuai anjuran meningkat, verbalisasi minat dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan suatu pengetahuan tentang topik meningkat, kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, pertanyaan tentang masalah yang di hadapi menurun, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun, menjalani pemeriksaan yang tidak dapat menurut, perilaku mebaik (tim pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Evaluasi keperawatan di susun dengan menggunakan SOAP yaitu :

S : Merupakan keluhan utama yang dirasakan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan

O : merupakan salah satu data yang di dapatkan berdasarkan hasil pengukuran yang dilakukan oleh perawat secara langsung kepada klien dan yang di rasakan oleh klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

A : merupakan interpretasi dari data subjektif dan objektif

P : merupakan salah satu perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, di hentikan, dimodifikasi, dan di tambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah di tentukan sbelumnya dan diharapkan tingkat pengetahuan klien meningkat.

H. Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan bisa di buat berdasarkan informasi tertulis atau secara elektronik. Dokumentasi ini menjelaskan tentang perawatan maupun layanan yang di berikan perawat kepada seorang pasien, dengan sistem perawatan kesehatan. (Upik Rahmi, M Kep 2022).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan kasus

1. Pengkajian

Nama	: NY. M
Umur	: 74 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status	: Janda
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Alamat	: Kp. Cikampil RT 03 RW 07. Desa Ngamplang, Kec. Cilawu Kab. Garut
Tanggal pengkajian	: 13 Desember 2021
Suku bangsa	: Sunda
Diagnosa	: hipertensi
Penanggung jawab	: NY. Y
Hubungan dengan klien	: Anak kandung

2. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi

a. Pekerjaan saat ini

Klien mengatakan sudah tidak bekerja seperti dulu lagi karena kondisinya yang sudah tidak memungkinkan.

b. Pekerjaan sebelumnya

Klien mengatakan sebelum sakit klien bekerja sebagai buruh.

c. Sumber pendapatan

Klien mengatakan pendapatannya di dapatkan dari buruh dan tani

d. Kecukupan pendapatan

Klien mengatakan alhamdulillah cukup untuk kehidupan sehari hari
klien

3. Lingkungan tempat tinggal

a. Kebersihan dan kerapian ruangan cukup bersih dan rapih

b. Penerangan di dalam rumah baik

c. Sirkulasin udara di dalam ruangan baik karena di dalamnya terapat
beberapa ventilasi udara

d. Keadaan kamar mandi cukup baik dan air nya bersih

e. Sumber air minum

f. Pembuangan sampah di angkut karena klien mengatakan sekaraang
sudah ada pengelolaan sampah yang pada awalnya sampah akan di
bakar akan tetapi sekarang sudah ada yang menagngkut setiap
seminggu sekali

4. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama dalam satu tahun terakhir

Klien megeluh pusing dan nyeri kepala

b. Gejala yang di rasakan

Klien mengatakan pusing atau nyeri kepala belakang (tengkuk), dada sesak, lemas dan kaki terasa nyeri sehingga sulit untuk di gerakan.

Klien mengatakan rasa nyeri yang dirasakan terkadang mengganggu aktivitasnya. Klien mengatakan nyeri dirasakan saat terlalu banyak melakukan aktivitas (P) Nyeri terasa seperti di tusuk]

tusuk (Q) Klien mengatakan nyeri ditengkuk (R) Klien mengatakan skala nyeri 5 (0-10) (S) Nyeri yang dirasakan hilang timbul (T) Wajah klien tampak meringis saat menahan nyeri. Klien mengatakan sering terbangun pada malam hari. Klien mengatakan tidak pernah tidur siang, karena tidak bisa tidur pada saat siang hari.

c. Faktor pencetus

Karena tekanan darah tinggi dan juga bisa jadi karena faktor usia

d. Upaya mengatasinya

Anak klien mengatakan makanan sudah di kurangi seperti contohnya makanan yang bias mengakibatkan terjadinya hipertensi dan klien juga rutin meminum obat

e. Pergi ke pelayanan kesehatan

Klien mengatakan suka pergi brobat ke klinik terdekat

f. Mengonsumsi obat obatan? obat tradisional?

Klien mengatakan suka minum atau meracik obat obatan tradisional contohnya kunyit, daun salam, daun sirsak dan juga klien terus minum obat dari dokter seperti pereda nyeri atau penurun darah

g. Riwayat kesehatan masalalu

Klien mengatakan dahulu pernah mengalmi penyakit kejepit urat jantung tapi sekarang sudah tidak

h. Riwayat keturunan

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

i. Riwayat alergi

Klien tidak mempunyai alergi terhadap obat akan tetapi klien mempunyai alergi terhadap makanan yang anyir contohnya (ikan, telur, daging)

5. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum : klien tanpak lemah

Kesadaran : compos mentis dengan gcs 15

TTV

TD : 160/100 mmHg S : 36, 5 C

N : 100x/ menit TB : 156 cm

RR : 20x/ menit BB : 34 kg

Permeriksaan persistem

a. System kardiovaskuler

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

b. System pernafasan

Hidung : lubang hidung simetris anta lubang kiri dan kanan, tidak ada
 pernafasan cuping hidung, tanpak bersih, penciuman baik, tidak ada nyeri
 tekan pada hidung.

