

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN.U DENGAN
HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI WILAYAH KERJA UPT
PUSKESMAS SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Di Susun Oleh :

HANI ALFIYAH

NIM : KHGA20059



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PRORAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

TAHUN 2023

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. U
DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI
WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS SAMARANG
KABUPATEN GARUT

PENULIS : HANI ALFIYAH

NIM : KHGA20059

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Disetujui Untuk Disidangkan Di Hadapan

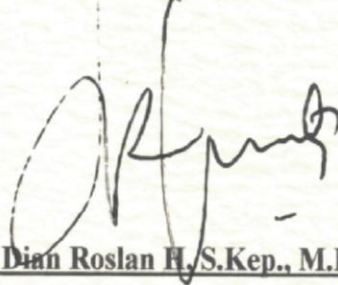
Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2023

Menyetujui

Pembimbing



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

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. U
DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI
WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS SAMARANG
KABUPATEN GARUT

PENULIS : HANI ALFIYAH

NIM : KHGA20059

Garut, Juni 2023

Menyetujui

Penguji 1

Penguji 2



Iwan Wahyudi M.Kep



Rudi Alfiansyah, S.Kep., Ners., M.pd

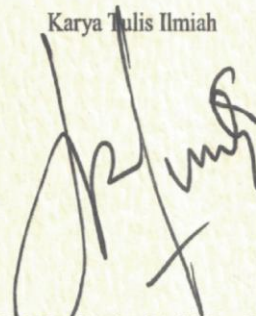
Mengetahui :
Ketua Program Studi D-III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Mengesahkan :
Pembimbing

Karya Tulis Ilmiah



K. Dewi Budiarti, M.Kep.



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

ABSTRAK

IV BAB, 86 halaman, 15 tabel,5 lampiran

Hipertensi termasuk kedalam 10 besar penyakit terbanyak pada lansia di UPT Puskesmas Samarang Garut dengan urutan ke 4 sebanyak 266 orang pada 2022, sehingga upaya dalam penyembuhan sangat diperlukan melalui perawatan dan pendidikan kesehatan, dampak yang dapat di timbulkan dari penyakit Hipertensi merasakan sakit pada bagian kepala dan jika di biarkan akan mengalami komplikasi stroke dan bisa menyebabkan kematian. Tujuan membuat Karya Tulis Ilmiah lainnya yaitu mendapatkan informasi yang jelas melalui data faktual, aktual, sistematis dalam asuhan keperawatan pada klien dengan hipertensi, ada lima tahapan proses keperawatan antara lain pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Ketika disimpulkan secara umum bahwa asuhan keperawatan pada Tn.U dengan Hipertensi pada Kzst indeks A di wilayah kerja UPT Puskesmas Samarang Garut yang di berikan berdasarkan ilmu pengetahuan dan sikap profesional yang dapat melakukan asuhan keperawatan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Diagnosa yang muncul pada Tn.U ini yaitu, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Serta intervensi yang di ambil yaitu perfusi serebral, dukungan tidur dan edukasi kesehatan.

Daftar Pustaka : 20 buah (2013-2021)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, yang telah mencurahkan rahmat serta hidayah-Nya kepada kita semua. Shalawat beserta salam semoga tercurah limpahkan kepada nabi kita, nabi Muhammad SAW beserta keluarga, sahabatnya dan mudah-mudahan sampai pada kita semua selaku umatnya.

Atas karunia dan izin-nya, penulis dapat menyelesaikan laporan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn.U Dengan Hipertensi Pada Katz Indeks A Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Samarang Garut”**. Karya tulis ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bimbingan, nasehat, dan dukungan. Untuk itu pada kesempatan ini perkenankan penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiyat MA, selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. Bapak H. D. Saepudin,S.Sos,M.Kes, selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. Bapak H. Engkus Kusnadi S.Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut

4. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kep, Ners., M. Kep selaku ketua Program Studi D3 Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak Dr. H. Dian Roslan H, S.Kep., M.Kes, selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang menyediakan waktu, memberikan bimbingan, petunjuk serta motivasi kepada penulis dengan penuh kesabaran serta tanggung jawab sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini.
6. Kepada staff dan dosen, STIKes Karsa Husada Garut khusus prodi DIII Keperawatan yang telah begitu banyak memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
7. Kepada Pembimbing Puskesmas Bapak Cecep Salahudin Sanusi, S.Kep., Ners yang telah membantu dan memberi kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan Lansia pada Tn. U dengan Hipertensi pada KATZ indeks A di UPT Puskemas Samarang Garut.
8. Kepada kedua orangtua ku tercinta ayah dan ibu tersayang yang tiada henti memberikan semangat, Do'a dan dorongan baik secara moral ataupun materi kepada penuli. Semoga keringat, doa dan air mata dibalas dengan kebahagiaan di dunia dan di akhirat oleh Allah SWT.
9. Kepada kakak kakak ku tercinta yang juga tiada henti memberikan semangat dan dorongan baik moral maupun materi kepada penulis. Semoga Allah SWT membalas dengan kebahagiaan.
10. Kepada M. Dhifa Abdal Matin yang selalu memberikan semangat, motivasi serta dorongan kepada penulis.

11. Kepada Teman-teman di prodi DIII Keperawatan Stikes Karsa Husada Garut khususnya kelas 3B yang telah memberikan bantuan dorongan semangat dan kenangan manis yang terukir dihati penulis.

12. Dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, namun telah begitu banyak membantu selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga kebaikan yang telah mereka berikan mendapat ridho serta balasan yang setimpal dari Allah SWT.

Akhir kata penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat khususnya bagi penulis umumnya bagi para pembaca Aamiinn.

Garut, Juni 2023

Penulis

Hani Alfiyah

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penelitian	6
C. Metode Telaahan.....	7
D. Sistematika penulisan.....	9
BAB II TINJAUAN TEORI.....	10
A. Konsep Dasar Lansia.....	10
1. Definisi Lanjut Usia	10
2. Batasan Lanjut Usia	10
3. Tipe Lansia.....	11
4. Proses Menua	12
5. Perubahan Fisiologis Pada Lansia.....	13
6. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Proses Menua.....	15
B. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi	17
1. Definisi Hipertensi	17
2. Etiologi.....	18
3. Manifestasi Klinis.....	20

4. Klasifikasi	21
5. Pathway Hipertensi	22
6. Patofisiologis.....	23
7. Komplikasi	24
8. Pemeriksaan penunjang.....	25
9. Penatalaksanaan	26
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Lanjut Usia	27
1. Pengkajian	28
2. Diagnosa Keperawatan.....	39
3. Intervensi Keperawatan.....	40
4. Implementasi	45
5. Evaluasi	46
6. Dokumentasi	47
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	48
A. Tinjauan Kasus.....	48
1. Pengkajian	48
2. Analisa Data	62
3. Diagnosa Keperawatan.....	63
4. Perencanaan Keperawatan	65
5. Implementasi dan Evaluasi	68
6. Catatan Perkembangan.....	70
B. Pembahasan.....	74
1. Tahap Pengkajian	74
2. Tahap Perencanaan.....	76
3. Tahap Implementasi	78
4. Tahap Evaluasi	79
5. Tahap Dokumentasi	80

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	82
A. Kesimpulan	82
B. Rekomendasi	83

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

2.1 Tabel Klasifikasi Tekanan Darah.....	21
2.2 Tabel Penilaian KATZ Indeks	33
2.3 Tabel Penilaian Bartel Indeks	34
2.4 Tabel Penilaian SPMSQ.....	36
2.5 Tabel Penilaian MMSE.....	37
2.6 Tabel SDKI, SIKI, SLKI.....	41
3.1 Tabel Aktivitas Sehari-hari/ADL.....	54
3.2 Tabel Pemeriksaan KATZ Indeks.....	55
3.3 Tabel Pemeriksaan Barthel Indeks.....	56
3.4 Tabel Pemeriksaan SPMSQ	58
3.5 Tabel Pemeriksaan MMSE	59
3.6 Tabel Analisa Data.....	62
3.7 Tabel Perencanaan Keperawatan	65
3.8 Tabel Implementasi Keperawatan.....	68
3.9 Tabel Catatan Perkembangan.....	70

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Satuan Acara Penyuluhan(SAP)
Lampiran II	Materi Penyuluhan
Lampiran III	Leaflet
Lampiran IV	Lembar Bimbingan
Lampiran V	Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan Undang-undang No 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut Usia, Lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas. Batasan-batasan lanjut usia menurut WHO terdiri dari usia pertengahan 45-59 tahun, lanjut Usia 60-74 tahun, lanjut usia tua 75-90 tahun, usia sangat tua di atas 90 tahun. Populasi lanjut usia di prediksi terus mengalami peningkatan menurut laporan *world population prospect* Tahun 2017 menyebutkan bahwa populasi lanjut usia (lebih dari 60 tahun) di perkirakan mengalami peningkatan dari 962 juta di seluruh dunia pada tahun 2017 menjadi 2,1 miliar pada tahun 2050 dan 3,1 miliar pada tahun 2100 (*unilted nations, 2017*).

