

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. L DENGAN
HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG BABAKAN
CAAH RT/RW 02/05 DESA GALIHPAKUWON KECAMATAN
LIMBANGAN KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Salah Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan Program
Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

SAHLAN RIZKI SUPRIADI
NIM: KHGA 20072



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

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. L
DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI
KAMPUNG BABAKAN CAAH RT/RW 02/05 DESA
GALIHPAKUWON KECAMATAN LIMBANGAN
KABUPATEN GARUT**

NAMA : SAHLAN RIZKI SUPRIADI

NIM : KHGA20072

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini Disetujui untuk Disidangkan di Hadapan
Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2023

Menyetujui,

Pembimbing

(Susan Susyanti, S.Kep., M.Kep)

ABSTRAK

Hipertensi biasanya di identikan dengan peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dalam selang waktu lima menit dan keadaan harus cukup tenang / istirahat (Kemenkes RI, 2013). Menurut *World Health Organization* (WHO) angka kejadian Hipertensi di dunia cukup tinggi yaitu 22% dari total populasi dunia. Sedangkan menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) di Indonesia angka yang menunjukkan Hipertensi adalah 34,1%. Di Jawa Barat ditemukan di Kabupaten Bogor sebesar 986.323 orang dan di kabupaten Garut orang yang menderita Hipertensi sebanyak 76.663 kasus. Sedangkan di puskesmas Limbangan Hipertensi termasuk kedalam 10 penyakit tertinggi, dengan penderita sebanyak 525 orang dan mengonsumsi garam yang berlebih adalah faktor utama dalam meningkatnya tekanan darah sehingga mengakibatkan angka kesakitan dan kematian. Tujuan dari karya tulis ilmiah ini adalah memberikan asuhan keperawatan komprehensif secara langsung pada Ny. L dengan Hipertensi di Kampung Babakan Caah Rt/Rw 02/05 Desa Galihpakuwon Kecamatan Limbangan Kabupaten Garut, yang dilaksanakan pada tanggal 03-15 April 2023, dengan aspek bio-psiko-sosial, spiritual. Penyusun karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dengan mengungkapkan fakta berdasarkan data yang diperoleh. Masalah yang muncul pada Ny. L yaitu nyeri akut, gangguan pola tidur, dan defisit pengetahuan. Masalah yang teratasi yaitu keluhan nyeri menurun, kualitas tidur meningkat, dan pengetahuan tentang Hipertensi meningkat. Disarankan kepada Ny.L untuk mempertahankan masalah yang telah teratasi dengan menjaga pola hidup sehat. Kesimpulannya penulis dapat melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif, mulai dari pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan serta mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan.

Kata Kunci : Hipertensi

Daftar pustaka : 17 (2013-2021)

KATA PENGANTAR

Segala puji serta syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, yang dengan berkat limpahan rahmat dan karunianya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. L Dengan Hipertensi Pada Katz Indeks A di Kampung Babakan Caah RT/RW 02/05 Desa Galihpakuwon Kecamatan Limbangan Kabupaten Garut Tahun 2023”** tepat pada waktunya.

Karya tulis ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan program D III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan karya tulis ini penulis banyak mendapatkan bantuan, bimbingan, serta pengarahan dari berbagai pihak baik moral maupun material. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis banyak mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Dr. (Hc). H. Amas Setiana, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani
2. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua Umum STIKes Karsa Husada Garut
3. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep., selaku Ketua Prodi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut
4. Ibu Susan Susyanti, S.Kep., M.Kep. selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang telah memberi dukungan, serta arahan kepada penulis dengan tulus dan ikhlas

5. Puskesmas Limbangan Garut yang telah memberikan kesempatan pada penulis dalam melaksanakan praktek asuhan keperawatan gerontik
6. Ny. L atas kesediaannya bekerjasama dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan
7. Seluruh dosen STIKes Karsa Husada Garut khususnya untuk Program Studi DIII Keperawatan dan seluruh karyawannya yang telah memberikan bantuan pada penulis dalam menentukan sumber kepustakaan
8. Ayah handa Asep Supriadi dan Ibunda Tati Kostiah tercinta yang telah memberikan dukungan moral maupun material selama penulis menempuh pendidikan di STIKes Karsa Husada Garut, serta seluruh keluarga tercinta yang telah memberikan dukungan dan motivasi selama penulis menempuh pendidikan di STIKes Karsa Husada Garut dan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini
9. Kaka serta adikku tersayang Ilham Supriadi, Rahmalia Supriadi dan Rahmadila Supriadi yang selalu memberikan motivasi, dukungan dan dorongannya selama penulis menyusun karya tulis ini
10. Terima kasih kepada Fahri Nurhakim yang sama – sama berjuang menyusun karya tulis dan senantiasa memberikan dorongan dan motivasinya
11. Sahabat-sahabat dari Mantri Suntik Dik-dik, Nurul, Yusnidar, Siti Sofia yang sama – sama berjuang menyusun karya tulis dan selalu memberikan dukungan satu sama lain

12. Teman seperjuangan kelas B prodi D III Keperawatan yang telah banyak memberikan motivasi dan dukungan satu sama lain, solidaritasnya, semangat dan kerjasamanya
13. Teman-teman satu bimbingan Bayu, Anita dan Elsa yang memberikan dukungan satu sama lainnya serta solidaritasnya
14. Dan semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, namun telah begitu banyak memberikan bantuan, motivasi dan dukungan selama penyusunan karya tulis ini.

Tidak ada imbalan yang dapat penulis berikan sebagai pengganti jasa dan ketulusannya, hanyalah doa yang tulus, mudah-mudahan segala bantuan yang telah diberikan menjadi ibadah dan mendapatkan alasan yang setimpal dari Allah SWT.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu dengan tangan terbuka penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk penyusunan karya tulis ini dimasa yang akan datang.

Garut, Maret 2023

Penyusun

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
ABSTRAK	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR BAGAN	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Metode Telaahan	5
D. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
A. Konsep Dasar.....	7
1. Definisi Lansia.....	7
2. Batasan Lansia	7
3. Tipe Lansia	8
4. Proses Menua	9
5. Teori Proses Menua	9
6. Perubahan Fisiologis Pada Lansia	11
B. Konsep Dasar Penyakit.....	13

1. Definisi Hipertensi	13
2. Etiologi	14
3. Klasifikasi	14
4. Patofisiologi	16
5. Pathway	17
6. Manifestasi Klinis	18
7. Pemeriksaan Penunjang	18
8. Penatalaksanaan	19
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	19
1. Pengkajian	19
2. Analisa data	31
3. Diagnosa Keperawatan	31
4. Perencanaan keperawatan.....	37
5. Implementasi Keperawatan	41
6. Evaluasi	42

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus	46
1. Pengkajian.....	46
2. Analisa Data	60
3. Diagnosa Keperawatan	63
4. Proses Asuhan Keperawatan.....	65
5. Catatan perkembangan.....	73
B. Pembahasan	78

1. Tahap pengkajian.....	78
2. Tahap Diagnosa Keperawatan	79
3. Tahap Perencanaan	81
4. Tahap Implementasi.....	82
a. Tahap Evaluasi.....	84

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan.....	86
B. Rekomondasi	87

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Kriteria Hipertensi.....	16
Tabel 2.2 Pengkajian Fungsional Klien dengan Menggunakan KATZ Indeks	25
Tabel 2.3 Bartel Indeks Pemeriksaan	27
Tabel 2.4 Pengkajian Status Mental	28
Tabel 2.5 Pengkajian Aspek Kognitif Dari Fungsi Mental Dengan Menggunakan Aspek MMSE (Mini Mental Status Exam)	29
Tabel 2.6 Gejala Tanda Mayor dan Minor Nyeri Akut.....	32
Tabel 2.7 Gejala Tanda Mayor dan Minor Perfusi Perifer Tidak Efektif	33
Tabel 2.8 Gejala Tanda Mayor dan Minor Intoleransi Aktivitas	34
Tabel 2.8 Gejala Tanda Mayor dan Minor Intoleransi Aktivitas	35
Tabel 2.9 Gejala Tanda Mayor dan Minor Defisit Pengetahuan	36
Tabel 2.10 Gejala Tanda Mayor dan Minor Ansietas	37
Tabel 3.1 Pola Kegiatan Sehari-hari	54
Tabel 3.2 Pemeriksaan Katz Indeks	55
Tabel 3.3 Pengkajian Fungsional Klien dengan Menggunakan Bartel Indeks	56
Tabel 3.4 Short Portable Status Questioner (SPSMQ)	57
Tabel 3.5 MMSE (Mini Mental Status Exam)	58
Tabel 3.6 Analisa Data	60

Tabel 3. 7 Tabel Proses Asuhan Keperawatan	65
Tabel 3.8 Catatan perkembangan hari ke-1.....	73
Tabel 3.9 Catatan perkembangan hari ke-2	76

DAFTAR BAGAN

Bagan 1.1 Pathway Hipertensi	17
------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

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

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lanjut usia (lansia) biasanya keberadaannya dipersepsikan secara negatif, sebagai beban keluarga dan masyarakat disekitarnya. Kenyataan ini mendorong semakin berkembangnya anggapan bahwa menjadi tua itu identik dengan semakin banyaknya masalah kesehatan yang kemungkinan akan berkembang lebih buruk karena adanya faktor-faktor risiko yang mempengaruhinya. (*Allender et al.*, 2014). Maka dari itu, seiring dengan bertambahnya usia penurunan fisik dapat dilihat dari kemampuan lansia untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari seperti berpakaian, buang air kecil/besar, makan, pergi ke toilet, berpindah, dan mobilitas. Berdasarkan kemampuan aktivitas tersebut dapat dinilai apakah lansia mandiri atau tergantung pada orang lain.

Seiring dengan bertambahnya usia, maka sering terjadi juga perubahan baik fisiologis maupun psikis, yang dapat menyebabkan banyak masalah kesehatan seperti masalah degeneratif. Penyakit degeneratif akan membawa akibat terhadap perubahan dan gangguan pada sistem kardiovaskuler, diantaranya yaitu penyakit Hipertensi yang dapat mengakibatkan komplikasi seperti stroke, kelemahan jantung, dan gangguan ginjal yang dapat berakibat pada kelemahan fungsi dari organ vital seperti otak, ginjal dan jantung yang dapat mengakibatkan kecacatan bahkan kematian (*Fatmawati*, 2017).

Hipertensi biasanya di identikan dengan peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dalam selang waktu lima menit dan keadaan harus cukup tenang / istirahat (Kemenkes RI, 2013).

World Health Organization (WHO) memperkirakan bahwa prevalensi global Hipertensi saat ini sebesar 22% dari total populasi dunia, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis Hipertensi. Jumlah penderita Hipertensi terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan pada tahun 2025 akan ada 1,5 Miliar orang yang terkena Hipertensi, dan diperkirakan setiap tahunnya 10,44 juta orang meninggal akibat Hipertensi dan komplikasinya (Kemenkes RI, 2019)

Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 di Indonesia, dengan tingkat kesadaran akan kesehatan yang lebih rendah, jumlah pasien yang tidak menyadari bahwa dirinya menderita hipertensi dan orang yang tidak mematuhi minum obat kemungkinan lebih besar, dengan menunjukkan angka prevalensi Hipertensi adalah 34,1%. Prevalensi tersebut diperoleh dengan melakukan pengukuran tekanan darah yaitu apabila tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg.

Prevalensi Hipertensi berdasarkan hasil pengukuran pada penduduk sebesar 34,1 %, tertinggi di Kalimantan Selatan (44.1%), dan terendah berada di Papua sebesar (22,2%). Sedangkan penyakit Hipertensi tertinggi di Jawa Barat ditemukan di Kabupaten Bogor sebesar 986.323 orang dan terendah di Kota Banjar sebesar 27.776 orang, dengan jumlah kasus yang diperiksa sebanyak 8.029.245 orang. Sedangkan data di Kabupaten Garut menunjukkan

bahwa angka hipertensi di Kabupaten Garut masuk ke dalam 10 besar penyakit tidak menular yang menduduki peringkat ke tiga dengan jumlah 76.663 kasus. (BPS Kab.Garut, 2017).