Paru paru : bunyi paru paru sonor, bunyi nafas vaskuler, irama teratur
 frekuensi 20x/ menit

c. System integumen

Warna kulit sawo matang, kulit keriput, tugor kulit menurun, tidak ada lesi
 bentung kuku cenderung transfaran, kuku pendek dan bersih, CRT + detik
 kembali.

d. System perkemihan

Klien mengatakan tidak ada ada keluhan dalam system perkemihan, dan
 tidak ada nyeri pada saat BAK, klien mengatakan warna urin kuning
 jernih, frekuensi 5-7 kali dalam sehari.

e. System muskuloseletal

Ekstremitas atas : letak tangan simetris antara kanan dan kiri, kekuatan
 otot sudah menurun, tidak ada terdapatn nyeri tekan di ekstremitas atas

Ekstremitas bawah : letak kaki simetris antara kiri dan kanan, repleks (+),
kekuatan otot melemah, terdapat nyeri di ekstermitas bawah

2	2
2	2

f. System endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran getang bening

g. System pencernaan

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

h. System neurologi

1. Nrrrvus I (olfacteorius)

Klien dapat membedakan bau minyak kayuputih dan kopi

2. Nervus II (opcucus)

Klien dapat melihat tulisan tapi tidak terlihat jelas jika tulisan tersebut
kecil

3. Nervus III (oculomotorius)

klien dapat mengerakan bola matanya

4. Nervus IV (tromchlearis)

klien dapat mengerakan bola matanya ke atas ke bawah

5. Nervus V (abdusen)

klien dapat mengerakan bola matanya ke samping kiri kanan

6. Nervus VI (trigeminus)

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

7. Nervus VII (facialis)

klien dapat mengerakan alis dengan cara mengkerutkan dahin

8. Nervus VIII (vestibulococlear) fungsi keseimbangan klien mulai menurun

9. Nervus IX, X (glasopharingeus)

repleks menelan baik

10. Nervus XI (accesorius)

klien dapat mengerakan kedua bahunya denagn cara mengerakan kepalanya

11. Nervus XII (hipoloses)

klien dapat berbicara baik, funsi lidah baik, dapat di gerakan ke segala arah.

6. Aktivitas sehari hari (ADL)

Table 3.1 Kegiatan sehari hari (ADL)

No	Jenis aktivitas	Keterangan
1	Nutrisi a. Makan Jenis Frekuensi Porsi b. Minum Frekuensi Jenis	Nasi, lauk pauk (empe asi) 3x sehari Seperempat porsi Kurang lebih 5 gelas Air putih
2	Pola eliminasi a. Bab Frekuensi Warna b. Bak	2x / hari tidak menentu Khas peses

	Frekuensi Warna	6-7 x sehari Kuning terang
3	Pola istirahat tidur a. Tidur siang Berapa lama b. Tidur malam Berapa lama	Kadang kadang 20:00 – 04 : 00
4	Personal hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas	1x sehari 2x sehari 2x dalalam seminggu
5	Pola aktivitas Kebiasaan	Semua aktivitas di bantu

7. Pengkajian spiritual

Klien mengatakan melakukan shalat 5 waktu dan selalu membaca al-quran setiap waktu luang

8. Pengkajian emosional

a. Aspek social

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

b. Identifikasi masalah emosiaonal

Pertanyaan tahap 1 :

- 1) Apakah klien sukar tidur ? ya
- 2) Apa klien suka merasa gelisah ? ya
- 3) Apa klien sering murung ? tidak
- 4) Apakah klien sering khawatir? Tidak

Pertanyaan tahap II :

- 1) Adakah keluhan lebih dari 3 bulan dalam satu bulan terakhir?

Ya

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

Ya

3) Adakah masalah atau keluhan ? ya

4) Adakah gangguan atau masalah dengan anggota keluarga? Tidak

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

6) Apakah klien cenderung mengurung diri? Tidak

9. Pengkajian pugsional

a. KATZ indeks

Table3.2 Pengkjian fungsional dengan menggunakan katz indeks

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

Kesimpulan : NY. M termasuk ke dalam katz indeks G karena semua aktifitas yang klien lakukan membutuhkan bantuan atau bantuan penuh

b. Bartel indeks

Table 3.3 Barter indek pemeriksaan

NO	KRITERIA	DENGAN BANTUAN	MANDIRI	KETERANGAN
1	2	3	4	5
1.	Makan	5		Frekwensi : 3x sehari Jumlah: seperempat porsi Jenis : nasi lauk pauk (empe asi)
2.	Minum	0	10	Frekwensi : kurang lebi 5 gelas perhari Jumlah : Jenis : air ptih
3.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya	5		
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	5		Frekwensi : Frekuensi 2x perhari
5.	Keluara masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5		
6.	Mandi	5		Frekwensi : 1x sehari
7.	Jalan di permukaan datar	0	5	
8.	Naik turun tangga	5	0	
9.	Mengenakan pakaian	5	0	
10.	Kontrol BAB	5	0	Frekwensi : 2x sehari Konsistensi : padat
11.	Kontrol BAK	5	0	Frekwensi : 6-7x / hari Warna : kuning terang

12.	Olahraga/latihan	0	0	Frekwensi : Jenis :
13.	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	0	Frekwensi : Jenis : nonton tv mendengarkan music

Jumlah skor 55

Di lihat dari data di atas maka dapat di lihat NY. M ketergantungan total karena mendapatkan skor <65 yaitu dengan skor 55

c. SPMSQ

Table 3.4 Pengkajian status mental (short partable mental status questioner(SPMSQ))

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

NY. M memiliki score yang salah 3, berarti memiliki fungsi intelektual utuh.

d. MMSE

Table 3.5 Pengkajian kongnitif dari fungsi metal dengan menggunakan MMSE (mini mental status exam)