Dari segi aspek kesehatan, lansia menjadi kelompok yang rentan mengalami penurunan derajat kesehatan akibat dari proses degeneratif (penuaan) sehingga fungsi fisiologis mengalami penurunan. Proses menua pada manusia merupakan suatu peristiwa alamiah, melemahnya kemampuan jaringan pada tubuh untuk memperbaiki diri dan mempertahankan fungsi tubuh sehingga terjadi penurunan derajat kesehatan dan masalah kesehatan pada lansia secara progresif, selain rentan mengalami penyakit menular Tuberculosis, Diare, Pneumonia, dan Hepatitis lansia rentan mengalami penyakit tidak menular seperti

Hipertensi, Stroke, Diabetes Melitus, Radang sendi atau Reumatik dan Asam Urat (Mubarak et al, 2015).

Menurut WHO dikawasan Asia Tenggara populasi lansia sebesar 8% atau sekitar 142 jiwa. Pada tahun 2050 diperkirakan populasi lansia meningkat menjadi 3 kali lipat dari tahun ini. Pada tahun 2000 jumlah lansia sekitar 5.300.000 (7,4%) dari total populasi, dan tahun 2010 jumlah lansia 24.000.000 (99,77%) dari total populasi. Tahun 2016 Indonesia punya 22,6 juta lansia atau 8,75 & penduduk dengan umur tengah 28 tahun. Diperkirakan pada tahun 2030, jumlah itu akan naik 41 juta orang atau 13,82% penduduk dengan umur tengah 32 tahun (Badan statistic, 2016). Di Indonesia 11 provinsi dengan persentasi lansia lebih dari 7% Provinsi Sumatera Barat mencapai angka 44,403 orang dengan jumlah populasi terbanyak di kota Padang dengan jumlah 28,896 orang (Badan statistic, 2015).

Berdasarkan hasil proyeksi penduduk tahun 2010-2032, jumlah penduduk lansia di Jawa Barat pada tahun 2017 sebanyak 4,16 juta jiwa, sedangkan pada tahun 2015 jumlah penduduk lansia sebanyak 3,77 juta jiwa Pada tahun 2021 penduduk lansia di Jawa Barat diperkirakan sebanyak 5,07 juta jiwa atau 10,4% dari penduduk total Jawa Barat. Kondisi ini menunjukkan bahwa Jawa Barat sudah memasuki aging population (Badan pusat Statistik, 2017).

Berdasarkan hasil proyeksi penduduk tahun 2015, jumlah penduduk lansia di kota Garut pada tahun 2015 sebanyak 227.642 jiwa. Dengan

jumlah prediksi umur 60-64 tahun sebanyak 80.367 jiwa, umur 65-69 sebanyak 57.719 jiwa, umur 70-75 sebanyak 41.988 jiwa, dan umur >75 tahun sebanyak 47.568 jiwa (Badan pusat statistic,2015)

Salah satu penyakit tidak menular yang menjadi masalah kesehatan serius saat ini adalah Hipertensi (Wahidin et al , 2019). Kondisi penyakit kardiovaskuler ini terjadi seiring pertambahan usia dimana terjadi penurunan elastisitas dinding pembuluh darah sistemik akibat penuaan. Hal ini nantinya akan berhubungan kelainan pada sisitem kardiovaskuler yang akan menyebabkan lansia rentan mengalami gangguan pada tekanan darah seperti Hipertensi. (Sudarso et al,2019).

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah Sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah Diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu 5 lima menit dalam keadaan cukup istirahat atau tenang(Whelton et al,2015). Penyebab hipertensi hingga saat ini secara pasti belum dapat diketahui, tetapi gaya hidup berpengaruh besar terhadap kasus ini. Terdapat beberapa factor yang yang menjadi risiko terjadinya Hipertensi, seperti usia, jenis kelamin, meroko, dan gaya hidup kurang aktivitas yang dapat mengarah ke obesitas (Tirtasari & Kodim,2019). Factor risiko penyebab Hipertensi pada lansia yaitu aktivitas fisik yang rendah meningkatkan risiko Hipertensi pada lansia, asupan lemak dan natrium yang tinggi, meroko, kurang olah raga dan kualitas tidur lansia yang rendah (Amanda et al, 2016 ; Iswahyuni,2017,Mahmudah et al, 2015).

Penyakit Hipertensi apabila diabaikan akan berisiko mengalami komplikasi yaitu diantaranya Stroke, Perdarahan otak Transient Ischemic Attack Penyakit jantung seperti angina pectoris, Infark Miokard Akut, Penyakit ginjal, Penyakit mata seperti perdarahan (Retina Ratnawati Emmelia,2015). Mengurangi factor resiko dan komplikasi tersebut menjadi dasar pemberani intervensi oleh tenaga kesehatan(Tirtasari & Kodim,2019). Perawat sebagai tenaga kesehatan memiliki peran sebagai educator atau pendidik. Sebagai seorang pendidik, perawat membantu klien mengenal kesehatan dan prosedur asuhan keperawatan yang mereka lakukan guna memulihkan atau memelihara kesehatan tersebut (Kozier,2010).

Data World Health Organization (WHO) tahun 2018 menunjukkan sekitar 1,13 miliar orang di dunia menyandang hipertensi, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosa hipertensi. Jumlah penyandang hipertensi terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan pada tahun 2025 akan ada 1,5 Miliar orang yang terkena hipertensi, dan diperkirakan setiap tahunnya 9 juta orang di Asia Tenggara meninggal akibat hipertensi dan komplikasinya (Kemenkes,2019). Prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran pada penduduk usia 18 tahun sebesar 34,1%, tertinggi di Kalimantan Selatan (44,1%), sedangkan terendah di Papua sebesar (22,2%). Hipertensi terjadi pada kelompok umur 31-44 tahun (31,6%), umur 45-54 tahun (45,3%), umur 55-64%). Prevalensi hipertensi di Indonesia adalah 31,7% yang berarti hampir 1 dari 3 penduduk usia

dari 18 tahun ke atas menderita hipertensi. Berbagai faktor terkait dengan genetik dan pola hidup seperti aktivitas fisik yang kurang, asupan kaya asin dan lemak serta kebiasaan merokok dan minum alkohol berperan dalam melonjaknya angka hipertensi (Riskendas,2018)

Pada tahun 2016 di Jawa Barat ditemukan 790.382 orang kasus hipertensi (2,46% terhadap jumlah penduduk lebih dari 10 tahun), dengan jumlah kasus yang di periksa sebanyak 8.029.245 orang. Sedangkan data kabupaten di Garut menunjukkan bahwa angka hipertensi di daerah kabupaten Garut masuk kedalam 10 besar penyakit tidak menular yang menduduki peringkat ke 3 dengan jumlah 76.663 kasus. (BPS Kab.Garut,2017).

Kondisi penyakit hipertensi tahun 2022 di puskesmas samarang masuk ke dalam peringkat ke 8 dari 10 besar penyakit dengan jumlah 629 orang sedangkan hipertensi pada lansia masuk ke peringkat ke 4 dari 10 besar penyakit pada lansia dengan jumlah lansia Hipertensi 266 orang, oleh karena itu upaya penyembuhan sangat diperlukan melalui pengobatan, perawatan, dan pendidikan kesehatan, jika tidak di obati akan timbul nyeri kepala dan dapat mengalami stroke hingga kematian. terdapat dua terapi yang dilakukan untuk mengontrol tekanan darah agar tidak meningkat yaitu terapi farmakologis dan non farmakologis (Kosasih dan Hassan,2013). Penemuan dini penyakit hipertensi dan perawatan yang insentif dapat mengurangi angka morbiditas dan mortalitas pada penyakit hipertensi peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan gerontik

harus bisa memberikan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan secara baik (Bachrul dan Najib,2016 : 6)

Peran perawat dalam kesehatan khususnya pemeliharaan kesehatan tidak efektif pada pasien hipertensi salah satunya hipertensi keperawatan mandiri yang dapat direncanakan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam merawat diri, saat difokuskan pemberian perawatan pada pasien hipertensi dengan memberikan edukasi tentang manajemen hipertensi seperti mengatur pola hidup sehat, menghindari merokok, sehingga diharapkan efektifitas perawatan meningkat (Firmansyah, 2019).

Berdasarkan uraian diatas, maka dari itu penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah ini dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN.U DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS SAMARANG GARUT”**.