Berdasarkan data dari Puskesmas Limbangan Garut, pada tahun 2022 penderita penyakit Hipertensi termasuk kedalam 10 penyakit tertinggi, dengan penderita sebanyak 525 orang dan berada pada urutan ke dua setelah penyakit Rematoid Arthritis dengan jumlah penderita sebanyak 759 orang, sehingga upaya penyembuhan penyakit tersebut sangat diperlukan melalui pengobatan dan perawatan, karena dampak yang ditimbulkan dari penyakit Hipertensi sangat berpengaruh terhadap kebutuhan dasar manusia seperti nyeri akut, intoleransi aktivitas, dan gangguan rasa aman dan cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang Hipertensi.

Maka dari itu peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan gerontik harus memberikan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan komprehensif secara profesional serta berkesinambungan agar peran perawat dalam membantu pasien lansia dapat memandirikan dan membantu mempercepat proses penyembuhan kesehatan khususnya pemeliharaan kesehatan tidak efektif pada pasien Hipertensi, dengan cara memberikan edukasi tentang manajemen Hipertensi seperti mengatur pola hidup sehat, menghindari merokok, mengurangi makanan yang tinggi garam, dan lain-lain.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dari itu penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah ini dengan judul :

"ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. L DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG BABAKAN CAAH RT/RW 02/05 DESA GALIHPAKUWON LIMBANGAN KABUPATEN GARUT".

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan pada Ny. L dengan hipertensi secara langsung dan komprehensif melalui aspek bio, psiko, sosial, dan spiritual dengan pendekatan model keperawatan, di puskesmas Limbangan Kabupaten Garut.

2. Tujuan khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Ny. L dengan Hipertensi pada katz indeks A di kampung Babakan caah Rt/RW 02/05 Desa Galihpakuwon Limbangan Kabupaten Garut.
- b. Mampu membuat diagnosa keperawatan pada Ny. L akibat Hipertensi pada katz indeks A di kampung Babakan caah Rt/RW 02/05 Desa Galihpakuwon Limbangan Kabupaten Garut.
- c. Mampu melakukan rencana keperawatan berdasarkan prioritas masalah keperawatan pada Ny. L akibat Hipetensi pada katz indeks A di kampung Babakan caah Rt/RW 02/05 Desa Galihpakuwon Limbangan Kabupaten Garut.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi rencana tindakan pada Ny. L akibat Hipetensi pada katz indeks A di

kampung babakan caah Rt/RW 02/05 Desa Galihpakuwon Limbangan Kabupaten Garut.

- e. Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang di laksanakan pada Ny. L akibat Hipetensi pada katz indeks A di kampung babakan caah Rt/RW 02/05 Desa Galihpakuwon Limbangan Kabupaten Garut.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan yang di lakukan pada Ny. L akibat Hipetensi pada katz indeks A di kampung babakan caah Rt/RW 02/05 Desa Galihpakuwon Limbangan Kabupaten Garut.

C. Metode Telaahan

1. Wawancara

Dengan pembicaraan terarah yang dilakukan untuk memperoleh data mengenai Hipertesi dan data memperoleh data dari pasien atau tenaga kesehatan lainnya.

2. Observasi

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

3. Pemeriksaan Fisik

Mengumpulkan data obyektif tentang masalah Hipertensi dengan cara inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi.

4. Studi Dokumentasi

Memperoleh data yang didapatkan dari status klien dan anamnesa, wawancara secara langsung kepada klien melalui catatan dokumentasi

asuhan keperawatan yang telah dilakukan di Puskesmas Limbangan Kabupaten Garut.

5. Studi kepustakaan

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

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan yang dapat digunakan oleh penulis dalam membuat karya tulis ilmiah yang terdiri dari 4 bab, yaitu Bab I yang berisi latar belakang, tujuan penulisan, metode, dan teknik penulisan serta sistematika penulisan. Dilanjutkan dengan Bab II tentang tujuan teoritis berisi konsep dasar penyakit dan konsep dasar asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi. Kemudian Bab III yang berisi tentang pembahasan yang di temukan di lapangan adalah kesenjangan antara teori dan fakta yang ada serta dicari pemecahannya dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Dilanjutkan dengan bab IV yang merupakan penutup yang berisi tentang pembahasan yang ditemukan di lapangan adalah kesenjangan antara teori dan fakta yang ada serta dicari pemecahan dengan menggunakan proses keperawatan.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar

1. Definisi Lansia

Menurut WHO, lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun keatas. Kelompok lansia biasanya dalam kehidupan sudah melalui proses menjadi tua (WHO,2018). Lansia atau lanjut usia merupakan seorang individu yang telah mencapai usia >60 tahun dan tidak bisa untuk memenuhi kebutuhan dalam hidupnya sehari-hari serta tidak mampu lagi untuk mencari nafkah (Ratnawati, 2017).

Lansia adalah jika seseorang dikatakan lansia apabila berumur 65 keatas, dan lansia bukanlah penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan. (Setianto, 2009 dalam duku Muhith, 2016). Jadi berdasarkan kesimpulan diatas, seseorang dikatakan lansia jika sudah berumur 65 tahun keatas dan lansia bukanlah suatu penyakit namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang akan dijalani semua individu, yang ditandai dengan penurunan kemampuan fungsi tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan.

2. Batasan Lansia

- a. Menurut (WHO) yang dikatakan lansia dibagi kedalam tiga kategori yaitu:

- 1) Usia Lanjut : 60-74 tahun
- 2) Usia Tua : 75-89 tahun
- 3) Usia sangat Lanjut : >90 tahun

b. Departemen Kesehatan. Republik Indonesia 2015

- 1) Kelompok menjelang usia lanjut (45 -54 tahun), keadaan ini dikatakan sebagai masa virilitas.
- 2) Kelompok Usia lanjut (55-64 tahun), sebagai masa presium
- 3) Kelompok- kelompok usia lanjut (>65 tahun) yang dikatakan sebagai masa senium.

3. Tipe Lansia

a. Tipe Mandiri

Mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari kerja, 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

Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif dan acuh.

4. Proses Menua

Menua (menjadi tua) adalah suatu proses dimana menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan tubuh dalam memperbaiki diri atau mengganti diri dari kemampuan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga berdampak tubuh tidak dapat bertahan terhadap jejas dan termasuk sumber infeksi serta menurunnya kemampuan tubuh untuk memperbaiki kerusakan yang diderita (Kholifah, 2016). Penuaan adalah suatu proses yang mengubah seorang dewasa sehat menjadi seorang yang frail dengan berkurangnya sebagian besar cadangan sistem fisiologis dan meningkatnya kerentanan terhadap berbagai penyakit dan kematian.

5. Teori Proses Menua

a. Teori Biologi

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

1) Teori Reflikasi Deoxyribo Nucleic Acid (DNA)

Menurut Cunnningham (2003, dalam Sandu Siyoto, 2016), teori ini mengungkapkan bahwa proses penuaan merupakan akibat akumulasi bertahap kesalahan dalam masa replikasi DNA sehingga terjadi kematian sel dan mempengaruhi masa hidup seseorang .

2) Teori Genetik dan Mutasi (*Somatic Mutatie Theory*)

Menurut Hayflick (1961 dalam Sri Surini Pudjiastuti, 2015), Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul atau DNA.

3) Teori Intarksi Seluler

Menurut Berger (1994 dalam Noorkasani, 2016), bahwa sel-sel yang saling berinteraksi satu sama lain dan mempengaruhi keadaan tubuh akan baik-baik saja selama sel-sel masih berfungsi dalam harmoni.

4) Teori Radikal Bebas

Menurut Cunnningham (2003, dalam Sandu Siyoto, 2016), radikal bebas ini akan merusak enzim superoksida-dismutase (SOD) yang berfungsi mempertahankan fungsi sel sehingga fungsi sel menurun dan menjadi rusak

5) Teori Ikatan Silang

Menurut Yaar & Gilchrest (2007, dalam Abdul Muhith, 2016), proses penuaan merupakan akibat dari terjadinya ikatan saling silang progresif antara protein intraselular serabut kolagen.

6) Reaksi dari Kekebalan Sendiri

Menurut Goldteris & Brocklehurs (1989, dalam Siti Bandiyah, 2014) di dalam proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh menjadi lemah dan sakit.

b. Teori Kejiwaan Sosial

1) Aktifitas atau Kegiatan (*Activity Theory*)

Teori ini menyatakan bahwa pada lansia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak kegiatan sosial.

2) Teori Pembebasan (*Disengagement Theory*)

Dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau pergaulan sekitarnya.

3) Kepriadian Berlanjut (*Continuity Theory*)

Teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang lansia sangat dipengaruhi tipe personality yang dimilikinya.

4) Teori Subkultur

Teori ini menerangkan kelompok lansia seperti terkoordinasi dengan baik dan dapat menyalurkan aspirasinya dengan antar grup.

6. Perubahan Fisiologis Pada Lansia

a. Perubahan fisik

1) Sistem indera

Ketajaman penglihatan dan daya akomodasi dari jarak jauh atau dekat berkurang, sistem pendengaran atau gangguan pada pendengaran (Azizah, 2019).

2) Sistem Pernafasan

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

3) Sistem Kardiovaskuler

Terjadi penurunan elastisitas aorta, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun, kurangnya elastisitas pembuluh darah.

4) Sistem perkemihan

Terjadi atrofi nefron dan aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%, otot-otot vesika urinaria menjadi lemah, frekuensi buang air kecil meningkat, Pembesaran prostat sekitar 75% dialami oleh pria usia diatas 65 tahun.

5) Sistem muskuloskeletal

Tulang akan kehilangan density (cairan) dan semakin rapuh kifosis, pergerakan pinggang, lutut, dan jari-jari menjadi terbatas, persendian membesar dan menjadi kaku.

6) Sistem Reproduksi

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

b. Perubahan kognitif

1) Memori (Daya, ingat)

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

2) *Intelegentia Quocient (IQ)*

IQ tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal. Penampilan, persepsi, dan keterampilan psikomotor berkurang. Terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan faktor waktu

3) Perubahan Psikososial

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

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi Hipertensi

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

Penyakit Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang lebih dari 140/90 mmHg didasarkan pada dua fase dalam setiap denyut jantung yaitu fase

sistolik 140 menunjukkan fase darah yang sedang dipompa oleh jantung dan fase diastolik 90 menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung (Triyanto, 2016).

Berdasarkan penjelasan di atas maka dapat disimpulkan bahwa Hipertensi merupakan suatu proses meningkatnya tekanan darah sistolik lebih besar dari 140 mmHg dan atau diastolik lebih besar dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu 5 menit dalam keadaan cukup istirahat (tenang).

2. Etiologi

Penyebab hipertensi pada lansia adalah terjadinya perubahan-perubahan pada :

- a. Elastisitas dinding aorta menurun
- b. Katup jantung menebal dan menjadi kaku
- c. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun. (Nurarif&Kusuma, 2016)

3. Klasifikasi

Berdasarkan penyebabnya Hipertensi dibedakan menjadi 2 yaitu :

- a. Hipertensi Primer (Esensial)

- 1) Faktor keturunan

Faktor keturunan dari seseorang yang menderita hipertensi kemungkinan lebih besar orang tuanya juga mempunyai riwayat hipertensi.

2) Ciri perseorangan

Pada penderita hipertensi dapat mempengaruhi adanya umur dan jenis kelamin. Jika umur bertambah maka tekanan darah meningkat sedangkan pada jenis kelamin yang lebih banyak menderita hipertensi adalah seorang laki-laki.

3) Kebiasaan hidup

Kebiasaan hidup yang sering diperoleh pada penderita hipertensi adalah mengkonsumsi garam berlebihan.