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	2	3	4	5
1	Orientasi	5	2	Menyebutkan dengan benar : 1) Tahun 2) Musim 3) Tanggal 4) Hari 5) Bulan
	Orientasi	5	3	Dimana kita sekarang berada) 1) Negara 2) Propinsi 3) Kota..... 4) PSTW/desa/kampung..... 5) Wisma/alamat
2	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (untuk disebutkan) 1) Obyek 2) Obyek 3) Obyek
3	Perhatian dan Kalkulasi	5	2	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat 1) 93 2) 86 3) 79 4) 72 5) 65
4	Mengingat	3		Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 point untuk

				masing2 obyek.
5	Bahasa	9	6	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. 1) Pernyataan benar 2 buah: tak ada, tetapi Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : “Ambil kertas di tangan anda, lipat dua dan taruh di lantai”. 1) Ambil kertas di tangan anda 2) Lipat dua 3) Taruh di lantai Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai 1 point) “Tutup mata Anda” Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar Tulis satu kalimat Menyalin gambar 
NILAI TOTAL				

Ny M mendapatkan skor 16 berarti aspek kognitif klien dan fungsi mental klien yaitu gangguan kognitif berat

Keterangan :

24-30 tidak ada gangguan

18-23 sedang

0-17 berat

B. Analisis Data

Table 3.6 Analisis data

No	data focus	Etiologi	Problem
1	DS : a) Klien mengeluh pusing atau nyeri kepala di bagian tengkuk b) Nyeri seperti di tusuk tusuk c) Klien mengatakan nyeri di rasakan saat terlalu banyak mengatakan d) melakukan aktivitas DO : a) Klien tampak meringis b) Skala nyeri 5 (0-10) c) Klien tampak gelisah d) Klien sering	Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Otak ↓ Resistensi pembuluh darah	Nyeri akut

	memegang kepalanya e) TTV : TD : 160/100 mmHg R : 20x/ menit a. S : 36,5 b. N :100x / menit	↓ Nyeri akut	
2	DS : a) Klien mnegeluh mudah lelah b) Klien mengatakan dalam melakukan aktivitas dibantu DO : a) Klien tanpak dibantu dalam melakukan aktivitas oleh keluarga 2 2 2 2	Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Pembuluh darah ↓ Sistematik ↓ Vasokontriksi ↓ Aftealod meningkat ↓	intoleransi aktivitas

		Fatigue ↓ Intoleransi aktivitas	
3	DS : a) Klien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakitnya b) Klien menanyakan masalah yang di hadpinya DO : a) Klien menunjukan prilaku tidak sesuai anjuran b) Klien menunjukan presepsi yang keliru terhadap masalah c) Klien sering menanyakan mengenai kondisi penyakitnya	Hipertensi ↓ Perubahan status kesehatan ↓ Ansietas ↓ Paparan informasi kurang (mis interpretasi) ↓ Deficit pengetahuan	Deficit pengetahuan

C. Diagnosa

1. Nyeri akut bd hipertensi di tandai dengan :

Ds :

- a. Klien mengatakan pusing atau nyeri kepala di bagian tengkuk
- b. Nyeri seperti di tusuk tusuk
- c. Klien mengatakan nyeri di rasakan saat terlalu banyak melakukan aktivitas

Do :

- a. Klien tampak meringis
- b. Skala nyeri 5 (0-10)
- c. Klien tampak gelisah
- d. Klien sering memegang kepalanya
- e. TTV : TD : 160/100 mmHg

R : 20x/ menit

S : 36,5 C

N : 100x / menit

2. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan ditandai dengan :

DS :

- a. Klien mengeluh mudah lelah
- b. Klien mengatakan dalam melakukan aktivitas dibantu

DO : Klien tampak dibantu dalam melakukan aktivitas oleh keluarga

	2	2
	2	2

3. Defisiensi pengetahuan b.d kurangnya terpapar informasi di tandai dengan :

DS :

- a. Klien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakitnya
- b. Klien menanyakan masalah yang di hadpinya

DO :

- a. Klien menunjukan perilaku tidak sesuai anjuran
- b. Klien menunjukan persepsi yang keliru terhadap masalah
- c. Klien menanyakan mengenai kondisi penyakitnya

D. Perencanaan, implelementasi dan evaluasi

Nama : NY. M
 Umur : 74 tahun
 Diagnosa : hipertensi

No	Diagnosa	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
1	Nyeri akut bd hipertensi ditandai dengan: Ds : -klien mengeluh pusing atau nyeri kepal di bagian tengkuk -nyeri seperti di tusuk tusuk Klien mengatakan nyeri di raskan saat terlalu banyak melakukan aktivitas Do : -klien tanpa meringis -skala nyeri 5(0-10) -klien tanpa gelisah -klien sering memegang kepalany -TTV Td :160/100 R :20x/ menit	Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 1x dalam 24 jam di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Klien mengatakan nyeri berkurang dari 5 menjadi 4 2. Klien menunjukan ekspresi tenang 3. Klien dapat beristirahat dengan tenang	1. Identifikasi lokasin, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan	1. Untuk mengetahui lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas, intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui berapa skala nyeri yang dirasakan pasien 3. Agar pasien dapat mengetahui apa yang dapat memperberat dan memperingan rasa nyeri 4. Untuk memantau	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi,intensitas nyeri. 2. Mengidentifikasi skala nyeri yang dirasakan 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Memberikan	Tgl 14 desember 2021 jam 10 : 00 wib S : nyeri kepala berkurang O : -klien tanpa rileks -tekanan darah diatas normal 140/90 mmHg A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi