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulis dapat memperoleh gambaran nyata tentang asuhan keperawatan pada Tn.U dengan hipertensi pada katz indeks A secara langsung dan komprehensif melalui aspek biologis, psikologis, social, dan spiritual dengan pendekatan model keperawatan di Puskesmas Samarang Garut.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari karya tulis ilmiah ini sebagai berikut :

- a. Mampu melakukan pengkajian status kesehatan, pengumpulan data, analisa data, menentukan sampai memprioritaskan masalah pada klien hipertensi.
- b. Mampu membuat diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah hipertensi pada lansia
- c. Mampu melakukan rencana keperawatan sesuai diagnosa dan melaksanakan implementasi sesuai dengan masalah hipertensi pada klien.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan yang telah di susun secara rasional berdasarkan ilmu pengetahuan dan keterampilan pada klien hipertensi.
- e. Mampu mengevaluasi hasil dari proses asuhan keperawatan secara sistematis.
- f. Mampu mendokumentasikan seluruh proses asuhan keperawatan secara sistematis.

C. Metode Telaahan

Penulisan karya tulis ini menggunakan studi kasus dan pendekatan asuhan keperawatan pada lansia yang di tuju pada masalah yang timbul.

Adapun teknik untuk pengumpulan data yaitu:

1. Wawancara

Data yang penulis dapatkan dengan tehnik wawancara yang dilakukan secara langsung di rumah Tn.U secara terarah, dat tersebut juga di dapatkan dari istri klien.

2. Observasi

Obeservasi adalah cara pengumpulan data melalui hasil pengamatan tentang kondisi klien dalam rangka asuhan keperawatan metode pengambilan data yang menggunakan data penglihatan untuk mengamati kondisi fisik dari lingkungan tempat tinggal lansia. Observasi dilakukan secara langsung pada lansia dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

3. Pemeriksaan fisik

Data selanjutnya dengan pemeriksaan fisik persistem serta pengkajian khusus pada pasien lansia seperti: pengkajian fungsional (KATZ Indeks dan Barthel indeks) dan pengkajian kognitif/afektif/mental/social (SPMSQ,MMSE) dengan menggunakan tehnik pemeriksaan secara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, sehingga di dapatkan data yang objektif tentang data kesehatan klien.

4. Studi dokumentasi

Metode pengumpulan data dimana penulis mendapatkan data selain dari wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik.

5. Studi kepustakaan

Penulis mengumpulkan sumber-sumber dari buku dan artikel sebagai panduan untuk bahan mendapatkan keterangan dan data dasar yang

mendukung berkaitan dengan masalah yang di hadapi pada klien yaitu hipertensi.

D. Sistematika Penulisan

Untuk memudahkan dalam memahami karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan sistematika penulisan yang terdiri dari 4 Bab yaitu:

BAB I : Pendahuluan

Menjelaskan mengenai Latar Belakang, Tujuan Penulisan, Metode tenelaahan, sistematika penulisan.

BAB II : Tinjauan Teoritis

Menjelaskan mengenai konsep keperawatan lansia, teori lansia, konsep penyakit hipertensi, dan konsep keperawatan gerontik pada penyakit hipertensi

BAB III : Tinjauan Kasus dan Pembahasan

Tinjauan kasus ini Menjelaskan mengenai proses keperawatan yang sudah dilakukan secara nyata dilapangan, mulai dari pengkajian,menentukan diagnosa keperawatan, merancang perancangan keperawatan, melakukan implementasi keperawatan, melakukasn evaluasi keperawatan, sedangkan pembahasan menjadi suatu bahan perbandingan kesamaan dan perbedaan antara dilapangan dengan menurut teori mulai dari pengkajian hingga evaluasi.

BAB IV : Kesimpulan dan Rekomendasi

Bab terakhir yang menjelaskan mengenai kesimpulan penulis setelah melaksanakan kegiatan asuhan keperawatan pada lansia dan rekomendasi untuk perbaikan dimasa yang akan datang

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Lansia

1. Definisi Lanjut Usia

Menurut peraturan pemerintahan republik Indonesia Nomor 43 tahun 2004, lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai 60 tahun keatas, proses terjadinya penuaan penduduk dipengaruhi oleh beberapa faktor, misalnya peningkatan gizi, sanitasi, pelayanan kesehatan, sehingga kemampuan tingkat kesehatan, hingga kemajuan tingkat pendidikan dan social ekonomi yang semakin baik (Depkes,2017).

Menua atau menjadi tua adalah suatu proses biologis yang tidak dapat di hindari proses menua terjadi secara alamiah hal ini dapat menimbulkan masalah fisik, mental, social, ekonomi, dan psikologis (Mustika, 2019).

Dari kedua definisi diatas dapat disimpulkan bahwa lansia adalah orang yang berusia lebih dari 60 tahun ditandai dengan adanya penurunan fungsi biologis, psikologis, social, ekonomi, tidak bisa mencari nafkah sendiri dan merupakan tahap akhir dari siklus kehidupan yang tidak bisa dihindari.

2. Batasan Lanjut Usia

- a. Menurut WHO (2013), klasifikasi lansia adalah sebagai berikut:

- 1) Usia pertengahan (*middle age*), yaitu kelompok usia 45-54 tahun.
 - 2) Lansia (*elderly*), yaitu kelompok usia 55-65 tahun.
 - 3) Lansia muda (*young old*), yaitu kelompok usia 66-74 tahun.
 - 4) Lansia tua (*old*), yaitu kelompok usia 75-90 tahun.
 - 5) Lansia (*very old*), yaitu kelompok usia lebih dan 90 tahun.
- b. Menurut kementrian kesehatan RI (2015) lanjut usia dikelompokkan menjadi usia lanjut (60-69 tahun) dan usia lanjut dengan risiko tinggi (lebih dari 70 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan).

3. Tipe Lansia

Lima tipe lansia (prabasari, 2017) sebagai berikut :

a. Tipe arif bijaksana

Lansia dengan tipe arif bijaksana adalah lansia yang kaya dengan hikmah, pengalaman menyesuaikan diri seiring dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati sederhana, dermawan dan menjadi panutan.

b. Tipe mandiri

Lansia dengan tipe ini senang melakukan kegiatan sendiri, mengganti kegiatan yang hilang dengan kegiatan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan dan pergaulan.

c. Tipe tidak puas

Lansia dengan tipe ini selalu mengalami konflik lahir dan batin, menentang proses penuaan yang menyebabkan kehilangan kecantikan/ketampanan, kehilangan daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan, status, pemaarah, kehilangan teman yang di sayangi, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani dan pengkritik sesuatu.

d. Tipe pasrah

Lansia dengan tipe ini selalu menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan, dan mau melakukan berbagai jenis kegiatan ataupun pekerjaan.

e. Tipe bingung

Lansia dengan tipe ini seiring mengalami kehidupan kepribadi, kaget, mengasihkan diri, marasa minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh.

4. Proses Menua

Pada lanjut usia, individu mengalami banyak perubahan baik secara fisik maupun mental, khususnya kemunduran dalam berbagai fungsi dan kemampuan yang pernah di milikinya. Penurunan tersebut mengenai berbagai system dalam tubuh seperti penurunan daya ingat, kelemahan otot, pendengaran, penglihatan, perasaan dan tampilan fisik yang berubah serta berbagai disfungsi biologis lainnya. Menurut Constantanides (1994, dalam Abdul Muhith, 2016) Penuaan adalah suatu proses yang mengubah

seorang dewasa sehat menjadi seorang yang frail dengan berkurangnya sebagian besar cadangan system fisiologis dan meningkatnya kerentanan terhadap berbagai penyakit dan kematian.

5. Perubahan Fisiologis Pada Manusia

Abdul Muhith 2016 ada beberapa penjelasan dari perubahan fisik yang dialami lansia, antara lain sebagai berikut:

a. Sistem indra

Pada sistem pendengaran biasanya terjadi masalah pendengaran yang disebut preabikosis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga bagian dalam dan pada bagian dan pada sistem penglihatan lensa lebih buram,menurunnya lapang pandang sera hilangnya daya akomodasi.

b. Sistem integument

Pada kulit lansia akan mengalami kendur, tidak elastis, kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan memiliki banyak berak. Warna coklat yang timbul sebagai pigmen pada kulit disebut liver spot.

c. Sistem muskuloskeletal

Pada muskuloskeletal terdapat jaringan penghubung (kolagen dan elastis), kartilago, tulang, otot dan sendi. Kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami

granulasi, sehingga permukaan sendi menjadi rata. Kemampuan kartigo untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang menjadi cenderung kearah progresif, yang mengakibatkan kartilago pada persendian menjadi rentan terhadap gesekan. Pada tulang akan mengalami berkurangnya kepadatan tulang. Hal tersebut merupakan bagian dari penuaan fisiologi yang akan menyebabkan osteoporosis dan lebih lanjut akan mengakibatkan nyeri, deforminitas dan fraktur.

d. Sistem Kardiovaskular

Pada lanjut usia masa jantung akan bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertiroid sehingga peregangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat. Perubahan ini disebabkan oleh penumpukan lipofusin.

e. Sistem Respirasi

Pada proses penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap akan tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru berkurang.

f. Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi. Indra pengecap menurun, rasa lapar

menurun, hati semakin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan dan berkurangnya aliran darah.

g. Sistem perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan, banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

h. Sistem saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atrofi yang progresif pada serabut lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

i. Sistem Reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutkan ovarium dan uterus, terjadi atrofi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa meskipun adanya penurunan secara perlahan.

6. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Proses Menua

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

a. Hereditas atau Genetik

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

b. Nutrisi/Makanan

Berlebihan atau kekurangan mengganggu keseimbangan reaksi kekebalan

c. Status kesehatan

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

d. Pengalaman hidup

- 1) Paparan sinar matahari: kulit yang tak terlindungi sinar matahari akan mudah ternoda oleh flek, kerutan, dan menjadi kusam.
- 2) Kurang olahraga: olahraga membantu pembentukan otot dan menyebabkan lancarnya sirkulasi darah.

3) Mengonsumsi alkohol: alkohol dapat memperbesar pembuluh darah kecil pada kulit dan menyebabkan peningkatan aliran darah dekat permukaan kulit.

e. Lingkungan

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

f. Stress

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

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg (Reny, 2014). Hipertensi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah menjadi naik karena gangguan pada pembuluh darah. (Nurarif dan Kusuma, 2015).

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

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan hipertensi adalah keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yaitu tekanan darah sedikitnya 140 mmHg dan diastolik sedikitnya 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu 5 menit dalam keadaan tenang.

2. Etiologi

Penyebab hipertensi menurut (Musakkar & Djafar,2021) yaitu :

a. Keturunan

Jika seseorang memiliki orang tua atau saudara yang mengidap hipertensi maka besar kemungkinan orang tersebut menderita hipertensi

b. Usia

Sebuah penelitian menunjukkan bahwa semakin bertambah usia seseorang maka tekanan darahnya akan meningkat.

c. Garam

Garam dapat meningkatkan tekanan darah dengan cepat pada beberapa orang.

d. Kolesterol

Kandungan lemak yang berlebih dalam darah dapat menyebabkan timbunan kolesterol pada dinding pembuluh

darah, sehingga mengakibatkan pembuluh darah menyempit dan tekanan darahpun meningkat.

e. Obesitas/kegemukan

Orang yang memiliki 30% dari berat badan ideal memiliki risiko lebih tinggi mengidap hipertensi

f. Stress

Stress merupakan masalah yang memicu terjadinya hipertensi dimana hubungan antara stress dengan hipertensi diduga melalui aktifitas saraf simpatis peningkatan saraf dapat menaikkan tekanan darah secara intermiten (tidak menentu) (anggraeni et al.,2014).

g. Rokok

Merokok dapat memicu terjadinya tekanan darah tinggi, jika merokok dalam keadaan hipertensi maka akan dapat memicu penyakit yang berkaitan dengan jantung dan darah.

h. Kafein

Kafein yang terdapat pada kopi, teh, ataupun minuman bersoda dapat meningkatkan tekanan darah.

i. Alkohol

Mengonsumsi alkohol yang berlebihan dapat meningkatkan
Kurang olahraga

Kurang berolahraga dan bergerak dapat meningkatkan tekanan darah, jika menderita hipertensi agar tidak melakukan olahraga berat.

3. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala pada hipertensi menurut nurarif & kusuma, 2015 di bedakan menjadi :

a. Tidak ada gejala

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

b. Gejala yang lazim

Sering di katakan bahwa gejala tak lazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala lazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu :

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

- 6) Episteksis.
- 7) Kesadaran menurun.
- 8) Penglihatan kabur

4. Klasifikasi Tekanan Darah

Tabel 2.1
Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Tekanan darah Sistolik	Tekanan darah Diastolik
Optimal	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal – Tinggi	130-139	85-89
Hipertensi derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi derajat 2	160-179	100-109
Hipertensi derajat 3	>180	>110
Hipertensi Sistolik terisolasi	>140	>90

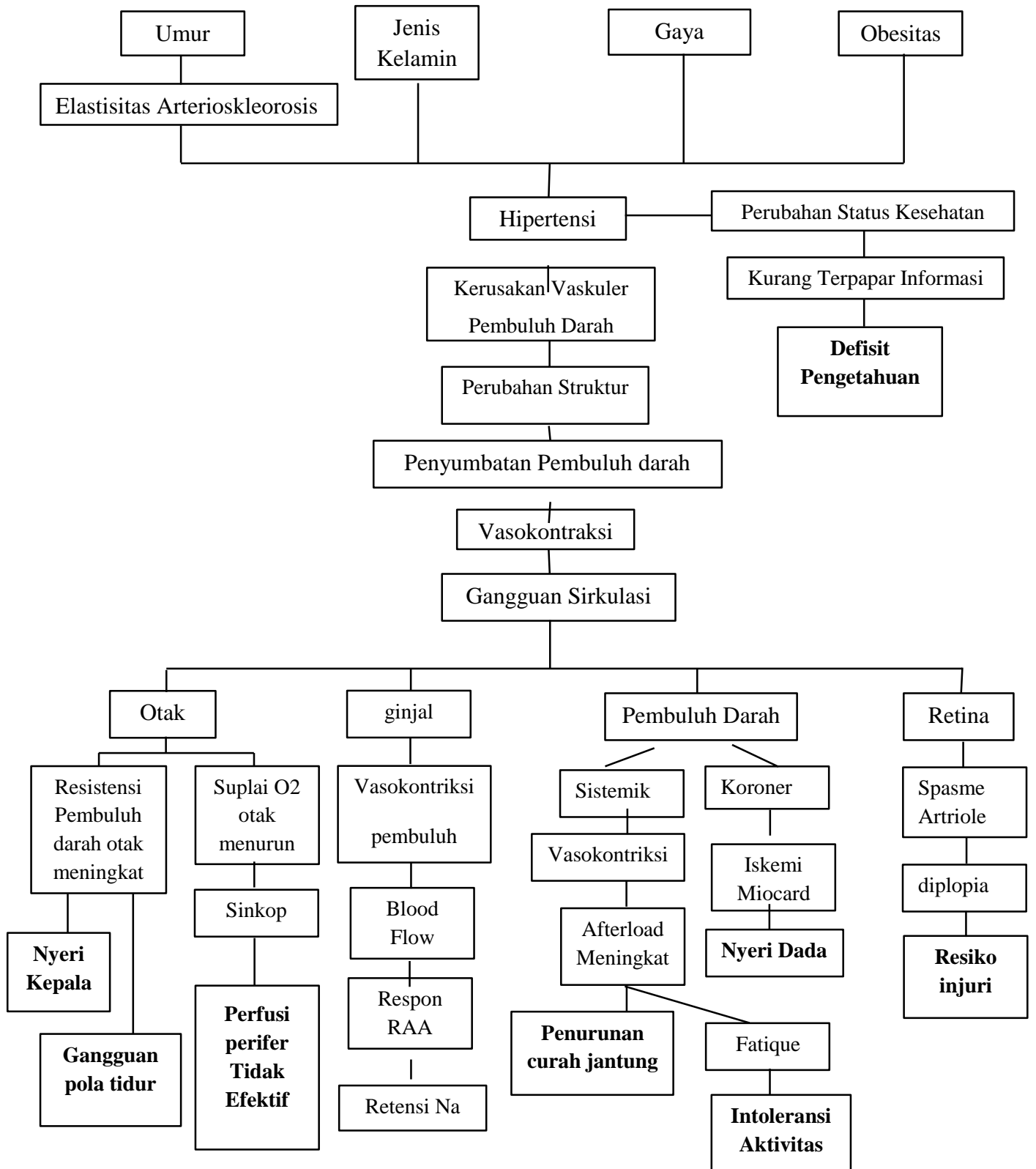
Sumber: (perhimpunan dokter hipertensi Indonesia,2019)

Ada 2 macam hipertensi berdasarkan penyebab menurut (Musakkar & Djafar,2021) yaitu :

- a. Hipertensi esensial adalah hipertensi yang sebagian besar tidak di ketahui penyebabnya, biasanya berhubungan dengan faktor keturunan dan lingkungan. 10-16% orang dewasa yang mengidap penyakit tekanan darah tinggi ini.
- b. Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang di ketahui penyebabnya, seperti gangguan pembuluh darah dan penyakit ginjal. Sekitar 10% orang yang menderita penyakit hipertensi jenis ini.

5. Pathway Hipertensi

Aspiani (2015)



6. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah yang terletak di pusat vasomotor pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jarak saraf simpatis yang berlanjut ke bawah kordaspinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen rangsangan pusat vasomotor di hantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak kebawah melalui saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron pre-ganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan kontriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Klien dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak di ketahui dengan jelas mengapa hal tersebut dapat terjadi.

Pada saat bersamaan ketika system saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal menyekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal menyekresi kortisol dan stereroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah vasokontrisi yang mengakibatkan

penurunan pembuluh darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin.