4) Obesitas atau kegemukan

Obesitas atau kegemukan merupakan salah satu penyebab dari timbulnya hipertensi dan pengaruh lainnya seperti merokok, minum alkohol, dan mengkonsumsi obat-obatan.

b. Hipertensi Sekunder

Pada hipertensi sekunder faktor yang muncul yaitu penggunaan kontrasepsi oral, luka bakar, stress, neurologic (ensefalitis, tumor otak, dan gangguan psikiatri). Penyebab hipertensi pada lansia terjadi perubahan-perubahan yaitu :

- 1) Katub jantung menebal.
- 2) Kemampuan jantung memompa darah menurun.
- 3) Elastisitas dinding aorta menurun.
- 4) Kehilangan elastisitas pada pembuluh darah.
- 5) Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer.

c. Klasifikasi berdasarkan derajat keparahan Hipertensi

Tabel 1.1
Kriteria Hipertensi

Kategori	TEKANAN DARAH SISTOLIK	TEKANAN DARAH DIASTOLIK
Normal	Dibawah 130	Dibawah 85
Normal Tinggi	130-139	85-89
Stadium 1 (Ringan)	140-159	90-99
Stadium II (Sedang)	160-179	100-109
Stadium III (Berat)	180-209	110-119
Stadium IV (Maligna)	210	120

Sumber: (Triyanto,2020)

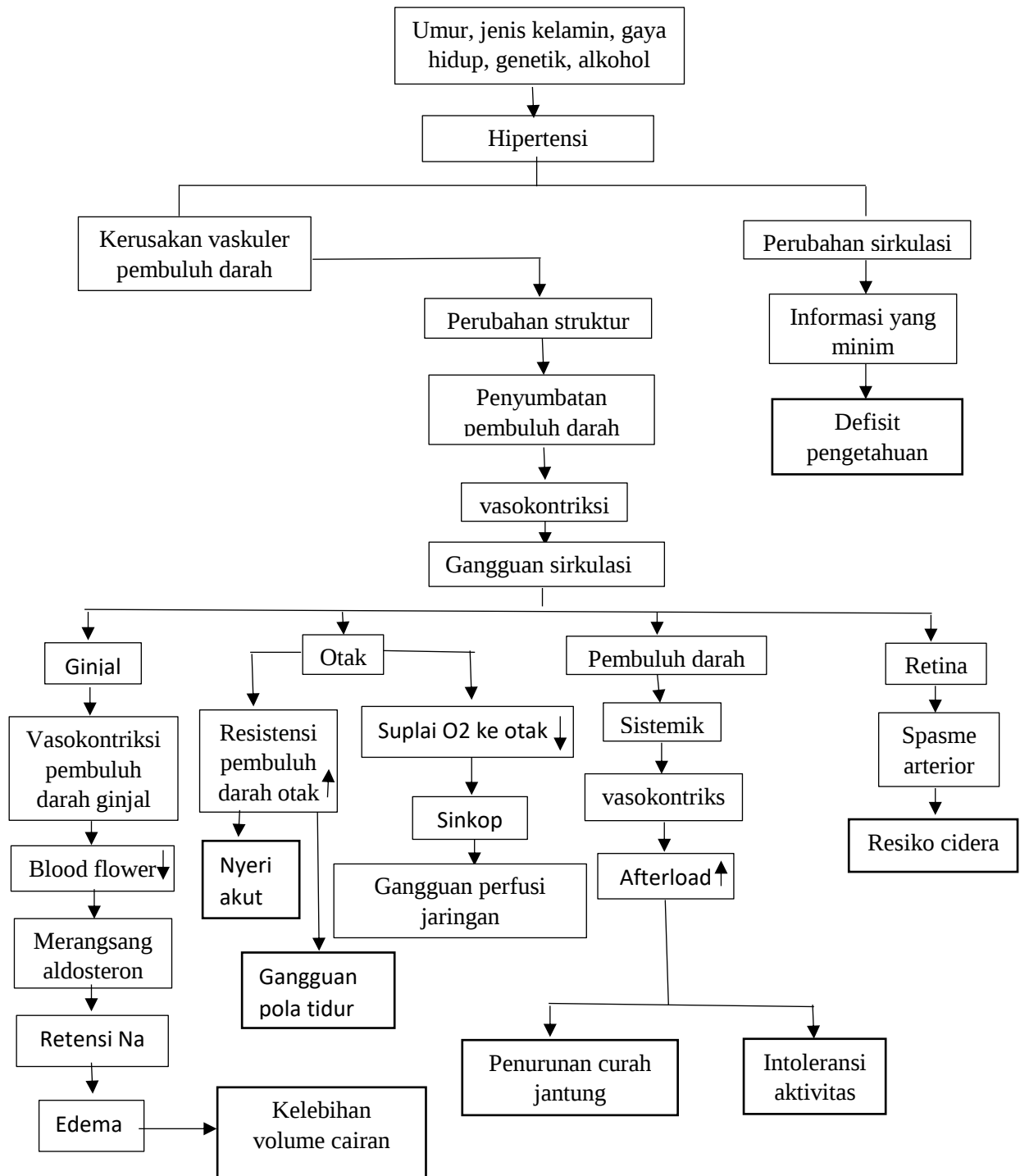
4. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norpinefrin mengakibatkan kontriksi pembuluh darah.

Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosterone oleh konteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh stibulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan keadaan hipertensi. (Yuli, 2014).

5. Pathway

Bagan 1.1
Pathway Hipertensi



Sumber : Heriawan & Tatisina (2020)

6. Manifestasi Klinis

Menurut (Amin, 2015 dalam Ningrum et al., 2021). Gejala yang timbul karena penyakit hipertensi berbeda pada setiap orang, beberapa dari mereka bahkan tidak memiliki gejala. Secara umum, gejala yang dirasakan orang yang mengalami hipertensi adalah sebagai berikut: (1) Sakit kepala, (2) Detak jantung terasa cepat, (3) Telinga berdengung, (4) Lemas dan kelelahan, (5) Gelisah, (6) Mual, (7) Muntah, 8) Epitaksis, (9) Kesadaran menurun.

7. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

- 1) Hemoglobin : periksa rasio sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat menunjukkan faktor risiko seperti anemia.
- 2) Blood Urea Nitrogen (BUN) / kreatinin : memberikan informasi tentang fungsi perfusi/ginjal.
- 3) Glukosa : Hiperglikemia (DM memicu tekanan darah) dapat disebabkan oleh pelepasan kadar ketokolamin.

b. Elektrokardiografi (EKG) : Menunjukkan pola stres dengan gelombang P tinggi lebar

c. Computer Tomography (CT) scan : Memeriksa adanya tumor otak, angelopathy.

d. Rontgen dada : Menunjukkan penghancuran klasifikasi di area katup, pembesaran jantung (Mutaqqin, 2013).

8. Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan Non Farmakologi
 - 1) Olahraga
 - 2) Pengaturan Diet
 - 3) Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat
 - 4) Penurunan Berat Badan
- b. Penatalaksanaan Medis
 - 1) Terapi Oksigen
 - 2) Pemantauan Jantung
 - 3) Pemantauan Hemodinamik

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu menurut Olfah & Ghofur(2016, dalam Ilham, 2018).

a. Anamnesa

1) Identitas klien

Identitas klien meliputi : nama, jenis kelamin, umur, agama, status pekerjaan, alamat rumah tangga, masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, dan diagnosa klien. Selain itu juga dilengkapi dengan identitas penanggung jawab klien meliputi : nama, jenis kelamin,

umur, agama, pekerjaan, hubungan dengan klien serta alamat rumah.

2) Keluhan utama

adalah keluhan yang paling dirasakan pasien pada saat ini. Pada klien yang menderita hipertensi biasanya mengeluh nyeri kepala atau rasa berat ditekuk. Untuk setiap keluhan di perjelas dengan :

- a) *Paliative, provokatif* : Apa yang menjadi keluhan sehingga lebih berat atau ringan. Apa yang dilakukan jika nyeri timbul
- b) *Qualitas/quantitas* : Bagaimana nyeri dirasakan, apakah seperti di tusuk-tusuk
- c) *Radiasi/region* : Di daerah mana nyeri dirasakan, apakah menyebar
- d) *Seperity scale* : Intensitas dari keluhan utama, apakah sampai mengganggu aktivitas atau tidak, seperti bergantung pada derajat beratnya.
- e) *Time* : Kapan waktunya mulai terjadi keluhan

3) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang adalah keluhan yang dirasakan pasien pada saat ini. Biasanya klien penderita hipertensi pada saat beraktivitas mendapat serangan nyeri kepala, nyeri dirasakan seperti ditimpa benda berat, sakit kepala dirasakan apabila melakukan aktivitas dan berkurang apabila beristirahat, sehingga mengganggu aktivitas sehari hari.

4) 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.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

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

6) Pemeriksaan fisik

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

a) Tanda-Tanda Vital

Adanya peningkatan dalam tekanan darah 140/90 mmHg 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 muntah dan 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*) = Klien dapat membedakan bau parfum dengan minyak kayu putih

- 2) Nervus II (*Opticus*) = Penglihatan klien jelas baik tidak ada masalah ,klien dapat melihat dan membaca name tag perawat dengan baik.
- 3) Nervus III (*Oculomotoris*) = Klien dapat menggerakkan bola mata klien ke segala arah
- 4) Nervus IV (*Thorcklearis*) = Klien dapat menggerakkan bola mata ke atas ke bawah.
- 5) Nervus V (*Trigeminus*)= Sensor kulit klien baik dibuktikan dengan klien dapat merasakan ketika di beri rangsangan di area pipinya , klien dapat menelan dengan mengunyah dengna baik
- 6) Nervus VI (*Abdusen*) = Klien dapat menggerakkan bola mata ke segala arah.
- 7) Nervus VII (*Facialis*) = Klien dapat mengerutkan dahi dan menggerakkan alis , klien dapat membedakan rasa asin dan manis ..
- 8) Nervus VIII (*Glosopharingeus*)= Ganguan pengecapn, kemampuan menelan, gerak lidah, klien baik.
- 9) Nervus IX (*Vagus*) = Refleks muntah baik , klien dapat merasakan rasa pahit.
- 10) Nervus X (*hipoglossus*) = Posisi lidah kllien bisa digerakkan kesegala arah.

- 11) Nervus XI (*Accesorius*) = Klien dapat menggerakkan kepala dan bahu.

7) 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 (+)

8) Pengkajian Spiritual

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

1) Pengkajian Fungsional

a) KATZ Indeks

Index katz didasarkan pada tingkat kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas secara mandiri. Jadi suatu aktivitas akan diberi nilai jika aktivitas tersebut dapat dilakukan secara mandiri atau tanpa bantuan orang lain. (Nugraha 2020)

Tabel 2.2

Pengkajian Fungsional Klien dengan Menggunakan KATZ Indeks

No	Kegiatan	Mandiri	Bantuan sebagian	Bantuan penuh
1	Mandi			
2	Berpakaian			
3	Pergi ke toilet			
4	Berpindah			
5	BAB dan BAK			
6	Makan			

Termasuk/ Katergori manakah klien?

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

Keterangan :

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

b) Modifikasi dari Barthel Indeks

Indeks Bartel merupakan suatu instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan

diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan keseimbangan, dan menggunakan 10 indikator.

Tabel 2.3
Bartel Indeks Pemeriksaan

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

Skor 130 : Mandiri
 Skor 65-125 : Ketergantungan sebagian
 Skor < 65 : Ketergantungan total

2) Pengkajian Status Mental

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

Tabel 2.4
Pengkajian Status Mental

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
$\Sigma =$			

Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ)

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

3) Pengkajian Aspek Kognitif dan Fungsi Mental

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

NO	ASPEK KOGNITIF	NILAI MAKSIMAL	NILAI KLIEN	KRITERIA
1	2	3	4	5
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar : - o Tahun - o Musim - o Tanggal - o Hari - o Bulan
	Orientasi	5		Dimana kita sekarang berada) - o Negara - o Propinsi - o Kota..... - o PSTW/desa/kampung..... - o 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) - o Obyek - o Obyek - o Obyek
3	Perhatian dan Kalkulasi	5		Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat - o 93 - o 86 - o 79 - o 72 - o 65

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

Interprestasi hasil

:

> 23 : Aspek kognitif dari fungsi mental baik

18-22 : Kerusakan aspek fungsi mental ringan

<17 : Kerusakan aspek fungsi mental berat

2. Analisa data

Dalam menganalisa data terdapat kesenjangan yang timbul pada klien. Data yang telah dikumpulkan sendiri maupun data dari hasil pemeriksaan tenaga kesehatan yang lain dianalisis dengan cara membandingkan hasil pengumpulan data dengan keadaan seharusnya yang dimiliki klien.