	S : 36,5 c N :100x/ menit		nyeri 4. Berikan terapi non farmalogis untuk menguragai rasa nyeri (akupuntur, terapi music, biofedbeck, dzikir, baca al-quran) 5. Anjurkan monitor rasa nyeri secara mandiri	efek samping penggunaan analgetik 5. Agar pasien dapat memonitor nyeri secara mandiri	terapi non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 5. Menganjurkan monitor rasa nyeri secara mandiri	
2	Intoleransi aktivitas bd kelamhan ditandai dengan : -klien mengeluh mudah lelah ketika melakukan aktivitas -klien mengatkan kakinya terasa sakit jika di gerakan -klien mengatakan dalam melakukan semua aktivitas di bantu Do :	Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 1x24 jam keperawatn diharapkan tileransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Klien mampu melkaukan aktivitas sehari hari 2. Klien mampu berpindah	1. Monitor kelelahan fisik atau emosional 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan (tarik nafas, ajak hiling atau jalan	1. Untuk mengetahui keadaan fisik dan emosional pasien 2. Agar nyeri berkurang 3. Untuk mengurangi nyeri	1. Memonitor kelelahan fisik atau emosional 2. Memonitor pola dan jam tidur 3. Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Menanjurkan tirah abring	Tgl 14 desember 2021 iqm 10 : 45 wib S : klien mengeluh masih merasa lelah ketika melakukan aktifitas -klien masih merasakan sakit pada kakinya O : -klien terlihat masih di bantu dalam melakukan aktivitas

	-klien tampak dibantu dalam melakukan aktivitas oleh keluarganya $\begin{array}{r} 2 \ 2 \\ -2 \ 2 \\ \hline \end{array}$	tempat tanpa di bantu 3. Klien mengatkan keluhan kelemahan berkurang	jalan 4. Anjurkan tirah baring 5. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	4. Untuk meminimalkan stimulus dan meningkatkan relaksasi 5. Untuk melatih kekuatan otot	5. Menganjurkan aktivitas secara bertahap	A : masalah belum teratasi P : lanjutkan interveksi
3	Defisit pengetahuan bd kuarang terpaparnya informasi ditandai dengan : Ds : -klien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakitnya -klien menanyakan tentang masalah yang di hadapinya Do : -klien menunjukan prilaku tidak sesuai anjuran -klien menunjukan presepsi yang keliru terhadap masalah	Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 1x24 jam keperawatn di harapkan tingkat penmgetahuan meningkat dengan kriteria ahsil : 1. Klien melakukan sesuai anjuran 2. Klien tampak mampumenjelaskan kemabli materi yang di sampikan 3. Klien mengajukan pertanyaan	1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwlakan pendidikan kesehatan sesuai	1. untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan klien dalam menrima informasi 2. materi dan media pendidikan untuk membantu mempermudah pasien dalam menerima informasi kesehatan 3. untuk membuat kontrak waktu dengan pasien yang di jawalkan	1. mengidentifika si kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. menyediakan materi dan mendia pendidikan 3. menjadwalkan n pendidikan	Tgl 14 desember 2021 jam 11 : 45 wib S: -klien mengatakan paham mengenai penyakitnya O : -klien mampu menjelaskan kembali apa apa yang sudah di jelaskan petugas A : masalah teratasi P : hentikan intervensi

			kesepakatan 4. Beriakan kesempatan untuk bertanya 5. jelaskan faktor resiko yang mempengaruhi kesehatan	4. untuk memberikan kesempatan pada pasien pada pasien untuk bertanya hal yang belum di pahami 5. untuk meningkatkan pemahan klien pada apa saja yang mempengaruhi kesehatan	kesehatan sesuai kesepakatan 4. memberikan kesempatan untuk bertanya 5. menjelaskan faktor resiko yang memprngaruhi kesehatan 6. mengajarkan prilaku hidup bersih dan seahta	
--	--	--	--	--	--	--

E. Catatan Perkembangan

Nama : NY. M

Umur : 74 tahun

Diagnosa : hipertensi

Catatam perkembangan 1

No	Tanggal	Catatan perkembangan	Paraf
1	14 desember 2021 jam 10:00 wib	S : klien mengatakan masih merasa nyeri O : - Skala nyeri 5(0-10) - Td 160/100 - Nadi 100x/ menit A : nyeri akut P : lanjutkan intervensi I : a) Mengidentifikasi skala nyeri yang dirasakan b) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri c) Memberikan terapi non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri d) Menganjurkan monitor rasa nyeri secara mandiri E : masalah belum teratasi	Lisa haerunnisa
2	14 desember 2021 jam 10:45 wib	S : a) klien mengeluh masih merasa lelah ketika melakukan aktivitas b) klien masih merasa sakit pada kakinya O : a) klien terlihat masih di bantu dalam melakukan aktivitas A : intoleransi aktivitas P : lanjutkan intervensi I : a) Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan b) Menanjurkan tirah abring c) Menganjurkan aktivitas secara bertahap E : masalah belum teratasi	Lisa haerunnisa

3	14 desember 2021 jam 11;45 wib	S : klien mengatkan paham mengenai penyakitnya O : klien mampu menjelaskan kembali apa yang sudah petugas jelaskan A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi	Lisa haerunnisa
---	--------------------------------------	---	--------------------

Catatan perkembangan 2

No	Tanggal	Catatan perkembangan	Paraf
1	15 desember 2021 jam 10;00 wib	S : Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang O : a) Skala nyeri 4(0-10) b) Td : 150\90 mmHg c) Nadi 80 x / menit A : nyeri akut P : lanjutkan intervensi I : a) Mengidentifikasi skala nyeri yang dirasakan b) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri c) Memberikan terapi non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri d) Menganjurkan monitor rasa nyeri secara mandiri E : masalah teratasi sebagian	Lisa haerunnisa