Renin yang dilepaskan merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian yang di ubah menjadi angiotensin II, vasokonstriktor kuat, yang pada akhirnya merangsang sekresi aldosterone oleh korteks adrenal. Hormone ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan hipertensi. (Aspiani,2015).

7. Komplikasi

a. Stroke

Stroke dapat terjadi karena hemoragi akibat tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak yang perpanjan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada penyakit hipertensi kronis, apabila arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan penebalan.

b. Gagal jantung

Tekanan darah yang tinggi memaksa otot jantung bekerja lebih berat untuk memompa darah. Kondisi ini berakibat otot jantung akan menebal dan meregang sehingga daya pompa otot menurun. Pada akhirnya, terjadi kegagalan kerja otot jantung (Udjianti, 2013).

c. Gagal ginjal

Gagal ginjal bisa terjadi sebab kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler glomerulus ginjal. Dengan rusaknya glomerulus, aliran darah nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi kematian dan hipoksik (Brunner & Suddarth, 2015).

d. Enselopati

Terjadi, terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat dan berbahaya). Tekanan yang sangat tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan kapiler dan mendorong cairan ke ruang intersitil di seluruh susunan saraf pusat (Aspiani, R,Y,2014)

e. Kejang

Bisa terjadi pada wanita preeklamsia. Bayi yang lahir mungkin memiliki berat badan yang kecil akibat perfusi plasenta yang tidak adekuat, kemudian dapat mengalami hipoksia dan asidosis jika ibu mengalami kejang selama bisa juga sebelum persalinan. (Aspiani, R,Y,2014).

8. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada hipertensi menurut (Nurariy & Kusuma, 2015) sebagai berikut:

a. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Hb/ht: untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti: hipokoagulabilitas, anemia.
 - 2) BUN/keratin: memberikan informasi tentang perpusi/fungsi ginjal
 - 3) Glucose: hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeliran kadar ketokolamin.
 - 4) Urinalisa: darah, protein, glikosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan DM.
- b. CT scan: mengkaji adanya tumor serebral, enselopati.
 - c. EKG: dapat menunjukkan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salahsatu tanda dini penyakit jantung hipertensi.
 - d. IUP: mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti: batu ginjal, perbaikan ginjal.
 - e. Photo dada: menunjukkan desatruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

9. Penatalaksanaan

- a. Penatakasaan non farmakologis dengan modifikasi gaya hidup sangat penting untuk mencegah tekanan darah darah tinggi dan merupakan baguan yang tidak dapat di pisahkan mengobati tekanan darah tinggi. Berikut cara memodifikasi gaya hidup untuk mengontrol tekanan darah : (Aspiani, 2014).

- 1) Pengaturan Diet
 - (1) Rendah Garam
 - (2) Diet tinggi kalium
 - (3) Diet kaya buah sayur
 - (4) Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya jantung coroner.
 - 2) Penurunan berat badan jika berlebih
 - 3) Olahraga teratur seperti berjalan, lari, berenang, bersepeda, bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki keadaan jantung.
 - 4) Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat dengan cara berhenti merokok dan tidak mengkonsumsi alkohol.
- b. Penatalaksanaan farmakologis
- 1) Terapi oksigen
 - 2) Pemantauan hemodinamik
 - 3) Pemantauan jantung
 - 4) Obat-obatan

C. Kosenp Dasar Asuhan Keperawatan Lanjut Usia

Asuhan keperawatan lansia (Gerontik) adalah kegiatan yang dimaksud untuk memberikan bantuan atau bimbingan serta pengawasan, perlindungan, dan pertolongan kepada lanjut usia secara individu, kelompok, seperti di rumah atau lingkungan, panti werdha, maupun di puskesmas. Pendekatan yang digunakan ialah proses

keperawatan yang meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan, melakukan implementasi keperawatan serta melakukan evaluasi keperawatan (Mustika, I. W. 2019).

1. Pengkajian

a. Anamnesa

1) Identitas

Terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, alamat, tanggal pengkajian, pendidikan terakhir, pekerjaan, agama, diagnose penyakit.

2) Keluhan utama

Keluhan utama merupakan keluhan yang paling dirasakan oleh pasien saat ini. Pada pasien yang menderita hipertensi biasanya mengeluh nyeri kepala atau rasa berat pada tengkuk (Black, 2014).

3) Riwayat kesehatan sekarang

Merupakan keluhan yang di rasakan pasien saat ini biasanya pasien penderita hipertensi pada saat beraktivitas mendapat serangan kepala terasa nyeri, mual-muntah, sesak nafas, dan pandangan pada pandangan mata menjadi kabur (Udjianti, 2013).

4) Riwayat penyakit dahulu

Pada pasien hipertensi tanyakan apakah sebelumnya pasien pernah menderita hipertensi, penyakit jantung koroner atau stroke dan penyakit ginjal. (Udjianti, 2013).

5) Riwayat penyakit keluarga

Riwayat atau adanya faktor resiko, riwayat keluarga tentang penyakit keturunan seperti diabetes mellitus, hipertensi, dan yang lainnya ataupun penyakit menular seperti TBC, HIV/AIDS, Hepatitis ataupun yang lainnya.

b. Aktivitas sehari-hari (ADL)

1) Pola nutrisi dan cairan

Pola aspek ini dikaji mengenai kebiasaan makan klien, peningkatan nafsu makan, mual, muntah, penurunan atau peningkatan berat badan, dan juga frekuensi minum pada klien (Tarwoto dkk, 2017).

2) Pola eliminasi

Dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna dan kelainan eliminasi, kesulitan eliminasi dan keluhan yang dirasakan klien pada saat BAK dan BAB (Tarwoto.dkk,2017).

3) Pola istirahat dan tidur

Dikaji mengenai kebiasaan tidur klien, kualitas tidur apakah nyenyak atau tidak.

4) Pola personal hygiene

Dikaji mengenai kebiasaan mandi, gosok gigi, ganti pakaian, mencuci rambut, dan di kaji apakah memerlukan bantuan atau dapat secara mandiri.

5) Pola aktivitas

Dikaji mengenai kebiasaan pemamfaatan waktu luang dan apakah ada keluhan saat beraktivitas atau tidak.

c. Pemeriksaan fisik

Secara umum, pemeriksaan fisik yang dilakukan bertujuan untuk mengumpulkan data dasar tentang kesehatan klien, menambah mengonfirmasi atau menyangkal data yang di peroleh dalam riwayat keperawatan, mengonfirmasi dan mengidentifikasi diagnosis keperawatan, membuat penilaian klinis tentang perubahan status kesehatan klien dan penatalaksanaan, mengevaluasi hasil fisiologis dari asuhan keperawatan (Sunaryo dkk, 2015).

Berikut ini aspek pemeriksaan fisik yang perlu dikaji :

- 1) Keadaan umum : Tingkat kesadaran dengan menggunakan GCS (Glow Coma Scale), tanda-tanda vital, berat badan, tinggi badan

2) Pemeriksaan fisik persistem

a) Sistem penginderaan

Biasanya adanya gangguan pada fungsi penglihatan seperti pandangan menjadi kabur, penglihatan ganda,

kesulitan untuk melihat objek dan lain-lain, ataupun fungsi pendengaran menurun.

b) Sistem pernafasan

Frekuensi pernafasan biasanya akan meningkat.

c) Sistem kardiovaskular

Peningkatan tekanan darah dan peningkatan denyut nadi.

d) Sistem gastrointestinal

Biasanya ditemukan keluhan nafsu makan menurun, mual, muntah serta penurunan berat badan.

e) Sistem integumen

Kulit tampak pucat, terdapat lesi oedema serta turgor kulit jelek akibat dari proses penuaan.

f) Sistem muskulokeletal

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

g) Sistem genitourinaria

Terjadinya gangguan perkemihan menunjukkan intokontinensia urin meningkat, serta mengakibatkan penurunan fungsi ginjal.

h) Sistem neurologi

- (1) Nervus I (Olfactorius) = penciuman
- (2) Nervus II (Opticus) = penglihatan
- (3) Nervus III (Oculomotoris) = gerak ekstraokuler mata
dari kontriksi dilatasi pupil
- (4) Nervus VI (Trochlearis) = gerak bola mata keatas
ke bawah
- (5) Nervus V (Trigeminus) = sensori kulit wajah,
pergerakan otot rahang
- (6) Nervus VI (Abdusen) = gerak bola mata kesamping
- (7) Nervus VII (Facialis) = ekspresi facial dan
pengecapan
- (8) Nervus VIII (Glosopharingeus) = gangguan
pengecapan
- (9) Nervus IX (Vagus) = sensasi varing, gerak vita
suara.
- (10) Nervus X (Hipoglosus) =posisi lidah
- (11) Nervus XI (Accesorius) = gerakan kepala
dan bahu.

d. Pengkajian fungsional

- a) KATZ Indeks (Indeks Kemandirian pada Aktivitas
Kehidupan Sehari-hari)