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual 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).

Jenis-jenis diagnosa keperawatan terbagi menjadi 3 (SDKI, 2017)

- a) Diagnosa aktual : menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien.
- b) Diagnosis risiko : menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada klien, namun klien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan.

- c) **Diagnosis promosi kesehatan** : menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatan kedingkat yang lebih baik atau optimal.

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada penderita Hipertensi menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yaitu:

- a. **Nyeri akut b.d agen pencederaan fisiologis (D.0077)**

Penyebab :

- a) Agen pencedera fisiologis (misal. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (misal. terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (misal. abses, amputasi, terbakar,terpoing)

Tabel 2.6
Gejala Tanda Mayor dan Minor Nyeri Akut

Gejala Tanda Mayor	Gejala Tanda Minor
Subjektif 1. mengeluh nyeri Objektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. Waspada posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur	Subjektif - Objektif 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Poses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. diaforesis

- b. **Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0009)**

Penyebab :

- a) Hiperglikemia

- b) Penurunan konsentrasi hemoglobin
- c) Peningkatan tekanan darah
- d) Kekurangan volume cairan
- e) Penurunan aliran arteri dan/atau vena
- f) Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis.
merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam,
imobilitas)
- g) Kurang aktivitas fisik

Tabel 2.7
Gejala Tanda Mayor dan Minor Perfusi Perifer Tidak Efektif

Gejala Tanda Mayor	Gejala Tanda Minor
<i>Subjektif</i> - <i>Objektif</i> 1. Pengisian kapiler >3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Wajah kulit pucat 5. Turgor kulit menurun	<i>Subjektif</i> 1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas <i>Objektif</i> 1. Edema 2. Penyembuhan luka lambat 3. Indeks anke-brachial <0,90 4. Bruit femoral

- c. Intoleransi aktivitas b.d ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)
- Penyebab :
- a) Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
 - b) Tirah baring

- c) Kelemahan
- d) Imobilitas
- e) Gaya hidup monoton

Tabel 2.8
Gejala Tanda Mayor dan Minor Intoleransi Aktivitas

Gejala Tanda Mayor	Gejala Tanda Minor
Subjektif 1. Mengeluh lelah Objektif 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat	Subjektif 1. Dispnea saat/telah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah Objektif 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia 4. Sianosis

- d. Koping tidak efektif b.d ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri mengatasi masalah (D.0096)

Penyebab :

- a) Ketidakpercayaan diri terhadap kemamuan diri mengatasi masalah
- b) Ketidak adekuatan sistem pendukung
- c) Ketidak adekuatan strategi koping
- d) Ketidak teraturan atau kekacauan lingkungan
- e) Krisis situasional

Tabel 2.8
Gejala Tanda Mayor dan Minor Intoleransi Aktivitas

Gejala Tanda Mayor	Gejala Tanda Minor
Subjektif 1. Mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah Objektif 1. Tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesui usia) 2. Menggunakan mekanisme koping yang tidak sesuai	Subjektif 1. Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar 2. Kekhawatiran kronis Objektif 1. Penyalahgunaan zat 2. Manipulasi orang lain untuk memenuhi 3. Perilaku tidak asertif 4. Partisipasi sosial kurang

e. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi. (D.0111)

Penyebab :

- a) Keterbatasan kognitif
- b) Gangguan fungsi kognitif
- c) Kekeliruan mengikuti anjuran
- d) Kurang minat dalam belajar
- e) Kurang terpapar informasi
- f) Kurang mampu mengingat

Tabel 2.9
Gejala Tanda Mayor dan Minor Defisit Pengetahuan

Gejala Tanda Mayor	Gejala Tanda Minor
Subjektif 1. Menanyakan masalah yang dihadapi Objektif 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	Subjektif - Objektif 1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi)

f. Ansietas b.d perubahan kondisi kesehatan. (D.0080)

Penyebab :

- a) Krisis situasional
- b) Kebutuhan tidak terpenuhi
- c) Krisis maturasional
- d) Ancaman terhadap konsep diri
- e) Ancaman terhadap kematian

Tabel 2.10
Gejala Tanda Mayor dan Minor Ansietas

Gejala Tanda Mayor	Gejala Tanda Minor
Subjektif 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang di hadapi 3. Sulit berkonsentrasi Objektif 3. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 4. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	Subjektif 1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya Objektif 1. Frekuensi napas meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Tekanan darah meningkat 4. Diaforesis 5. Tremor 6. Muka tampak pucat 7. Suara bergetar 8. Kontak mata buruk 9. Sering berkemih

4. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan pada perencanaan keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (PPNI, 2018).

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 5 menjadi 3
- 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 terasa 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. 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

d. 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 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

e. 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

5. Implementasi Keperawatan

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

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

- a. *Independent Implementations* adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-kultural, dan lain-lain.
- b. *Interdependen/Collaborative Implementations* Adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, naso gastric tube (NGT), dan lain-lain.
- c. *Dependent Implementations* Adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, *physiotherapies*, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada pasien sesuai dengan diet yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

6. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan

tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti & Muryanti, 2017). Evaluasi dapat dibedakan menjadi 2 :

a. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara pada akhir pelayanan, menanyakan respon klien dan keluarga terkait pelayanan keperawatan, mengadakan pertemuan pada akhir layanan.

Perumusan evaluasi ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif (data berupa keluhan klien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (perbandingan data dengan teori) dan perencanaan.

- a). S (Subjektif): data subjektif yang diambil dari keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.

- b). O (Objektif): data objektif yang diperoleh dari hasil observasi perawat, misalnya tanda-tanda akibat penyimpangan fungsi fisik, tindakan keperawatan, atau akibat pengobatan.
- c). A (Analisis/assessment): Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, dimana analisis ada 3, yaitu (teratasi, tidak teratasi, dan sebagian teratasi) sehingga perlu tidaknya dilakukan tindakan segera. Oleh karena itu, sering memerlukan pengkajian ulang untuk menentukan perubahan diagnosis, rencana, dan tindakan.
- d). P (Perencanaan/planning): perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang (hasil modifikasi rencana keperawatan) dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien. Proses ini berdasarkan kriteria tujuan yang spesifik dan priode yang telah ditentukan.

Komponen catatan perkembangan, untuk memudahkan perawat dalam mengevaluasi perkembangan pasien, maka digunakan format evaluasi menggunakan SOAPIE/SOAPIER.

- a) S : Subjek adalah informasi yang berupa ungkapan yang di dapat dari pasien setelah tindakan dilakukan.
- b) O : Objek adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran, yang dilakukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan.

- c) A : Analisa adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, masalah belum teratasi, masalah teratasi sebagian, muncul masalah baru.
- d) P : Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan.
- e) I : Implementasi adalah pelaksanaan sesuai dengan rencana yang disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien.
- f) E : Evaluasi adalah respon atau penilaian dari tindakan yang telah dilakukan
- g) R : Reassessment adalah mencerminkan perubahan rencana asuhan dengan cepat, memperhatikan hasil evaluasi, serta implementasi yang telah dilakukan. Hasil evaluasi digunakan untuk menentukan ada tidaknya perbaikan atau perubahan intervensi dan tindakan (Kemenkes, 2017).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas klien

Nama	: NY. L
Umur	: 70 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Status perkawinan	: Kawin
Alamat	: Kp. Babakan caah, Rt/Rw 02/05, Desa. Galihpakuwon, Limbangan.
Suku Bangsa	: Sunda
Tanggal Pengkajian	: 04 April 2023
Diagnosa Medis	: Hipertensi

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri kepala di bagian belakang

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 04 April 2023 pukul 09.00 WIB, klien mengatakan memiliki penyakit Hipertensi sejak usia 50 tahun, klien mengeluh sering merasa

pusing dan nyeri di bagian belakang kepala saat melakukan aktivitas berlebih dan berkurang jika klien beristirahat, klien tampak memegang kepala dan tampak meringis kesakitan, nyeri dirasakan hilang timbul pada malam hari, dengan skala nyeri 5 dari rentang (0-10) nyeri dirasakan seperti dicekam, klien sering mengeluh sulit tidur, serta gelisah di malam hari. Bahkan klien sering bertanya tanya tentang penyakitnya.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah di rawat di rumah sakit.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan lupa tentang kesehatan keluarganya

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran : *Compos Mentis* dengan GCS = 15
E=4, V=5, M=6

Penampilan : Tampak Lemah

2) Pemeriksaan TTV

Tekanan darah : 170/120 mmHg

Nadi : 90 x/menit

Suhu : 36,8 °C

Respirasi : 24 x/menit

3) Aspek Biologis

a) Sistem Pernapasan

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

(2) Paru-paru : Bunyi paru terdengar sonor, bunyi nafas vesikuler, irama teratur.

b) Sistem Kardiovaskuler

Bentuk dada simetris antara kiri dan kanan, nadi 71x/menit, irama jantung regular, bunyi jantung lup dup (S1, S2), CRT (*Capillary refill time*) ± 2 detik kembali.

c) Sistem Integumen

Penyebaran rambut merata, warna rambut putih beruban, tercium harum pada rambut, warna kulit sawo matang, kulit keriput, turgor kulit ± 2 detik kembali, tidak ada lesi, bentuk kuku cembung, transparan, kuku panjang dan kotor

d) Sistem Pencernaan

Pada saat di inspeksi bentuk perut cembung, perut tampak bengkak (asites). Tidak terdapat nyeritekan, terdapat bising usus 10 x/mnit.

e) Sistem Endokrin

Keadaan leher bersih, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

f) Sistem Sensori dan Persepsi

(1) Sistem Mata

Letak mata simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva pucat, sklera putih, reflek pupil tidak baik terbukti saat diberi rangsangan tidak ada gerak reflek mengikuti rangsangan tersebut dan pupil tidak mengecil saat diberi rangsangan cahaya. Fungsi penglihatan tidak baik, terbukti klien tidak bisa membaca papan nama mahasiswa.

(2) Sistem Telinga

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

g) Sistem Neurologi

(1) Nervus I (*Olfactorius*)

Klien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan kopi

(2) Nervus II (*Opticus*)

Klien mengatakan pandangan kabur/buram

(3) Nervus III (*oculomotoris*)

Klien dapat menggerakkan bola mata ke kanan ke sisi pupil isokor

(4) Nervus IV (*trochlearis*)

Klien dapat menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah

(5) Nervus V (*abducent*)

Klien dapat menggerakkan bola mata ke samping kiri dan samping kanan.