2	15 desember 2021 jam 10:30 wib	S : a) klien mengatakan masih merasa lelah saat melakukan aktivitas b) klien mengatakan sakit padakaknya sudah sedikit berkurang O ; Klien tampak masih di bantu dalam melakukan aktivitasnya A : intoleransi aktivitas P : lanjutkan intervensi I : a) Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan b) Menanjurkan tirah abring c) Menganjurkan aktivitas secara bertahap E : masalah teratasi sebagian	
---	--------------------------------------	---	--

Catatan perkembangan 3

No	Tanggal	Catatan perkembangan	Paraf
1	16 desember 2021 jam 10:00 wib	S : klien mengatakan nyeri berkurang O : a) Skala nyeri 3 (0-10) b) Td 140/90 c) 80 x / menit A : nyeri akut P : lanjutkan intervensi I :	Lisa aherunnisa

		a) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri b) Memberikan terapi non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri c) Menganjurkan monitor rasa nyeri secara mandiri E : masalah teratasi sebagian	
2	16 desember 2021 jam 10:30 wib	S : a) klien mengatakan masih merasa lelah saat melakukan aktivitas b) klien mengatakan sakit padakaknya sudah sedikit berkurang O : Klien masih tampak di bantu dalam melakukan aktivitas A : intoleransi aktivitas P : lanjutkan intervensi I : a) Memberikan terapi non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri b) Menganjurkan monitor rasa nyeri secara mandiri E : masalah teratasi sebagian	Lisa aheruinnisa

F. Pembahasan

Dalam pembahasan penulis akan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus selama 4 hari melaksanakan asuhan keperawatan gerontik dengan katz indeks G pad NY. M di kampung cikampil Rt/Rw 03/07 desa ngamplang kecamatan cilawu kabupaten garut, dengan memperhatikan dan menganalisa tinjauan kasus dengan tinjauan teori. Dari hasil perbandingan tersebut akan muncul kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kenyataan, maka perlu beberapa aspek yang harus di bahas mulai dari pengkajian sampai evaluasi.

Salama melakukan pengkajian sampai evaluasi di dapatkan hasil yang nyata sesuai dengan gejala-gejala yang di timbulkan atau yang dapat di lihat dari klien. Dalam penggunaan asuhan keperawatan dalam membantu dalam melakukan praktek atau asuhan keperawatan, menyelesaikan masalah keperawatan klien dan memenuhi kebutuhan klien secara ilmiah, sistematis dan terorganisasi yang melalui tahapan – tahapan berikut :

1. Tahapan pengkajian

pengkajian merupakan salah satu komponen proses keperawatan yaitu suatu usaha yang dilakukan oleh perawat untuk mengenali permasalahan klien. Pengkajian adalah prosedur sistematis berupa pengumpulan , verifikasi, dan komunikasi data tentang klien. Proses pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis dengan mengumpulkan data individu secara komprehensif

terkait aspek biologis, psikologis, social, maupun spriritual, (hanifah regita pulungan, 2019)

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

Berdasarkan hasil pengkajian di lapangan di temukan pada NY. M di temukan tanda dan gejala yaitu nyeri kepala atau tengkuk, klien merasakan gelisah, mudah lelah, penglihatan kabur, nyeri pada kaki tanda tanda tersebut sudah lama klien rasakan sekitar 2 tahunan, klien juga terlihat menanyakan perihai penyakitnya.

2. Tahap diagnose keperawatan

Dalam tinjaun teoritis, diagnosa keperawatn yang muncul pada klien hipertensi menurut PPNI, 2017 adalah :

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

- i. Frekuensi fraktur tidak efektif

Tetapi setelah dilakukan tahapan pengkajian selama 4 hari pada NY. M berdasarkan analisis data yang diperoleh terdapat beberapa masalah keperawatan yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan hipertensi
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- c. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi

Masalah tersebut muncul berkaitan dengan adanya rasa nyeri kepala, adanya kelemahan pada otot, dan kurangnya pengetahuan pada NY. M .

3. Tahapan perencanaan

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

4. Tahap implementasi

Secara umum penulis dapat melakukan tahap implementasi atau pelaksanaan dengan baik, seluruh rencana keperawatan yang dibuat sesuai dengan tujuan, kriteria dan standar hasil meskipun tidak tercapai sebagian, keluarga cukup kooperatif dan terbuka, sehingga penulis mendapatkan kemudahan dalam menyampaikan informasi – informasi

yang ada hubungan dengan masalah penyakit hipertensi dengan melakukan pendidikan kesehatan yang mudah di mengerti, di tunjang dengan memperhatikan serta menyampaikan melalui media seperti gambar gambar yang mudah di pahami keluarga sehingga mudah masuk atau di mengerti keluarga maupun klien meskipun dalam relative waktu yang singkat. Dan dalam melakukan perawatan mudah atau berlansung dnegan baik berkat dukungan keluarga klien dan kemauan klien untuk melakukannya.

5. Tahapan evaluasi

Tahapan ini merupakan untuk meniali sejauh mana hasil yang telah tercapai selama melakukan asuhan keperawatan, apabila di lihat dari kriteria waktu yang di tetapkan dalam tujuan , telah tercapai sebagian di antaranya klien telah mengetahui banyak mengenai apa itu hipertensi. Klien melakukan evaluasi pada tanggal 13-16 desember 2021 dengan hasil diagnose pertama yaitu nyeri akut belum tercapai karena pada diagnose ini harus memerlukan waktu cukup lama untuk menghilangkan nyeri yang di derita oleh klien akan tetapi nyeri berkurang setelah dilakuan perawatn. Diagnose keprawatan kedua yaitu intoleransi aktivitas ini belum belum tercapai karena membutuhkan waktu yang lama untuk memulihkan kembali kelemahan pada pasien akan tetapi kelemahan pada kaki klien sedikit berkurang setelah di lakukan perawatan karena juga di sebab kan usia yang sudah cukup tua jdi agak sulit untuk di pulihkan kembali, karena semua aktivitas klien sudah di bantu oleh keluarganya. Diagnose

keperawatan yang ke tiga yaitu defisiensi pengetahuan alhamdulillah untuk diagnose yang ketiga tercapai klien dan keluarga klien mengetahui apa itu hipertensi, tanda dan gejala hipertensi dan keluarga klien juga mengetahui tentang hipertensi

6. Tahapan dokumentasi

Dokumentasi keperawatan bisa dibuat berdasarkan informasi tertulis atau secara elektronik. Dokumentasi ini menjelaskan tentang perawatan maupun layanan yang diberikan perawat kepada seorang pasien, dengan sistem perawatan kesehatan. (Upik Rahmi, M Kep 2022).