Pemeriksaan dilakukan untuk memasukkan klien ke dalam kategori yang sesuai dengan tingkat kemandiriannya berdasarkan pengelompokan pada tabel di bawah ini :

Tabel 2.2
Penilaian KATZ Indeks

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

Keterangan :

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

b) Modifikasi barthel Indeks

Pemeriksaan dilakukan untuk menilai tingkat kemandirian lansia berdasarkan skor yang diperoleh seperti pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.3
Penilaian Barthel Indeks

No.	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri
1	Makan	5	10
2	Minum	5	10
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur atau sebaliknya	5 atau 10	15
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10
6	Mandi	5	15
7	Jalan di permukaan datar	0	5
8	Naik turun tangga	5	10
9	Menggunakan pakaian	5	15
10	Kontrol BAK	5	5
11	Kontrol BAB	5	10
12	Olahraga/Latihan	5	10
SKOR			

Interpretasi:

Skor 130 : Mandiri

Skor 65-125 : Ketergantungan

Skor <65 : Ketergantungan total

e. Pengkajian emosional

Pertanyaan tahap 1 :

- 1) Apakah klien mengalami sukar tidur?
- 2) Apakah klien sering mengalami gelisah?
- 3) Apakah klien sering murung/menangis sendiri
- 4) Apakah klien sering was-was khawatir?

Lanjut jika jawaban “Ya” > 1

- 1) Adakah keluhan > dari 3 bulan dalam 1bulan terakhir?
- 2) Adakah keluhan > 1 kali dalam 1 bulan terakhir?
- 3) Adakah masalah atau banyak pikiran?
- 4) Adakah gangguan/masalah dengan anggota keluarga?
- 5) Adakah klien menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter?
- 6) Apakah klien cenderung mengurung diri?

Investasi hasil :

Bila klien memberikan jawaban”ya” > dari 1 pada pertanyaan tahap 2, maka ,menunjukkan bahwa klien memiliki MASALAH EMOSIONAL POSITIF (+).

f. Pengkajian status mental

1) Short Prtable Status Quesioner (SPMSQ)

Pengkajian Short Prtable Status Quesioner (SPMSQ) adalah alat yang digunakan untuk menilai fungsi intelektual maupun mental dari lansia sehingga dapat diketahui ada atau tidaknya deficit otak organik pada pasien lansia.

Tabel 2.4
Penilaian SPMSQ

Benar	Salah	No.	Pertanyaan	Jawaban
		1	Tanggal berapa hari ini?	
		2	Hari apa sekarang?	
		3	Apa nama tempat ini?	
		4	Dimana alamat anda?	
		5	Berapa umur anda?	
		6	Kapan anda lahir?	
		7	Siapa presiden Indonesia?	
		8	Siapa presiden Indonesia Sebelumnya?	
		9	Siapa nama kecil anda?	
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun	
SKOR				

Interpretasi Hasil

Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6-8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9-10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

2) Mini Mental State Examination (MMSE)

Pengkajian Mini Mental State Examination (MMSE) adalah alat yang dapat digunakan untuk mengetahui status mental pasien dan menilai penurunan kognitif pada lansia seiring bertambahnya lansia.

Tabel 2.5

Penilaian MMSE

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar: a. Tahun : b. Musim : c. Tanggal : d. Hari : e. Bulan :
2	Orientasi	5		Dimana sekarang kita berada? a. Negara: b. Provinsi : c. Kabupaten : d. Kelurahan :

3	Registrasi	3	Sebutkan 3 nama obyek (missal: kursi, meja, kertas), kemudia ditanyakan kepada klien, menjawab: a. Kursi b. Meja c. Kertas
4	Perhatian dan kalkulasi	5	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudia kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : a. 93 b. 86 c. 79 d. 72 e. 65
5	Mengingat	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9	<p>a. Memberi nama (<i>naming</i>): Tunjukkan pada klien suatu benda (buku) ulangi tunjukkan benda yang berbeda (pensil)</p> <p>b. Pengulangan Minta klien untuk mengulang kalimat setelah kita sebutkan terlebih dahulu, misal “Tidak ada jika, dan, atau tetapi”.</p> <p>c. Membaca (<i>Reading</i>) Minta klie untuk membaca kalimat. Missal “pejamkan mata anda”</p> <p>d. Menulis (<i>Writing</i>) Berikan selembat kertas kosong, minta klien untuk menulis sebuah kalimat yang terdiri dari subjek/katabenda, predikat/kata kerja</p> <p>e. Minta klien untuk mengikuti menggambarapa yang pemeriksagambar.</p>

Interpretasi Hasil :

24 – 30 : Tidak ada gangguan kognitif

18 – 23 : Gangguan kognitif sedang

0 – 17 : Gangguan kognitif berat

g. analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya fikir dan penalaran yang di pengaruhi oleh latar belakang ilmu pengetahuan. Dalam melakukan analisa data diperlukan kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkandata tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dalam keperawatan pasien.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi klien menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) dengan Hipertensi:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis
- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- d. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- f. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload
- g. Risiko jatuh berhubungan gangguan penglihatan
- h. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

3. Perencanaan Keperawatan

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

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017)

Tabel 2.6
SDKI,SIKI,SLKI

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	<p>Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah</p> <p>Ds : -</p> <p>Do : -</p> <p>1) Nadi perifer menurun atau tidak teraba</p> <p>2) Akral teraba hangat</p> <p>3) Warna kulit pucat</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1) Nadi perifer teraba kuat</p> <p>2) Akral teraba hangat</p> <p>3) Warna kulit tidak pucat</p>	<p>Rencana tindakan:</p> <p>Pemantauan tanda vital</p> <p>Observasi</p> <p>1) Memonitor tekanan darah</p> <p>2) Memonitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama)</p> <p>3) Memonitor pernafasan (frekuensi, kedalaman)</p> <p>4) Memonitor suhu tubuh</p> <p>5) Memonitor oxymetri nadi</p> <p>6) Identifikasi penyebab perubahan tanda vital</p> <p>Terapeutik</p> <p>7) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>8) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p>
2.	<p>Intoleransi aktivitas b.d kelemahan</p> <p>Ds:</p> <p>1) Mengeluh lelah</p> <p>2) Merasa lemah</p> <p>Do:</p> <p>1) Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat</p> <p>2) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat</p>	<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransin aktivitas meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1) Kemudahan melakukan aktifitas sehari-hari meningkat</p> <p>2) Kekuatan tubuh bagian atas meningkat</p> <p>3) Kekuatan tubuh bagian bawah</p>	<p>Rencana tindakan</p> <p>Manajemen energy</p> <p>Observasi</p> <p>1) Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>2) Monitor pola dan jam tidur</p> <p>Terapeutik</p> <p>3) Sediakan lingkungan yang nyamn dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>4) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</p>

		meningkat 4) Keluhan lelah menurun	Edukasi 5) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 6) Anjurkan tirah baring Kolaborasi 7) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
3.	Ansietas b.d kurang terpapar informasi Ds : 1) Klien merasa bingung 2) Klien merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi Do : 1) Tampak gelisan 2) Tampak tegang	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun Kriteria hasil : 1) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2) Perilaku gelisah menurun 3) Perilaku tegang menurun	Rencana tindakan : Reduksi ansietas Observasi 1) Identifikasi saat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stressor) Terapeutik 2) Gunakan pendekatan yang tenang dan nyaman Edukasi 3) Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis.
4.	Defisit pengetahuan b.d kurang minat dalam belajar Ds : 1) Klien menanyakan masalah yang dihadapi Do : 1) Klien menunjukan perilaku tidak sesuai anjuran 2) Klien menunjukan persepsi yang keliru terhadap masalah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat Kriteria hasil : 1) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang hipertensi meningkat 2) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	Rencana tindakan Edukasi kesehatan Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 3) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai

			<p>kesepakatan</p> <p>5) Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi</p> <p>6) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>7) Ajarkan perilaku hidup sehat dan bersih</p> <p>8) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>
5.	<p>Risiko penurunan curah jantung b.d perubahan afterload</p> <p>Ds : -</p> <p>Do : -</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1) Tanda vital dalam rentang normal</p> <p>2) Nadi teraba kuat</p> <p>3) Pasien tidak mengeluh lelah.</p>	<p>Rencana tindakan</p> <p>Perawatan jantung</p> <p>Observasi</p> <p>1) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (mis : dispneu, kelelahan, edema, peningkatan CVP)</p> <p>2) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (mis : peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena, jugularis, palpatis, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat}</p> <p>3) Monitor tekanan darah</p> <p>4) Monitor intake dan output cairan</p> <p>5) Monitor keluhan nyeri dada</p> <p>Edukasi</p> <p>6) Berikan diet jantung yang sesuai</p>