(6) Nervus VI (*Trigeminus*)

Sensori sensoris kulit wajah klien baik, dapat merasakan goresan kapas pada pipi kanan

(7) Nervus VII (*facialis*)

Klien dapat menggerakkan alis dan mengerutkan dahi

(8) Nervus VIII (*vestibulocochlear*)

Fungsi keseimbangan klien baik

(9) Nervus IX, X (*glossopharyngeus, vagus*)

Reflek menelan klien baik

(10) Nervus XI (*Hypoglossus*)

Klien dapat berbicara baik, tetapi cara bicara klien kurang jelas didengar dan fungsi lidah baik, terbukti lidah bisa digerakkan ke segala arah

(11) Nervus XII (*accessorius*)

Klien dapat menggerakkan kedua bahunya dan menggerakkan kepalanya

h) Sistem Muskuloskeletal

(1) Ekstremitas atas :

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

(2) Ekstremitas bawah :

Letak tangan simetris antara kiri dan kanan, reflek patela (+), kekuatan otot 5, tidak terdapat nyeri tekan dan endema di ekstremitas bawah, kadang-kadang terasa pegal di kaki

Kekuatan otot :

5	5
5	5

Keterangan :

0 : otot sama sekali tidak mampu bergerak

1 : tampak kontraksi ada sedikit gerakan

2 : mampu menahan tegak tapi dengan sentuhan akan jatuh

3 : mampu menahan tegak walaupun di dorong tetapi tidak mampu Melawan tekan

4 : kekuatan kurang dibandingkan sisi lain

5 : kekuatan otot utuh

i) Sistem Perkemihan

Tidak terdapat nyeri tekan, dan tidak terdapat distensi kandung kemih.

d. Pengkajian Psikososial dan Spritual

1) Psikologi

Klien mengatakan senang dan menikmati masa tuanya, status emosi Ny. L stabil dan kooperatif ketika diajak bicara, sikap klien baik terhadap orang lain, klien bisa mengenali teman-teman/tetangga disekitarnya dan bersosialisasi dengan tetangga disekitarnya. Klien mengatakan kurang paham mengenai kondisi penyakit yang dialaminya, klien selalu bertanya-tanya mengenai penyakitnya, seperti menanyakan penyebab, cara mencegah dan cara mengobatinya.

2) Hubungan Sosial

Hubungan dengan anggota kelompok baik dan akrab dengan anggota masyarakat yang lain.

3) Masalah Emosional

Pertanyaan tahap I :

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

Interprestasi : dilihat dari pertanyaan diatas terdapat jawaban
 “Ya” lebih dari satu sehinggadilanjutkan ke
 pertanyaan tahap 2 sehingga dapat disimpulkan
 bahwa klien memiliki masalah emosional, (+)

Pertanyaan tahap II :

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

Ya

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

(9)Adakah masalah atau keluhan? Ya

(10) Adakah gangguan/masalah dengan anggota keluarga?

Tidak

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

(12) Apakah klien cenderung mengurung diri? Tidak

Interpretasi dan identifikasi masalah emosional yaitu : positif
 (+)

4) Pengkajian Spritual

Klien beragama Islam, klien selalu mengikuti pengajian,
 dan selalu melaksanakan sholat 5 waktu, klien merasa sehat,
 klien selalu berdoa agar selalu diberi kelancaran dan kemudahan.

5) Lingkungan tempat tinggal

Kondisi tempat tinggal klien berantakan, lantai klien sedikit licin, jarak kamar klien ke toilet cukup dekat sekitar 3 meter, penerangan kamar klien cukup, ventilasi udara cukup.

e. Pola Kegiatan Sehari-Hari

Tabel 3.1

Pola Kegiatan Sehari-hari

No	Jenis	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1	2	3	4
1	Nutrisi+ Cairan: - Nutrisi - Frekuensi - Jenis Makan - Nafsu makan - Frekuensi - Jenis minuman - Frekuensi minum	3x/hari (porci habis) Nasi,sayur,lauk pauk Baik 3x/hari Air putih 6-7 x/hari	3x/hari (porci habis) Nasi,sayur,lauk pauk Baik 3x/hari Air putih 6-7 x/hari
2	Eliminasi BAK - Frekuensi - Warna - Keluhan BAB - Frekuensi - Warna - Konstensitas - Keluhan	4-5 x/hari Kuning jernih Tidak ada 1x/hari Kuning khas feses Padat Tidak ada	4-5 x/hari Kuning jernih Tidak ada 1x/hari Kuning khas feses Padat Tidak ada
3	Personal Hygine - Mandi - Gosok gigi - Keramas - Gunting kuku	2x/hari 2x/hari 1x/2 hari 1x/minggu	2x/hari 2x/hari 1x/2 hari 1x/minggu

No	Jenis	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1	2	3	4
4	Istirahat tidur a. Tidur malam Kualitas b. Tidur siang Kualitas Keluhan	5-6 jam/hari Nyenyak 1 jam/hari Nyenyak Tidak ada	2-3jam/hari Terbangun ½ jam/hari Tidak nyenyak Klien mengeluh kurang tidur dan sering terbangun di malam hari
5	Aktifitas Latihan/Olahraga Frekuensi Keluhan dalam aktivitas	Senam 1x/minggu Cepat lelah	- - Cepat lelah
6	Rekreasi / pemanfaatan di waktu luang	Ngobrol dengan tetangganya	Ngobrol dengan tetangganya

f. Pengkajian Fungsional

1) Katz Indeks

Tabel 3.2
Pemeriksaan Katz Indeks

No	Kegiatan	Mandiri	Bantuan Sebagian	Bantuan Penuh
1	Mandi	✓		
2	Berpakaian	✓		
3	Pergi ke toilet	✓		
4	Berpindah (berjalan)	✓		
5	BAB dan BAK	✓		
6	Makan	✓		

Interprestasi :

Ny. L mandiri dalam semuanya, baik mandi, berpakaian, pergi ke toilet, BAB dan BAK, makan, berpindah tempat dengan tingkat kemandirian Katz Indeks A.

2) Modifikasi dan Bartel Indeks

Tabel 3.3
Pengkajian Fungsional Klien dengan Menggunakan Bartel Indeks

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1.	Makan		10	Frekuensi : 3x/hari Jumlah makan : 1 porsi Jenis : Nasi + lauk pauk
2.	Minum		10	Frekuensi : 2-3 gelas/hari Jenis : Air putih
3.	Berpindah tempat	5		
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)		10	Frekuensi : 2x/hari
5.	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)		10	
6.	Mandi		15	Frekuensi : 2x/hari
7.	Jalan dipermukaan datar		5	
8.	Naik turun tangga		19	
9.	Mengenakan pakaian		15	
10.	Control BAB		10	Frekuensi : 2x/hari Konsistensi : padat
11.	Control BAK		10	Frekuensi : 3x/hari Warna : putih ke kuning-kuningan
12.	Olahraga/latihan	5		Frekuensi : 2x/minggu Jenis : Jalan santai
13.	Reraksi/pemanfaatan waktu luang		10	Frekuensi : setiap hari Jenis : mendengar radio
	Jumlah		134	

Keterangan :

Skor >130 : Mandiri

Skor 65-125 : Ketergantungan Sebagian

Skor <65 : Ketergantungan Total

Kesimpulan :

Dilihat dari data diatas Ny. L mendapatkan jumlah skor kemandirian 134, yaitu dengan keterangan Ny. L Mandiri.

g. Pengkajian Status Mental

1) Short Portable Status Questioner (SPSMQ)

Tabel 3.4
Short Portable Status Questioner (SPSMQ)

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
✓		01.	Tanggal berapa hari ini ?
✓		02.	Hari apa sekarang ?
✓		03.	Apa nama tempat ini ?
✓		04.	Dimana alamat anda ?
✓		05.	Berapa umur anda ?
✓		06.	Kapan anda lahir ? (minimal tahun lahir)
✓		07.	Siapa presiden Indonesia sekarang ?
	✓	08.	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?
✓		09.	Siapa nama ibu anda ?
✓		10.	Kurang 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari tiap angka baru semua secara menurun.
$\Sigma = 9$	$\Sigma = 1$		

Skor Total : 1

Interprestasi hasil : Fungsi intelektual utuh

Keterangan :

Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : Kerusakan intelektual ringan

Salah 6-8 : Kerusakan intelektual sedang

Salah 9-10: Kerusakan intelektual berat.

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

Tabel 3.5
MMSE (*Mini Mental Status Exam*)

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	2	3	4	5
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar: ✓ Tahun ✓ Musim ✓ Tanggal ✓ Hari ✓ Bulan
	Orientasi	5	4	Dimana kita berada : ✓ Negara Indonesia ✓ Propinsi Jabar ✓ Kota Garut ✓ Kampung Babakan Caah Rt/rw 02/05
2	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 objek ✓ Objek buku ✓ Objek pulpen ✓ Objek jam tangan
3	Perhatian dan kalkulasi	5	3	Meminta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/ tingkat ✓ 93 ✓ 86 ✓ 79 ✓ 72 ✓ 42 Hasil : setelah dilakukan pengkajian klien salah menghitung urutan ke 5
4	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga objek pada no 2 (registrasi) tadi bila benar 1 poin untuk masing-masing objek
5	Bahasa	9	7	Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien ✓ Pulpen ✓ Buku ✓ Jam tangan Pengulangan Minta klien mengulangi kata berikut :“tidak ada jika, dan, atau, tetapi”. Point 1 jika diulang sempurna

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	2	3	4	5
				Perintah 3 tahap Ucapkan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembar kertas kosong, minta untuk melipatnya menjadi 2 kemudian minta untuk menaruhnya di lantai. Nilai 1 untuk masing-masing perintah yang dilakukan dengan benar. Membaca (Reading) Dalam selembar kertas tuliskan “Pejamkan mata anda” Dituliskan besar dan dapat dibaca jelas oleh lansia. Minta klien membacanya dan melakukan apa yang tertulis Menulis (writing) Berikan selembar kertas kosong dan minta lansia menulis sebuah kalimat. Jangan mendikte kalimat tapi harus ditukis secara spontan, kalimat minimal terdiri dari subyek/kata kerja, ejaan/tanda baca tidak diperhitungkan
				Menyalin(copying) Berikan selembar kertas kosong, minta lansia untuk menyalin gambar seperti dibawah ini, 10 sisi harus ada dan keduanya bersinggungan. Point 1 jika jawaban benar. 
	Nilai	30	27	

Keterangan:

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

Interprestasi :

Ny. L memiliki skor 27 dengan keterangan bahwa Ny. L tidak ada gangguan kognitif.

2. Analisa Data

Tabel 3.6
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: 1) Klien mengeluh pusing. 2) Klien mengeluh nyeri di bagian belakang kepala. 3) Nyeri bertambah saat melakukan aktivitas berlebih dan nyeri seperti dicekam dengan skala nyeri 5 (0-10). DO: 1) Wajah kllien tampak meringis saat menahan nyeri. 2) Klien tampak gelisah	Hipertensi ↓ Kerusakan Vaskuler Pembuluh Darah ↓ Perubahan Struktur ↓ Penyumbatan Pembuluh Darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan Sirkulasi Otak ↓ Retensi Pembuluh Darah Otak ↓ Nyeri Akut	Nyeri akut (D.0077)

No	Data	Etiologi	Masalah
	3) TTV : - TD : 170/120 mmHg		
2	DS : 1) Klien mengeluh sulit tidur 2) Sering terbangun pada malam hari saat merasakan nyeri 3) Klien mengeluh tidak puas tidur 4) Klien mengatakan tidur malam 2-3 jam DO : 1) Klien tampak lemah 2) klien tampak gelisah 3) Kantung mata meghitam	Hipertensi ↓ kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ perubahan struktur ↓ penyumbatan pembuluh darah ↓ vasokonstriksi ↓ gangguan sirkulasi otak ↓ resistensi pembuluh darah otak ↓ gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur (D.0055)

No	Data	Etiologi	Masalah
3	DS : 1) Klien mengatakan kurang mengetahui mengenai penyakit yang dideritanya 2) Klien bertanya apa penyebab, cara mencegah dan cara mengobatinya DO : 1) Klien tampak bertanya mengenai penyakitnya penyebab, cara mencegah hipertensinya tidak sering kambuh. 2) Klien tampak kebingungan saat diberi pertanyaan mengenai penyakitnya	Hipertensi ↓ Perubahan Status Kesehatan ↓ Paparan Kurang Informasi ↓ Defisit Pengetahuan	Defisit Pengetahuan (D.0111)

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis,
ditandai dengan :

DS:

- 1) Klien Mengeluh pusing.
- 2) Klien mengeluh nyeri di bagian belakang kepala.
- 3) Nyeri bertambah saat melakukan aktivitas berlebih dan nyeri seperti dicekam dengan skala nyeri 5 (0-10).