Pada tahapan ini penulis mampu mendokumentasikan semua proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan dari mulai tahap pengkajian hingga tahap evaluasi sesuai dengan teori penulis juga tidak mendapatkan hambatan pada saat melakukan tahapan pendokumentasian pada NY. M sehingga pendokumentasian dapat penulis lakukan dengan baik dan tepat.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan proses asuhan keperawatan yang meliputi tahap pengkajian data, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi serta hasil keperawatan pada NY. M dengan hipertensi katz indeks G maka di dapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Tahapan pengkajian

Dalam melakukan pengumpulan data sangat bergantung pada keterlibatan klien maupun keluarga, komunikasi klien, komunikasi keluarga serta tingkat perkembangan klien, sengg di dapatkan data yang lengkap pada saat pengkajian, serta di dapat di sertai sebagai data yang akurat dan juga benar pada saat dilakukan pelaksanaannya. Dalam pengkajian klien mempunyai beberapa faktor resiko yang mendukung pada penyakit hipertensi yaitu faktor usia.

2. Tahap diagnosa

Diagnosa yang di temukan oleh penulis pada NY. M adalah :

- a. Nyeri akut bd hipertensi
- b. Intoleransi aktivitas bd kelemahan
- c. Defisiensi pengetahuan bd kurangnya terpapar informasi

3. Perencanaan

Dalam merencanakan tindakan diperlukan pengetahuan tentang penyakit atau permasalahan yang muncul serta disesuaikan dengan kebutuhan, dalam merencanakan tindakan pada klien penulis tidak menemukan hambatan, karena pelaksanaan dilakukan dengan tepat waktu sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan antara perawat, mahasiswa, klien dan juga keluarga klien.

Pada tahap perencanaan penulis menetapkan intervensi yang sesuai dengan diagnosa serta situasi dan kondisi yang mengandung untuk mencapai tujuan, perencanaan ditujukan untuk mengatasi rasa nyeri berkurang, intoleransi aktivitas klien baik, dan juga defisiensi pengetahuan klien meningkat atau klien dapat mengetahui dan memahami apa yang dialami klien.

4. Pelaksanaan

pada tahap ini penulis melakukan tahapan asuhan keperawatan pada klien sesuai dengan rencana yang telah ditentukan. Hal yang mendukung dalam asuhan keperawatan dalam kasus ini adalah klien yang dapat diajak kerja sama dengan baik serta ada dukungan keluarga pada saat dilakukannya pelaksanaan keperawatan. Dalam pelaksanaan ini penulis sangat memperhatikan sarana dan prasarana atau juga media untuk dilakukannya tindakan.

5. Tahap dokumentasi

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

6. Evaluasi

Dari tiga masalah yang muncul pada klien, masalah yang dapat diatasi yaitu defisiensi pengetahuan sedangkan nyeri akut dan intoleransi aktivitas hanya dapat diatasi sebagian.

B. Rekomendasi

penulis memberikan asuhan keperawatan kepada NY. M selama 3 hari penulis akan mengumumkan beberapa saran agar membangun kepada pihak-pihak yang bersangkutan diantaranya yaitu:

1. Bagi klien

Diharapkan klien lebih rutin lagi memeriksa kesehatannya ke puskesmas maupun ke klinik. NY. S juga harus menjaga pola makan yang bersipat dapat meningkatkan hipertensi atau tekanan darah tinggi itu kembali naik.

2. Bagi pelayanan kesehatan cilawu

Perlu peningkatan dalam pelayanan dan meningkatkan antara pihak puskesmas dengan seluruh komponen yang bersangkutan, puskesmas juga harus lebih banyak melakukan pendidikan kesehatan khususnya pada lansia terkait obat nonfarmakologi seperti misalkan dalam gaya hidup klien, hipertensi dan aktivitas fisik klien. Karena masih ada klien yang tidak pernah memeriksakan kesehatannya. Pelayanan kesehatan juga

langkah baiknya mengadakan acara khususnya pada pasien lansia seperti mengadakan pemeriksaan tekanan darah gratis.

3. Bagi institute pendidikan

Saya harap supaya dapat ikut serta berpartisipasi atau mengadakan acara seperti melakukan pemeriksaan atau penyuluhan khususnya pada lansia umumnya pada semua masyarakat yang masih kurang memahami apa itu hipertensi, gimana dampak dari hipertensi, tanda gejala hipertensi dan masih banyak lagi yang melibatkan mahasiswa atau organisasi yang ada di dalam institusi itu sendiri. Sedikit banyaknya bertujuan untuk mengurangi jumlah hipertensi khususnya pada lansia dan juga memberikan pengetahuan kepada seluruh masyarakat.

4. Bagi mahasiswa

Diharapkan laporan studi kasus ini dapat menambah ilmu atau acuan bagi para mahasiswa dalam menerapkan atau melakukan asuhan keperawatan khususnya pada klien lansia dengan hipertensi.