			<p>7) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>8) Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi</p> <p>9) Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>10) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</p>
6.	<p>Risiko jatuh b.d gangguan penglihatan</p> <p>Ds : -</p> <p>Do : -</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Risiko jatuh dari tempat tidur menurun 2) Risiko jatuh saat berjalan menurun 3) Risiko jatuh saat berdiri menurun 	<p>Rencana tindakan Pencegahan jatuh</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi faktor resiko (mis : usia .65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropatik) 2) Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai kebijakan institusi 3) Identifikasi faktor lingkunganyang meningkatkanrisiko jatuh (mis : morse scale humpty dumpty) <p>Teurapeti</p> <p>4) Pasang handrail tempat tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>5) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.</p>
7.	<p>Gangguan pola tidur b.d kurang komtro tidur</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan</p>	<p>Rencana tindakan Dukungan tidur</p> <p>Observasi</p>

	<p>Ds :</p> <p>1) Klien mengeluh sulit tidur</p> <p>2) Klien mengeluh istirahat tidak cukup</p> <p>Do : -</p>	<p>diharapkan pola tidur membaik</p> <p>kriteria hasil :</p> <p>1) Keluhan sulit tidur menurun</p> <p>2) Keluhan istirahat tidur kurang cukup menurun</p>	<p>1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>2) Identifikasi faktor yang mengganggu tidur</p> <p>3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis : kpi, the, alcohol)</p> <p>Terapeutik</p> <p>4) Modifikasi lingkungan (mis : pencahayaan, kebisingan, tempat tidur)</p> <p>5) Batasi tidur siang jika perlu</p> <p>6) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis : pengatur posisi, akupresur)</p> <p>Edukasi</p> <p>7) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>8) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>9) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur.</p>
--	---	---	--

4. 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, factor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi

implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Muryanti, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti & Muryanti, 2017).

Untuk memudahkan perawat dalam mengevaluasi perkembangan pasien, maka digunakan format evaluasi menggunakan SOAP/SOAPIE/SOAPIER.

S : Subjek adalah informasi yang berupa ungkapan yang di dapat dari pasien setelah tindakan dilakukan.

O : Objek adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran, yang dilakukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan.

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.

P : Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan.

I : Implementasi adalah pelaksanaan sesuai dengan rencana yang disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien.

E : Evaluasi adalah respon atau penilaian dari tindakan yang telah dilakukan.

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).

6. Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan adalah proses pencatatan dan pengumpulan berbagai bukti dari seluruh pelaksanaan proses keperawatan. Proses dokumentasi ini menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang mencatat berbagai tanggapan dan respon pasien terhadap berbagai tindakan medis dan tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Prabowo, 2017).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data

Identitas klien

Nama	: Tn. U
Umur	: 75 Tahun
Alamat	: KP. Bongkor Rt 03 Rw 04
Pendidika	; SD
Jenis kelamin	: Laki laki
Status perkawian	: Menikah
Agama	: Islam
Suku	: Sunda
Tanggal penkajian	: 06-04-2023
Diagnosa medis	: Hipertensi

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengeluh sakit kepala

2) Riwayat kesehatan sekarang(PQRST)

Pada saat dikaji tanggal 06 april 2023 pukul 09:00 WIB, klien mengeluh kepala bagian belakang sakit di rasakan bertambah apabila klien beraktivitas dan berkurang apabila di

istirahatkan atau berbaring tidur, sakit dirasakan seperti ada yang membebani di kepala bagian belakang, sakit dirasakan hilang timbul pada daerah kepala bagian belakang yang menjalar ke tengkuk. Klien juga mengeluh tidur tidak nyenyak merasa gelisah dan bingung dengan penyakit yang di deritanya.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Menurut penuturan klien, sejak kurang lebih 10 tahun yang lalu klien hanya mengalami penyakit tekanan darah tinggi saja, klien tidak mengalami penyakit menular seperti TBC, HIV/AIDS, Hepatitis dan lain-lain.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Menurut penuturan klien, bahwa diantara anggota keluarganya, tidak ada yang mempunyai penyakit hipertensi yang dirasakan oleh klien saat ini. Klien juga mengatakan bahwa pada anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit menular ataupun penyakit lainnya.

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran : Compos mentis (E4V5M6)

Tanda-tanda vital : Tekanan darah = 170/90

Nadi = 98x/menit

Suhu = 37°C

Respirasi = 21x/menit

2) Pemeriksaan persistem

a) Sistem pernapasan

Saat di inspeksi lubang hidung simetris antara kiri dan kanan, tampak bersih, tidak ada kotoran, fungsi penciuman baik klien dapat membedakan aroma kopi dan kayu putih. Saat di palpasi tidak ada nyeri tekan pada hidung dada, saat di auskultasi bunyi paru sonor, irama teratur, frekuensi nafas 21x/menit.

b) Sistem kardiovaskular

Bentuk dada simetris antara kanan dan kiri, tidak ada peningkatan JVP. Tekanan darah 170/90mmHg, Nadi 98x/menit, irama regular, bunyi nafas S1 S2.

c) Sistem pencernaan

Mukosa bibir kering, warna bibir hitam kecoklatan, gigi tampak tidak lengkap, terdapat caries gigi fungsi menelan baik, fungsi pengecapan baik klien mampu membedakan rasa asin, manis ataupun pait. Abdomen datar, tidak ada nyeri tekan, klien tidak kembung dan tidak ada masalah dalam buang air besar.

d) Sistem integument

Warna kulit pucat, kulit tampak keriput, elastisitas kulit berkurang, turgor kulit baik, CRT <2 detik.

e) Sistem endokrin

Saat di inspeksi pergerakan leher baik terbukti klien dapat menengok ke arah kiri dan kanan saat di palpasi tidak ada pembesaran kelenjar tiroid pada leher sebelah kanan dan kiri tidak ada pembesaran kelenjar getah bening di bagian leher kiri dan kanan, tidak ada nyeri tekan.

f) Sistem sensori dan persepsi

(1) Sistem penglihatan

Bentuk mata simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, refleks pupil baik, terbukti saat diberi rangsang cahaya, fungsi penglihatan baik terbukti dengan klien mampu membaca papan nama mahasiswa pada jarak kurang lebih 35cm.

(2) Sistem pendengaran

Bentuk telinga kiri dan kanan simetris, tidak ada penumpukan inspaksoi serumen, fungsi pendengaran kurang baik terbukti saat berbicara dengan klien harus dengan nada suara yang keras.

g) Sistem neurologi

(1) Nervus I (olfactorius)

Klien dapat membedakan aroma kayu putih dan kopi

(2) Nervus II (opticus)

Klien dapat membaca papan nama mahasiswa

(3) Nervus III (oculomotoris)

Klien dapat menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri.

(4) Nervus IV (trochlearis)

Klien dapat menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah

(5) Nervus V (abducens)

Klien dapat menggerakkan bola mata ke samping kiri dan samping kanan

(6) Nervus VI (trigeminus)

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

(7) Nervus VII (facialis)

Klien dapat menggerakkan alis dan mengerutkan dahi.

(8) Nervus VIII (vestibulocochlear)

(9) Nervus IX, X (glosopharingeus, vagus)

Refleks menelan baik

(10) Nervus XI (hipoglossus)

Klien dapat berbicara baik, fungsi lidah baik terbukti dengan lidah bias di gerakan ke segala arah

(11) Nervus XII (accesorius)

Klien dapat mrnggerakan kedua bahunya dan menggerakan kepalanya.

h) Sistem musculoskeletal

(1) Ekstremitas atas

Kedua tangan kanan dan kiri tidak ada kelainan, posisi kedua tangan simetris, kedua tangan kanan dan kiri dapat di gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, aduksi, rotasin dan tidak terdapat edema.