DO:

- 1) Wajah klien tampak meringis saat menahan nyeri.
- 2) Klien tampak gelisah.
- 3) TTV :TD :
- 170/120 mmHg

- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya nyeri kepala,
ditandai dengan :

DS:

- 1) Klien mengeluh sulit tidur
- 2) Sering terbangun pada malam hari saat merasakan nyeri
- 3) Klien mengeluh tidak puas tidur
- 4) Klien mengatakan tidur malam 2-3 jam

DO :

- 1) Klien tampak lemah
- 2) klien tampak gelisah

3) Kantung mata meghitam

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

DS:

- 1) Klien mengatakan kurang mengetahui mengenai penyakit yang dideritanya
- 2) Klien bertanya apa penyebab, cara mencegah dan cara mengobatinya

DO :

- 1) Klien tampak bertanya mengenai penyakitnya penyebab, cara mencegah hipertensinya tidak sering kambuh.
- 2) Klien tampak kebingungan saat diberi pertanyaan mengenai penyakitnya

4. Proses Asuhan Keperawatan

Nama : Ny. L

Jenis kelamin : Perempuan

Umur : 70 Tahun

Diagnosa medis : Hipertensi

Tabel 3. 7

Tabel Proses Asuhan Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN			IMPLEMENTASI	EVALUASI
		TUJUAN	INTERVENSI	RASIONAL		
1.	nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis Ds : - Klien Mengeluh pusing. - Klien mengeluh nyeri di bagian belakang kepala.	SLKI (L. 08066) Tingkat nyeri Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:	SIKI (I. 08238) Manajemen nyeri Observasi 1. observasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Observasi 1. Untuk mengetahui dimana lokasi, karakteristik, berapa lama durasi, frekuensi dan intensitas nyeri	Rabu, 5 April 2023. Pukul 08.45 wib Observasi Melakukan pengkajian karakteristik nyeri dengan Lokasi nyeri berada di bagian belakang kepala nyeri bertambah ketika melakukan aktivitas	Rabu, 5 April 2023. Pukul 12.00 wib S: - klien mengatakan pusing sedikit berkurang - klien mengeluh nyeri masih ada di bagian belakang kepala - Skala nyeri 4 dari 0-10

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		RASIONAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI
		Tujuan	Intervensi			
	- Nyeri bertambah saat melakukan aktivitas berlebih dan nyeri dirasakan seperti dicekam dengan skala nyeri 5 (0 - 10) Do : - Wajah klien tampak meringis saat menahan nyeri - Klien tampak gelisah - Pemeriksaan TTV TD : 170/120 mmHg	a. Keluhan pusing menurun b. Keluhan nyeri menurun c. meringis menurun d. gelisah menurun e. tekanan darah membaik	2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan	2. Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan 3. Untuk mengetahui factor-faktor apa saja yang	berlebih dan nyeri dirasakan seperti dicekam, dengan skala nyeri 5 dari 0-10 Pukul 09.30 wib Mengidentifikasi skala nyeri dengan menggunakan VAS didapatkan hasil skala 5 dari 0-10 dengan wajah tampak meringis Pukul 10.15 wib Hasil : Nyeri dirasakan ketika klien	O : - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah - TTV TD : 170/120 mmHg A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Observasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		RASIONAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI
		Tujuan	Intervensi			
			memperingan nyeri Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Terapi pijat, aroma terapi, kompres hangat/dingin)	memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1. Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan oleh klien	banyak beraktivitas dan berkurang pada saat klien istirahat tidur Terapeutik Pukul 10.30 wib Memberikan teknik pengurangan rasa nyeri dengan mengoleskan aroma therapy fresh care pada area pelipis sampai belakang telinga dan tengkuk leher	- Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperbera dan memperingan - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur - Jelaskan strategi meredakan nyeri

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		RASIONAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI
		Tujuan	Intervensi			
			2. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. jelaskan strategi-strategi meredakan nyeri	2. Fasilitasi istirahat tidur dapat membantu membuat klien mengurangi rasa nyeri Edukasi 1. untuk membantu klien mengatasi masalah nyeri dan mengurangi rasa nyeri	Pukul 10.45 wib Memberikan waktu dan menganjurkan klien untuk istirahat tidur di siang hari jika nyeri mulai muncul Edukasi Rabu, 5 April 2023. Pukul 11.00 wib Mengajarkan teknik nafas dalam dengan cara Tarik nafas lewat hidung tahan beberapa detik keluarkan lewat mulut	

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		RASIONAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI
		Tujuan	Intervensi			
2.	SDKI (D. 0055) Gangguan pola tidur b.d adanya nyeri kepala ditandai dengan : Ds: 1) Klien mengeluh sulit tidur 2) Klien mengeluh sering terbangun pada malam hari saat merasakan nyeri	SLKI(L. 05045) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam maka pola tidur membaik dengan kriteria hasil: a. Keluhan sulit tidur menurun b. Keluhan sering terjaga menurun c. Keluhan tidak puas tidur menurun	SIKI (I. 05174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan / fisiologis)	Observasi 1. Untuk mengetahui masalah yang dialami klien 2. Untuk mengumpulkan data yang mendukung dalam pemenuhan kebutuhan klien	Rabu, 5 April 2023. Pukul 11.30 wib Observasi Mengidentifikasi masalah pola tidur, didapatkan hasil klien mengeluh susah tidur Dan sering terbangun di malam hari karena merasakan nyeri. Tidur tidak nyeyak, dengan prekuensi tidur 2-3 jam Pukul 12.00 wib Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur klien dengan hasil terdapat klien mengeluh nyeri kepala	Rabu, 5 April 2023 S: - Klien mengatakan tidur masih sering terbangun - Klien mengatakan tidur 2-3 jam - Klien mengatakan tidak puas tidur O: - klien tampak lemah - klien tampak gelisah - kantung mata klien tampak hitam A: Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		RASIONAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI
		Tujuan	Intervensi			
	3) Klien mengeluh tidak puas tidur 4) Klien mengatakan tidur malam 2-3 jam Do: 1) Klien tampak lemah 2) Kantung mata klien tampak menghitam	d. Keluhan istirahat tidak cukup menurun e. Kemampuan beraktivitas meningkat	<i>Terapeutik</i> 1. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) <i>Edukasi</i> 1. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur	<i>Terapeutik</i> 1. Untuk memberikan rasa nyaman kepada klien <i>Edukasi</i> 1. Agar klien mengetahui dan menghindari factor yang dapat mengganggu tidur	Pukul 12.00 wib Rabu, 5 April 2023. <i>Terapeutik</i> Menganjurkan klien untuk selalu membuat kamar tetap bersih, matikan lampu saat klien akan tidur <i>Edukasi</i> Pukul 12.15 wib Menyarankan agar klien tidak makan dan minum yang dapat mengganggu tidur seperti kopi, teh, makanan pedas.	- Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi factor pengganggu tidur (fisik/psikologis) - Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) - Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		RASIONAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI
		Tujuan	Intervensi			
3.	SDKI (D.0111) Defisit pengetahuan b.d kurang paparan informasi Ds : - Klien mengatakan kurang mengetahui mengenai penyakit yang dideritanya - Klien bertanya bagaimana cara mencegah penyakitnya timbul	SLKI (L. 2111) <i>Tingkat pengetahuan</i> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam maka tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: a. verbalisasi minat dalam belajar meningkat b. kemampuan menjelaskan pengetahuan	SIKI (I. 12383) <i>Edukasi kesehatan</i> <i>Observasi</i> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <i>Terapeutik</i> 1. Sediakan materi dan media pendidikan tentang penyakit hipertensi	Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 1. menyediakan materi dan media pendidikan tentang penyakit hipertensi agar penyuluhan berjalan lancar	Rabu, 5 April 2023. Pukul 11.25 wib Observasi Memastikan klien dalam keadaan siap menerima materi penyuluhan Terapeutik Rabu, 5 April 2023. Pukul 11.35 wib Mempersiapkan materi yang akan dibahas mengenai penyakit hipertensi pengertian, penyebab, pencegahan Dengan menggunakan leaflet	Rabu, 5 April 2023. Pukul 12.00 wib S: - Klien mengatakan mengerti tentang penyakitnya O: - Klien tampak memperhatikan dengan baik isi penyuluhan - Pengetahuan klien bertambah - Klien bisa menjawab pertanyaan tentang hipertensi, pencegahan, makanan yang dilarang dan pengobatan herbal A: masalah teratasi

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		RASIONAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI
		Tujuan	Intervensi			
	Do : - Klien tampak bertanya mengenai penyakitnya dan cara mencegah hipertensinya tidak sering kambuh. - Klien tampak kebingungan saat diberi pertanyaan mengenai penyakitnya	tentang suatu topik c. pertanyaan tentang masalah yang dihadapi d. perilaku membaik	2. Berikan kesempatan untuk bertanya <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan	2. Berikan kesempatan untuk bertanya <i>Edukasi</i> 1. Agar klien mengetahui factor apasaja yang mempengaruhi kesehatannya sehingga klien dapat mengantisipasi-nya	Rabu, 5 April 2023 Pukul 11.45 wib kepada pasien untuk bertanya mengenai penyakit hipertensi yang belum pasien pahami <i>Edukasi</i> Rabu, 5 April 2023. Pukul 12.00 wib Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan seperti kebiasaan makan tinggi garam seperti ikan asin dan banyak menggunakan garam pada makananan	P: pertahankan intervensi - Sediakan materi pendidikan tentang penyakit hipertensi - Berikan kesempatan untuk bertanya

5. Catatan perkembangan

Nama : Ny. L Jenis kelamin : Perempuan
 Umur : 70 Tahun Diagnosa medis : Hipertensi

Tabel 3.8
Catatan perkembangan hari ke-1

Tgl/bln/thn/jam	No. DX	Catatan perkembangan	Paraf
Kamis, 6 Maret 2023 pukul 09.00	1	S: - Klien mengatakan pusing sedikit berkurang - Klien mengatakn nyeri di belakang kepala masih ada - Skala nyeri 3 dari 0-10 O: - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah - Pemeriksaan TTV TD : 160/120 mmHg A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi I: - observasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas - jelaskan strategi meredakan nyeri - kaji skala nyeri	

Tgl/bln/thn/jam	No. DX	Catatan perkembangan	Paraf
		- identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - fasilitasi istirahat dan tibur E: klien mengatakan nyeri sedikit berkurang	
Kamis, 6 Maret 2023 pukul 09.30	2	S: - Klien sudah bisa tidur lebih awal - Klien mengatakan tidur masih sering terbangun tapi sebentar - Klien mengatakan tidur 3-5 jam - Klien mengatakan sering gelisah - Klien mengeluh tidak puas tidur O: - Klien tampak lebih bersemangat - Kantung mata klien tampak hitam A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi factor pengganggu tidur (fisik/psikologis) - Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) - Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur E: Klien tampak lebih rileks	

Tgl/bln/thn/jam	No. DX	Catatan perkembangan	Paraf
Kamis, 6 Maret 2023 pukul 10.00	3	S: - Klien mengatakan paham tentang penyakitnya - Klien mengatakan mulai mengurangi takaran garam O: - Pengetahuan klien bertambah - Klien bisa menjawab pertanyaan tentang hipertensi, pecegahan, makanan yang dilarang dan pengobatan herbal - Klien tampak sudah mengerti tentang penyakitnya A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi	

Tabel 3.9
Catatan perkembangan hari ke-2

Tgl/bln/thn/jam	No. DX	Catatan perkembangan	Paraf
Jumat, 7 Maret 2023 pukul 09.00	1	S: - Klien mengatakan sudah tidak pusing - Klien mengatakan nyeri di bagian belakang kepala sudah berkurang - Skala nyeri 2 dari 0-10 O: - Klien tampak rileks - Klien tampak tersenyum - Pemeriksaan TTV TD : 130/110 mmHg A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi I: - Kaji skala nyeri - jelaskan strategi meredakan nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri E: klien tampak lebih tenang	