DAFTAR FUSTAKA

- Badab Pusat Statistik. Penduduk lanjut usia in : statistik BP editor. Jakarta : badan pusat statistic : 2015
- Riset kesehatan dasar (Riskesdes) (2018). Badan penelitian dan pengembangan kesehatan kementrian RI tahun 2018.
- Nugroho. (2012). Keperawatan gerontik & geriatrik, edisi 3. Jakarta : EGC
- Kemenkes RI. (2013). Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia. Buletin Jendela: Jakarta.
- Abdul Muhith. 2016. Pendidikan Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: CV Andi
- Kemenkes.RI. 2014. Pusdatin Hipertensi. Infodatin, (Hipertensi), Hal 1–7.usia lanjut merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupanyang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasidengan stres lingkungan (Muhith & Siyoto, 2016)
- Trianto,(2014). Pelayanan Peperawatan Pagi Penderita Hipertensi.Jakarta: Bumi Aksara.
- Smeltzer, Susan C. 2014. Keperawatan medikal-bedah. Jakarta:EGC
- Trianto, (2014). Pelayanan Peperawatan Pagi Penderita Hipertensi Jakarta: Bumi Aksara
- Aspiani, R. Y. (2014). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Nurariif, A. H. (2015). Aplikasi Asuhan kepeawatan berdasarkan diagnosa medis & Nanda Jilid 2.

PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia:

Definisi dan Indikator Diagnostik (1st ed.). DPP PPNI.

PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). Standar Intervensi Keperawatan.

LAMPIRAN

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Poko pembahasan : Hipertensi

Subpokokbahsan : Pengendalian hipertensi

Sasaran : NY.M

Tanggal : 14 Desember 2021

Waktu : 11 : 45 – 12 : 15

Tempat : Rumah NY.M

A. Tujuan intruksional umum

Setelah dilakuakn penyuluhan atau pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga selama 30 menit di harapkan klien dan kleurga dapat memahami apa itu hipertensi.

B. Tujuan intruksional khusus

Setelah dilakukan penyuluhan atau pendididkan kesehatan selama 30 menit di harpan klien dan keluarga dapat menjelaskan:

1. Mengetahui apa itu hipertensi ?
2. Tanda dan gejala hipertensi?
3. Mengetahui faktor resiko hipertensi ?
4. Mengetahui bagaiman cara mencegah dan mengendalikan hipertensi !

C. Garis besar materi

Pengertian, penyebab, pencegahan dan pengendalian hipertensi.

D. Metode

Ceramah dan Tanya jawab

E. Media

Leaflet, lembar bali

F. Proses kegiatan penyuluhan

No	Tahap	Penyuluhan		Waktu
		Penyuluh	Klien	
1	Pendahuluan	1. Penyuluh membuka pembicaraan, 2. Menyampaikan salam, 3. Menyapa klien dan berkenalan 4. Menyampaikan tujuan 5. Kontrak waktu	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan 3. Memperhatikan 4. Memperhatikan 5. Menyetujui kontrak waktu	5 menit
2	Penyajian materi	1. Menanyakan pengetahuan pasien tentang hipertensi 2. Menjelaskan pengertian dari hipertensi 3. Menjelaskan penyebab hipertensi 4. Menjelaskan cara pencegahan hipertensi	1. Menjawab sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki 2. Mendengarkan 3. Mendengarkan 4. Mendengarkan dan mengamati	15 menit

3	Evaluasi	1. Menyimpulkan materi yang telah disampaikan 2. Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya 3. Penyaji mengajukan pertanyaan 4. Menutup pertemuan dan mengucapkan salam	1. Mendengarkan 2. Mengajukan pertanyaan 3. Menjawab pertanyaan 4. Menjawab salam	10 menit
---	----------	---	--	----------

A. Evaluasi :

1. Evaluasi Struktur

- a) Keluarga hadir ditempat penyuluhan yaitu rumah Ny. E
- b) Penyelenggaraan penyuluhan dilaksanakan di rumah keluarga Ny. E
- c) Waktu penyelenggaraan penyuluhan disepakati bersama sebelumnya

2. Evaluasi Proses

- a) Keluarga antusias terhadap materi penyuluhan
- b) Tidak ada anggota keluarga yang meninggalkan tempat penyuluhan
- c) Keluarga mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar

3. Evaluasi Hasil

- a) Keluarga mengetahui tentang hipertensi
- b) Kehadiran keluarga dipertahankan sampai penyuluhan selesai.

MATERI HIPERTENSI

A. Pengertian Hipertensi

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah, makin besar pula resikonya (Nurarif, 2016).

Hipertensi pada usia lanjut dibedakan atas :

- a) Hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan / atau tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg.
- b) Hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan sistolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg

B. Tanda dan Gejala Hipertensi

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

C. Pencegahan Hipertensi

- 1. Penuhi kebutuhan nutrisi tulang dengan menambah Kalsium dan vit.D

2. Penurunan berat badan, pembatasan alkohol, natrium dan tembakau, latihan dan relaksasi merupakan intervensi wajib yang harus dilakukan
3. Mengurangi intake alkohol
4. Olahraga teratur
5. Perubahan cara hidup
6. Mengurangi BB untuk yang obesitas
7. Mengurangi intake garam dan lemak
8. Latihan/ peningkatan aktivitas fisik
9. Istirahat cukup
10. Menghindari ketegangan

PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PENDERITA HIPERTENSI

DISUSUN OLEH :
LISA HAERUNNISA
KHGA19024



DIII KEPERAWATAN
STIKes KARSA HUSADA GARUT
2021

PENGERTIAN HIPERTENSI

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah, makin besar pula resikonya (Nurarif, 2016).