Tgl/bln/thn/jam	No. DX	Catatan perkembangan	Paraf
Jumat, 7 Maret 2023 pukul 09.30 wib	2	S: - Klien mengatakan masih suka terbangun terbangun tapi sebentar - Klien mangatakan tidur 3-4 jam O: - Klien tampak sedikit gelisah - Kantung mata tampak menghitam A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi I: - Identikasi faktor pengganggu tidur (fisik/ psikologis) - Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) - Anjurkar menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur seperti kopi. E: klien tampak tersenyum	

B. Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis membandingkan antara teori dan asuhan keperawatan di lapangan terhadap Ny. L dengan hipertensi pada indeks A, yang dilaksanakan selama 5 hari mulai dari tanggal 4 Maret S/D tanggal 7 Maret 2023 di Kampung Babakan Caah 02/05, Desa Galihpakuwon, Kecamatan Limbangan Garut dengan memperhatikan dan menganalisa tinjauan kasus dengan tinjauan teoritis. Dari hasil perbandingan tersebut akan muncul kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kenyataan. Maka perlu beberapa aspek yang perlu dibahas mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

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

1. Tahap pengkajian

Pada tahap pengkajian penulis melakukan pengkajian meliputi inspeksi, palpasi palpasi, dan auskultasi dengan pendekatan persistem. Pada saat pengkajian tidak semua tanda gejala sesuai dengan teori. Secara teori tanda gejala hipertensi yang mungkin muncul kemungkinan mengeluh: sakit kepala, lemas, sesak, meringgis, pusing, mimisan dan kesadaran menurun. Sementara pada Ny. L berdasarkan dari hasil pengkajian yang ditemukan yaitu sakit kepala berat di bagian belakang

kepala, berdasarkan dari data tersebut muncul beberapa Kesenjangan antara teori dan kenyataan yang terjadi yaitu klien tidak mengalami sesak nafas karena didapatkan respirasi klien 24x/menit. Klien tampak tenang dan untuk kesadaran umum karena hasil pengkajian didapatkan hasil GCS 15.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Untuk merumuskan diagnosa keperawatan dibentuk oleh tiga aspek yaitu problem, etiologi dan simptom. Adapun masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien hipertensi secara teori ada 9 diantaranya: Nyeri akut, perfusi perifer Tidak Efektif, hipervolemia, resiko tinggi penurunan curah jantung, intoleran aktivitas, resiko jatuh, defisiensi pengetahuan, anxietas dan gangguan pola tidur.

Setelah dilakukan pengkajian kepada Ny. L berdasarkan analisa data yang diperoleh 3 masalah yang muncul dari 8 diagnosa yang mungkin muncul, diantaranya:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Masalah ini muncul karena faktor umur atau gaya hidup yang menyebabkan kerusakan vesikuler pembuluh darah sehingga terjadi perubahan struktur yang menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah dan menyebabkan gangguan sirkulasi darah tidak lancar dan menyebabkan nyeri di bagian kepala.

b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri kepala

Masalah ini muncul karena faktor umur atau gaya hidup yang menyebabkan kerusakan vesikuler pembuluh darah sehingga terjadi perubahan struktur yang menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah dan menyebabkan gangguan sirkulasi darah tidak lancar, menyebabkan nyeri kepala sehingga mengganggu pola tidur.

c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Masalah keperawatan ini muncul karena perubahan situasi klien yang tidak diketahui penyebabnya oleh klien, karena kurang terpapar informasi yang menyebabkan klien tidak mampu untuk mengenali masalah yang sedang klien alami saat ini.

Sedangkan masalah keperawatan yang mungkin muncul pada teori tetapi tidak muncul adalah:

- a. Perfusi perifer tidak efektif Masalah ini tidak muncul karena hipertensi yang diderita klien belum mencapai kategori hipertensi yang berat.
- b. Hipervolemia Masalah ini tidak muncul karena masalah ini berhubungan hipertensi yang diakibatkan oleh penyakit ginjal tidak memiliki penyakit ginjal.
- c. Resiko penurunan curah jantung Masalah ini tidak muncul karena hipertensi yang diderita klien belum terlalu berat yang menyebabkan vasokonstriksi pada jantung yang dapat meningkatkan afterload dan terjadi penurunan curah jantung.

- d. Resiko jatuh Masalah ini tidak muncul karena klien tidak memiliki agen-agen yang dapat menyebabkan resiko jatuh.
- e. Ansietas Masalah ini tidak muncul karena klien tidak panic.

3. Tahap Perencanaan

Tahap perencanaan merupakan tahap lanjut dari diagnosa keperawatan, dimana di dalam perencanaan akan menentukan keberhasilan atau tidak nya Asuhan Keperawatan. Kegiatannya dimulai dari menetapkan prioritas masalah, perumusan tujuan, penentuan kriteria hasil serta rencana tindakan sesuai dengan kondisi klien dan rasionalnya. Pada tahap perencanaan, penulis membuat rencana tindakan yang sesuai dengan data yang didapatkan pada saat pengkajian dan merencanakan beberapa tindakan. Pada saat membuat rencana keperawatan untuk Ny. L penulis mendapatkan dukungan dalam membuat rencana keperawatan yaitu klien cukup kooperatif sehingga memudahkan dalam membuat rencana, dan penulis tidak mendapatkan hambatan pada saat membuat rencana keperawatan.

Adapun rencana intervensi yang diberikan untuk masalah keperawatan pada Ny. L adalah:

a. Nyeri Akut

Berdasarkan SIKI 2018 untuk menyelesaikan nyeri akut ada 19 intervensi, tetapi tidak semua rencana yang ada di buku rujukan tersebut diambil karena disesuaikan dengan kondisi klien. Diantaranya nya observasi karakteristik nyeri, identifikasi Skala nyeri, identifikasi

faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik non farmakologis, fasilitasi istirahat dan tidur. Jelaskan strategi meredakan nyeri.

b. Gangguan pola tidur

Berdasarkan SIKI 2018 untuk menyelesaikan gangguan pola tidur ada 16 intervensi, tetapi tidak semua rencana di buku rujukan tersebut diambil karena disesuaikan dengan kondisi klien, diantaranya Identifikasi pola aktivitas dan tidur, Identifikasi factor pengganggu tidur (fisik/psikologis), Identifikasi makan dan minuman yang mengganggu tidur (mis kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur),

c. Defisit Pengetahuan

Berdasarkan SIKI 2018 untuk menyelesaikan defisit pengetahuan ada 8 intervensi, tetapi tidak semua rencana yang ada di buku rujukan tersebut diambil karena disesuaikan dengan kondisi klien, diantaranya identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan untuk penyakit hipertensi, berikan kesempatan untuk bertanya, Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.

4. Tahap Implementasi

Pada tahap implementasi semua rencana yang telah dibuat bisa diimplementasikan sesuai perkiraan awal titik adapun implementasi yang dilakukan terhadap masalah keperawatan pada Ny.L yakni:

- a. Nyeri akut. Implementasi yang dilakukan yaitu dengan menggunakan manajemen nyeri teknik relaksasi dan distraksi seperti mengajarkan teknik cara nafas dalam, mengoleskan aroma terapi, memijat. Setelah dilakukan tindakan Ny. L merasa tenang dan rasa sakit di belakang kepala dapat berkurang. Implementasi tersebut merupakan tindakan yang berfokus pada kenyamanan klien. Tidak ada hambatan dalam melakukan tindakan ini, penulis mampu melakukan semua tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya tanpa hambatan untuk mengikuti semua arahan dan semua tindakan yang dilakukan.
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan ketidakmampuan mengatasi nyeri. Untuk implementasinya yaitu : Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, Mengidentifikasi factor pengganggu tidur (fisik/psikologis), Menganjurkan klien untuk selalu membuat kamar tetap bersih, matikan lampu saat klien akan tidur, sarankan posisi miring kiri, Mengidentifikasi makan dan minuman yang mengganggu tidur (mis kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur). Implementasi tersebut merupakan tindakan yang berfokus untuk meningkatkan kualitas tidur secara normal. Tidak ada hambatan dalam melakukan tindakan ini, penulis mampu melakukan semua tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya tanpa hambatan untuk mengikuti semua arahan dan semua tindakan yang dilakukan.

- c. Defisit pengetahuan. Implementasi yang dilakukan yaitu memberikan pendidikan kesehatan terkait konsep penyakit hipertensi, sesuai dengan kondisi klien, agar klien bisa menjaga dan merawat sekaligus mengatasi penyakit hipertensi tersebut. Fisiologis dasar yang mencakup perawatan yang meliputi cara pencegahan maupun pengobatan herbal secara alami tentang penyakit hipertensi. Tidak ada hambatan dalam melakukan tindakan ini, penulis mampu melakukan semua tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya tanpa hambatan untuk mengikuti semua arahan dan semua tindakan yang dilakukan.

5. Tahap Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk mengelola asuhan keperawatan yang berlangsung selama 5 hari. Yang pertama yaitu nyeri akut nyeri baru bisa teratasi di hari ke-5 dengan masalah teratasi sebagian karena memerlukan waktu yang panjang pada saat proses keperawatan dan mencapai pemulihan kondisi yang optimal. Untuk masalah yang kedua gangguan pola tidur bisa teratasi sebagian di hari ke 5 karena memerlukan waktu yang lebih lama agar bisa teratasi sepenuhnya. Sedangkan yang ketiga defisit pengetahuan bisa teratasi di hari ke-4 dan semua data sesuai dengan apa yang telah ditargetkan pada kriteria. Dari ketiga masalah keperawatan, defisit pengetahuan sampai akhir perawatan sudah teratasi, ditandai dengan klien mengatakan paham mengenai penyakitnya karena dapat menjawab pertanyaan yang diajukan tentang penyakitnya. Sedangkan untuk nyeri akut

dan gangguan pola tidur sampai pertemuan terakhir hanya dapat teratasi sebagian karena klien masih suka terbangun di malam hari dan masih merasakan nyeri dengan skala nyeri 2 dari 0 sampai 10.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan Proses Keperawatan yang meliputi tahap pengkajian Data, Diagnosa, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi serta hasil Keperawatan pada Ny. L dengan Hipertensi maka didapatkan kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. L dengan Hipertensi pada Katz Indek A di Kampung Babakan Caah RT/RW 02/05 Desa Galihpakuwon Kecamatan Limbangan Kabupaten Garut.
2. Penulis mampu menentukan diagnosa keperawatan pada Ny. L dengan Hipertensi pada Katz Indek A di Kampung Babakan Caah RT/RW 02/05 Desa Galihpakuwon Kecamatan Limbangan Kabupaten Garut.
3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Ny. L dengan hipertensi pada Katz Indek A di Kampung Babakan Caah RT/RW 02/05 Desa Galihpakuwon Kecamatan Limbangan Kabupaten Garut.
4. Penulis mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Ny. L dengan Hipertensi pada Katz Indek A di Kampung Babakan Caah RT/RW 02/05 Desa Galihpakuwon Kecamatan Limbangan Kabupaten Garut.
5. Penulis mampu mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan pada Ny. L dengan Hipertensi pada Katz Indek A di Kampung Babakan Caah

RT/RW 02/05 Desa Galihpakuwon Kecamatan Limbangan Kabupaten Garut.

Dari tiga masalah yang muncul pada klien, masalah yang dapat diatasi yaitu, defisit pengetahuan. Sedangkan masalah yang belum teratasi yaitu, gangguan pola tidur dan nyeri akut (nyeri kepala).

Karena masalah keperawatan tersebut memerlukan waktu yang panjang pada saat proses keperawatan dan pengobatan untuk mencapai pemulihan kondisi yang optimal.

B. Rekomondasi

1. Bagi Ny.L

Diharapkan klien dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan sekitar secara teratur minimal 1 bulan sekali, Ny. L dapat memanfaatkan waktu luang dengan melakukan mengontrol tekanan darah, serta memperhankan segala sesuatu yang telah dicapai oleh klien.

2. Bagi Puskesmas Limbangan Garut

Perlu peningkatan dalam pelayanan kesehatan dan meningkatkan kerjasama antara perawat serta seluruh komponen yang terlibat dalam melakukan Asuhan Keperawatan. Dengan demikian diharapkan terjalin kerjasama yang baik dengan keluarga klien dalam membantu proses penyembuhan klien dan kolaborasi dengan bagian dapur untuk mengurangi kadar garam untuk Ny. L.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Dituntut agar mampu memberikan motivasi belajar pada mahasiswa dalam mendapatkan ilmu yang memadai guna melaksanakan Asuhan Keperawatan dengan praktis, efektif dan efisien serta tepat pada sasaran dan pengadaan literatur yang memadai.

4. Bagi Mahasiswa

Agar mahasiswa mampu menerapkan ilmu yang telah didapatkan dari profesi keperawatan yang dipelajari. Sebagai bahan evaluasi tentang pengetahuan penerapan konsep keperawatan Gerontik yang didapatkan selama pendidikan untuk diaplikasikan dalam praktik keperawatan secara nyata sehingga menambah wawasan pengetahuan dan keterampilan memberikan asuhan keperawatan Gerontik dengan Hipertensi, khususnya pada klien yang dilaksanakan dari tanggal 03-15 April-2023.

DAFTAR PUSTAKA

- Allender, J.A., Rector, C., & Warner, K.D. (2014). *Community dan public health nursing promoting the public's health* (8th Ed.). http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/APKKM/article/download/6661/pdf_1. 10 juni 2023
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Garut. (2017). *Kabupaten Garut Dalam Angka 2016*, Garut: BPS Kabupaten Garut. <https://garutkab.bps.go.id/statistictable/2017/05/31/188/jumlah-kasus-10-penyakit-terbanyak-di-kabupaten-garut-2016.html>. 15 juni 2023
- Dr. Sandu Siyoto, SKM, M.Kes, M. Ali Sodik, M. (2015). *Buku Metode Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif* (Issue March). <http://repositori.unsil.ac.id/5989/12/12.pdf>
- Fatmawati, V dan M. A. Imron. (2017). Perilaku Koping pada Lansia yang Mengalami Penurunan Gerak dan Fungsi. *Intuisi, Jurnal Psikologi Ilmiah* 9 (1): 26-38. <http://repositori.itspku.ac.id/68/1/2016011892.pdf>. 06 juni 2023
- Hariawan, Hamdan, and Cut Mutia Tatisina. 2020. "Pelaksanaan Pemberdayaan Keluarga Dan Senam Hipertensi Sebagai Upaya Manajemen Diri Penderita Hipertensi." *Jurnal Pengabdian Masyarakat Sasambo* 1(2):75. doi:10.32807/jpms.v1i2.478. <https://sg.docworkspace.com/l/sIDaP-ICAAd6iaUG?sa=e1&st=0t>. 03 juli 2023
- Kemenkes RI. (2014). *Pusdatin Hipertensi. Infodatin, Hipertensi*, 1–7. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Kemenkes RI. (2013). *Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia*. Jakarta: Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan. <https://www.kemkes.go.id/article/view/18050900001/lansia-sejahtera-masyarakat-bahagia-.html>
- Kemenkes RI. (2019). *Hari Hipertensi Dunia 2019: "Know Your Number, Kendalikan Tekanan Darahmu dengan Cerdik*. Artikel. <http://p2ptm.kemkes.go.id/kegiatan-p2ptm/dki-jakarta/hari-hipertensi-dunia-2019-know-your-number-kendalikan-tekanan-darahmu-dengan-cerdik>. 15 Juni 2023 (15.20).
- Kholifah, (2016). *Keperawatan Gerontik. Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan*. Kemenkes RI. Jakarta. <https://eprints.triatmamulya.ac.id/927/1/Keperawatan%20Gerontik.pdf>

- Muhith, Abdul., dan Sandu Siyoto. (2016). Pendidikan Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: CV ANDI OFFSET (penerbit ANDI).
<https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=1183286>
- Nurarif, A.H & Kusuma, H. (2016) *Asuhan Keperawatan Praktis*. Edisi Revisi Jilid 2. Yogyakarta: Mediacion jogja
- PPNI (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Ratnawati, Emmelia. (2017). *Asuhan Keperawata Gerontik*. Yogyakarta: Penerbit Pustaka Baru Press. <https://ojs.poltekkes-malang.ac.id/index.php/JIKI/article/view/37>
- Riskesdas Kementerian Kesehatan RI. (2018). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Ridwan Muhammad, Indra Dwinata. (2020). Hasanudin Journal Public Health: Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Umur Produktif Di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea Jaya Makasar. <https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=1141643>
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Triyanto, (2014). *Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu*. Graha Ilmu : Yogyakarta. <https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=932267>
- Yuli Reny. (2014). *Asuhan Keperawatan Gerontik*. TIM : Jakarta. <http://repository.unimus.ac.id/2933/3/BAB%20II.pdf>
- World Health Organization. (2018). Global Health and Aging. Diakses: 25 juni 2023 , http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf.

SAP

(Satuan Acara Penyuluhan)

Hari/Tanggal	: Senin, 06 Maret 2023
Pukul	: 12.00 WIB
Sasaran	: Pasien (Ny.L)
Materi	: Hipertensi
Waktu Pertemuan	: 15 menit
Tempat	: Rumah pasien
Jumlah Peserta	: 1 Orang
Penyuluh	: Sahlan Rizki Supriadi

A. I. Tujuan Intruksional Umum (TIU) :

Setelah diberikan penyuluhan 15 menit, diharapkan klien mampu memahami dan mengerti tentang hipertensi

II. Tujuan Intruksional Khusus (TIK) :

- a. Pasien (Ny, L) dapat mengetahui dan menjelaskan tentang hipertensi.
- b. Pasien (Ny. L) dapat mengetahui dan menyebutkan penyebab hipertensi
- c. Pasien (Ny. L) dapat menyebutkan tanda dan gejala hipertensi .
- d. Pasien (Ny. L) dapat menjelaskan tentang diet hipertensi
- e. Pasien (Ny. L) dapat menjelaskan tentang pencegahan hipertensi

B. Pokok Bahasan : Hipertensi

C. Sub Pokok Bahasan :

1. Pengertian hipertensi.
2. Penyebab hipertensi.
3. Tanda dan gejala hipertensi.
4. Diet hipertensi.
5. Pencegahan hipertensi.

D. Kegiatan Penyuluhan :

No	Tahap Kegiatan	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Sasaran	Media
1.	Pembukaan	3 menit	✓ Mengucapkan salam ✓ Memperkenalkan diri ✓ Menyampaikan tentang tujuan pokok materi ✓ Menyampaikan pokok pembahasan ✓ Kontrak waktu	✓ Menjawab salam ✓ Mendengarkan dan menyimak ✓ Bertanya mengenai perkenalan dan tujuan jika ada yang kurang jelas	Kata-kata/ kalimat
2.	Pelaksanaan	10 menit	✓ Penyampaian Materi ✓ Menjelaskan tentang pengertian hipertensi ✓ Menjelaskan penyebab	✓ Mendengarkan dan menyimak ✓ Bertanya mengenai hal-hal yang belum jelas dan dimengerti	Leaflet

			hipertensi ✓ Menjelaskan tanda dan gejala hipertensi ✓ Menjelaskan tentang diet hipertensi ✓ Menjelaskan pencegahan hipertensi ✓ Tanya Jawab ✓ Memberikan kesempatan pada peserta untuk bertanya		
3.	Penutup	2 menit	✓ Melakukan evaluasi ✓ Menyampaikan kesimpulan materi ✓ Mengakhiri pertemuan dan menjawab salam	✓ Sasaran dapat menjawab tentang pertanyaan yang diajukan ✓ Mendengar ✓ Memperhatikan ✓ Menjawab salam	Kata-kata/ kalimat

E. Evaluasi

Bentuk : Performance test
Cara Pelaksanaan : Lisan
Waktu Pelaksanaan Evaluasi : Setelah menyajikan materi

F. Referensi

Triyanto, (2014). *Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu*. Graha Ilmu : Yogyakarta.
<https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=932267>
<http://www.alodokter.com/hipertensi>
<https://hellosehat.com/penyakit/hipertensi-darah-tinggi/>

G. Materi

HIPERTENSI

A. Pengertian

Menurut WHO, batas tekanan darah yang masih dianggap normal adalah 140/90 mmHg dan tekanan darah sama atau diatas 160/95 mmHg dinyatakan hipertensi.

Penyakit Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang lebih dari 140/90 mmHg didasarkan pada dua fase dalam setiap denyut jantung yaitu fase sistolik 140 menunjukkan fase darah yang sedang dipompa oleh jantung dan fase diastolik 90 menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung (Triyanto, 2016).

Jadi Hipertensi adalah tekanan darah sistolik lebih dari 140 dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg, itu dilakukan dengan 2 kali pengukuran dan harus keadaan yang cukup tenang.

B. Penyebab Hipertensi

1. Asupan garam yang tinggi
2. Strees psikologis
3. Faktor genetik (keturunan)
4. Kurang olahraga
5. Kebiasaan hidup yang tidak baik seperti merokok dan alkohol
6. Penyempitan pembuluh darah oleh lemak/kolesterol tinggi
7. Peningkatan usia
8. Kegemukan

C. Tanda dan Gejala Hipertensi

Adapun tanda-tanda gejala pada hipertensi antara lain

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

D. Diet Hipertensi

1. Makanan yang dianjurkan untuk penderita hipertensi :
 - a. Sumber karbohidrat seperti biscuit, singkong, roti, tepung, mie, tapioca, nasi.
 - b. Sumber protein nabati seperti tahu, temped an kacang-kacangan
 - c. Sumber vitamin (buah dan sayuran) seperti buah jeruk, pisang, melon, tomat, dll
2. Makanan yang dibatasi
 - a. Garam dapur
 - b. Makanan yang diawetkan dengan garam seperti ikan asin, asinan
 - c. Makanan yang tinggi lemak dan kolesterol

E. Pencegahan Hipertensi

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

5. Istirahat yang cukup
6. Hindari stres
7. Olahraga yang teratur



STIKes Karsa Husada Garut



HIPERTENSI

Tekanan Darah Tinggi

Sahlan Rizki Supriadi

Apa itu HIPERTENSI?

Tekanan darah tinggi

Hipertensi adalah suatu kondisi dimana tekanan darah sistolik >140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik >90 mmHg.

Faktor Resiko

Bisa Dirubah

- Merokok
- Pola makan
- Kurang berolahraga
- Kebiasaan minum kopi
- Konsumsi alkohol

Tidak Bisa Dirubah

- Riwayat keluarga
- Usia
- Jenis kelamin



Tanda dan Gejala



Mengeluh
sakit
kepala,
pusing

Lemas,
kelemahan

Sesak
nafas



Mual



Kesadaran
menurun



Mimisan

Kompilasi

- Stroke
- Infark miokardium
- Gagal ginjal
- Ensefalopati



Kendalikan Hipertensi dengan PATUH

P

Periksa kesehatan secara rutin dan ikuti anjuran dokter

A

Atasi penyakit dengan pengobatan yang tepat dan teratur

T

Tetap diet dengan gizi seimbang

U

Upayakan aktivitas fisik dengan aman

H

Hindari asap rokok, alkohol dan zat karsinogenik lainnya

Pola Makan



Batasi konsumsi gula <50 gram (4 sdm per hari)



Batasi garam <5 gram (1 sdt per hari)
Batasi makanan olahan cepat saji



Batasi daging berlemak dan minyak goreng <5 sdm per hari
Makan ikan sedikitnya 3x per minggu



5 porsi (400–500 gram) buah-buahan dan sayuran per hari

The Silent Killer

Karena sering tanpa keluhan, sehingga penderita tidak mengetahui dirinya menyandang hipertensi dan baru diketahui setelah terjadi komplikasi.

DOKUMENTASI