Table 2.2 Klasifikasi Hipertensi

No	K a t e g o r i	Si sto lik (m m Hg)	Di ast oli k (m m Hg)
1.	Optimal	<120	< 80
2.	Normal	120- 129	80-84
3.	High normal	130-139	85-89
4.	Hipertensi		
	Grade 1 (ringan)	140-159	90-99
	Grade 2 (sedang)	160-179	100-109
	Grade 3 (berat)	180- 209	100-119
	Grade 4 (sangat berat)	>210	>120

Sumber : (Nurarif, 2015)

TANDA DAN GEJALA HIPERTENSI

1. Mengeluh sakit kepala, pusing
2. Lemas, kelelahan
3. Sesak nafas
4. Gelisah
5. Mual
6. Muntah
7. Epistaksis
8. Kesadaran menurun

PENYEBAB HIPERTENSI

Hipertensi yang penyebabnya tidak jelas disebut hipertensi primer. Tapi tekanan darah tinggi juga bisa disebabkan oleh gaya hidup dan pola makan yang buruk. Ambil contoh, merokok dan kebanyakan makan asin.

FAKTOR RESIKO HIPERTENSI :

- Kelelahan
- Diabetes
- Asam urat
- Obesitas
- Kolesterol tinggi
- Penyakit ginjal
- Kecanduan alkohol
- Wanita yang menggunakan pil KB
- Orang yang memiliki orangtua atau kakek nenek dengan tekanan darah tinggi.

PENGOBATAN HIPERTENSI :

Beberapa perubahan gaya hidup positif yang bisa Anda lakukan untuk membantu mengatasi hipertensi adalah:

- Diet seimbang dan rendah garam
- Olahraga teratur
- Tidak merokok dan tidak minum alkohol.

OBAT DARAH TINGGI HERBAL YANG BISA DIGUNAKAN UNTUK MENURUNKAN TENSI DARAH

1. Bawang putih

Anda dapat menambahkan bawang putih segar ke sejumlah resep makanan favorit Anda.

2. Jahe

Anda bisa menambahkan potongan jahe ke dalam air mineral yang hangat lalu minum.

3. Mentimun

Parut mentimun lalu peras ambil sari sari mentimun lalu minum.

TERIMA KASIH DAN SEMOGA BERMANFAAT





FORMAT BIMBINGAN

NAMA MAHASISWA : LISA HAERUNNISA

NIM : KHGA19024

PEMBIMBING : Dr. H. DIAN ROSLAN H, S. Kep. ,M. Kes

NO	Tanggal	materi yang di ajukan	Saran pembimbing	Tanda tangan mahasiswa	Tanda tangan pembimbing
1.	30 juni 2022	Hipertensi	a. Memberikan arahan pembuatan kti b. Siapkan judul		
2.	06 juli 2022	Hipertensi bab 1	a. Acc judul b. Benarkan urutan dari lansia ke hipertensi c. Benarkan kosakata yang typo		
3.	07 juli 2022	Hipertensi Bab 2	a. Acc bab 1 b. Banyak kata yang typo		

			benarkan		
4.	08 juli 2022	Hipertensi bab 3	a. Acc bab 2 b. Tambahin kekuatan otot c. Benerin kata yang typo d. Perbaiki baris kata yang acak acakan		
5.	11 juli 2022	Hipertensi bab 3	a. Masih terdapat kata yang tidak tepat dan banyak yang typo		
6.	13 juli 2022	Hipertensi bab 3	b. Ukuran sepasi table harus satu		
7.	15 juli 2022	Hipertensi bab 3	a. Acc bab 3 b. Lanjutkan bab 4		
8.	17 juli 2022	Hipertensi bab IV	a. Masih ada yang kurang dokumentasi		

			dan rekomendasi belum di masukan		
9.	19 juli 2022	Hipertensi	b. Acc bab IV c. Lanjutkan pembuatan sap dan leaflet		
10.	20 juli 2022	Hipertensi	a. Acc bab 1-4 b. Bikin dalam satu draf		
11.	21 juli 2022	Hipertensi	a. Memberikan masukan mengenai ppt untuk persensti		
12.	22 juli 2022	Hipertensi	Acc, lanjut siding		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. DATA PRIBADI

- | | |
|-------------------------|--|
| 1. Nama | : Lisa haerunnisa |
| 2. Umur | : 20 Tahun |
| 3. Tempat Tanggal Lahir | : Garut, 25 oktober 2001 |
| 4. Jenis Kelamin | : perempuan |
| 5. Agama | : Islam |
| 6. Status | : Mahasiswi |
| 7. Kewarganegaraan | : Indonesia |
| 8. Golongan Darah | : - |
| 9. Alamat Rumah | : kp. Cikabunan rt/rw 01/09, desa
caringin kec, caringin, kab garut |
| 10. Nomor Tlp | : +6285316151404 |

II. Pendidikan Formal

1. SDN 4 CARINGIN (2008 – 2013)
2. SMPN 1 CARINGIN (2013 – 2016)
3. SMAN 12 GARUT (2016 – 2019)
4. STIKes Karsa Husada Garut Prodi D III Keperawatan (2019 – 2022)

III. Moto hidup

“ seberapa jahatpun orang lain pada kita, tidak perlu memabalas dengan hal sama, jika kita membalas dengan hal sama, berarti sama halnya kita seperti mereka”

“ sukses bukan tentang seberapa banyak kita mendapatkan suatu penghasilan, akan tetapi seberapa kuat kita mampu membangun dari hal kecil hingga sampai pada titi tertinggi, jangan ragu untuk memulai dari awal “