(2) Ekstremitas bawah

Kaki kanan dan kaki kiri simetris,tidak terdapat nyeri tekan dan tidak terdapat edema, kedua kaki bias di gerakan ke segala arah dan bias berjalan , klien tidak terdapat nyeri pada kedua kaki,keatan otot baik

i) Sistem perkemihan

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

d. Pola Aktivitas sehari-hari

Tabel 3.1
Aktivitas Hidup sehari – hari/ ADL

No	Aktivitas	Sebelum sakit	Saat sakit
1.	Nutrisi + cairan a. Nutrisi 1) Frekuensi 2) Jenis makanan 3) Nafsu makan 4) Keluhan b. Cairan 1) Frekuensi 2) Jenis 3) Keluhan	2-3x/hari 1porasi Nasi,sayur,lauk pauk Tidak menurun Tidak ada	2-3x/hari 1porasi Nasi, sayur, lauk pauk Tidak menurun Tidak ada
2.	Eliminasi a. BAK 1) Frekuensi 2) Warna 3) Keluhan b. BAB 1) Frekuensi 2) Warna 3) Kosistensi 4) Keluhan	4-5x/hari Kuning jernih Tidak ada	4-5x/hari Kuning jernih Tidak ada
3.	Personal hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Gunting kuku	2x/hari 2x/hari 1x/hari 1x/minggu	1x/hari 2x/hari 1x/hari 1x/minggu
4.	Istirahat tidur a. Tidur siang 1) Lama tidur 2) Kualitas 3) Keluhan b. Tidur malam 1) Lama tidur 2) Kualitas 3) Keluhan	1-2 jam Nyenyak Tidak ada	30 menit Kurang nyenyak Sulit tidur
5.	Aktivitas a. Olahraga b. Frekuensi c. Keluhan dalam aktivitas	Jalan kaki Setiap pagi Tidak ada	Jalan kaki Setiap pagi Tidak ada
6.	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	Pengajian, nonton televise	Pengajian, nonton televise

e. Pengkajian fungsional

- c) KATZ Indeks (Indeks Kemandirian pada Aktivitas Kehidupan Sehari-hari)

Tabel 3.2
Penilaian KATZ Indeks

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

Interpretasi Hasil

Tn. U termasuk dalam Katz Indeks A karena Tn.U mampu melakukan aktivitas seperti makan, kontinensia (BAB/BAK), berpindah, pergi ke toilet, berpakaian dan mandi secara mandiri.

d) Modifikasi barthel Indeks

Tabel 3.3
Penilaian Barthel Indeks

No.	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri
1	Makan	5	10
2	Minum	5	10
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur atau sebaliknya	5 atau 10	15
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, 5 gosok gigi)	0	5
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10
6	Mandi	5	15
7	Jalan di permukaan datar	0	5
8	Naik turun tangga	5	10
9	Menggunakan pakaian	5	15
10	Kontrol BAK	5	5
11	Kontrol BAB	5	10
12	Olahraga/Latihan	5	10
SKOR			

Interpretasi Hasil

Tn. U mendapat skor 120 dalam artian Tn.U Mandiri

f. Pengkajian emosional

Pertanyaan tahap 1 :

- 1) Apakah klien mengalami sukar tidur? Ya
- 2) Apakah klien sering mengalami gelisah? Ya
- 3) Apakah klien sering murung/menangis sendiri? Tidak
- 4) Apakah klien sering was-was khawatir? Ya

Lanjut jika jawaban “Ya” > 1

- 1) Adakah keluhan > dari 3 bulan dalam 1bulan terakhir? Ada
- 2) Adakah keluhan > 1 kali dalam 1 bulan terakhir? Ada
- 3) Adakah masalah atau banyak pikiran? Tidak
- 4) Adakah gangguan/masalah dengan anggota keluarga? Tidak
- 5) Adakah klien menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter? Tidak
- 6) Apakah klien cenderung mengurung diri? Tidak

Investasi hasil :

Gangguan Emosional Tn.U positif (+)

g. Pengkajian status mental

a) Short Prtable Status Quesioner (SPMSQ)

Tabel 3.4
Penilaian SPMSQ

Benar	Salah	No.	Pertanyaan	Jawaban
		1	Tanggal berapa hari ini?	Tidak tahu
		2	Hari apa sekarang?	Kamis
		3	Apa nama tempat ini?	Rumah saya
		4	Dimana alamat anda?	Bongkor, samarang
		5	Berapa umur anda?	70 lebih
		6	Kapan anda lahir?	1953
		7	Siapa presiden Indonesia?	Jokowi
		8	Siapa presiden Indonesia Sebelumnya?	SBY
		9	Siapa nama kecil anda?	Udin
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun	Tidak menjawab
SKOR				

Interpretasi Hasil

Tn. U mendapat skor 7 dengan artian Tn. U mengalami fungsi intelektual kerusakan sedang.

b) Mini Mental State Examination (MMSE)

Tabel 3.5
Penilaian MMSE

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar: a. Tahun : 2023 b. Musim : panas c. Tanggal : - d. Hari : kamis e. Bulan : -
2	Orientasi	5		Dimana sekarang kita berada? a. Negara: Indonesia b. Provinsi : jawa barat c. Kabupaten : Garut d. Kelurahan : Samarang
3	Registrasi	3		Sebutkan 3 nama obyek (missal: kursi, meja, kertas), kemudia ditanyakan kepada klien, menjawab: a. Kursi b. Meja c. Kertas
4	Perhatian dan kalkulasi	5		Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudia kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : a. 93 b. 86 c. 79 d. 72 e. 65 • Tidak terjawab

5	Mengingat	3	<p>Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)</p> <p>Jawaban :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kursi 2) Meja 3) Kertas
6	Bahasa	9	<p>1) Memberi nama (<i>naming</i>): Tunjukkan pada klien suatu benda (buku) ulangitunjukkan benda yang berbeda (pensil)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mampu mengikuti <p>2) Pengulangan Minta klien untuk mengulang kalimat setelah kita sebutkan terlebih dahulu, misal “Tidak ada jika, dan, atau tetapi”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien kesulitan untuk mengikuti <p>3) Membaca (<i>Reading</i>) Minta klien untuk membaca kalimat. Missal “pejamkan mata anda.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klirn mampu membaca <p>4) Menulis (<i>Writing</i>) Berikan selembat kertas kosong, minta klien untuk menulis</p>

				<p>sebuah kalimat yang terdiri dari subjek/kata benda, predikat/kata kerja.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien menolak menulis <p>5) Menyalin (Copying) Minta klien untuk mengikuti menggambar apa yang pemeriksagambar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien menolak menggambar
--	--	--	--	---

Interpretasi Hasil :

Tn. U mendapatkan skor 18 dengan artian Tn. U mengalami gangguan kognitif sedang.

h. Terapi medis

Amlodiphine

10

mg

i. Analisa data

Tabel 3.6
Analisa Data

	Data	Etiologi	Masalah
	<p>Ds: Klien mengatakan sakit pada kepala bagian belakang dan tengkuk</p> <p>Do: a. Tanda-tanda vital TD: 170/90mmHg S: 37° C R: 21x/menit N: 98x/menit b. warna kulit pucat</p>	<p>Hipertensi ↓ Kerusakan Vaskuler Pembuluh Darah ↓ Perubahan Struktur ↓ Penyumbatan Pembuluh Darah ↓ Vasokontraksi ↓ Gangguan Sirkulasi ↓ Otak ↓ Suplai O₂ Otak Menurun ↓ Sinkop ↓ Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif</p>	<p>Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif</p>
	<p>Ds: a. Klien mengatakan sulit tidur b. Klien mengatakan tidur tidak cukup c. Klien mengatakan gelisah</p>	<p>Hipertensi ↓ Kerusakan vascular pembuluh darah ↓</p>	<p>Gangguan pola tidur</p>

	<p>pada saat ingin tidur</p> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak lemah Frekuensi tidur malam 4-5 jam. Kualitas tidur tidak nyenyak dan sering terbangun 	<p>Perubahan structural</p> <p>↓</p> <p>Penyumbatan pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Vasokonstriksi</p> <p>↓</p> <p>Gangguan sirkulasi</p> <p>↓</p> <p>Otak</p> <p>↓</p> <p>Resistensi pembuluh darah otak</p> <p>↓</p> <p>Gangguan pola tidur</p>	
	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakitnya Klien menanyakan masalah yang di hadapinya. <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran Klien menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalahnya. Klien menanyakan tentang kondisi penyakitnya. 	<p>Hipertensi</p> <p>↓</p> <p>Perubahan status kesehatan</p> <p>↓</p> <p>Ansietas</p> <p>↓</p> <p>paparan informasi kurang(mis interpretasi)</p> <p>↓</p> <p>Defisit pengetahuan</p>	<p>Defisit pengetahuan</p>

2. Diagnosa keperawatan

- 1) Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan Peningkatan tekanan darah ditandai dengan:

Ds : Klien Mengatakan sakit pada kepala bagian belakang dan tengkuk

Do :

- a) Tanda-tanda vital

TD: 170/90mmHg

S: 37° C

R: 21x/menit

N: 98 x/menit

b) warna kulit pucat

2) Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan:

Ds:

- a. Klien mengatakan sulit tidur
- b. Klien mengatakan tidur tidak cukup
- c. Klien mengatakan gelisah pada saat ingin tidur

Do:

- a. Klien tampak lemah
- b. Frekuensi tidur malam 4-5 jam.
- c. Kualitas tidur tidak nyenyak dan sering terbangun

3) Defisit pengetahuan(D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan:

Ds:

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

Do :

- a. Klien menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran
- b. Klien menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalahnya.
- c. Klien menanyakan tentang kondisi penyakitnya.

3. perencanaan keperawatan

Nama : Tn.U
Umur : 75 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
DX : Hipertensi

Tabel 3.7
Perencanaan Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan		
	Tujuan & kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>SDKI (D.0017)</p> <p>1. Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah ditandai dengan :</p> <p>Ds : Klien Mengatakan sakit pada kepala bagian belakang dan tengkuk</p> <p>Do :</p> <p>a. Tanda-tanda vital TD: 170/90mmHg S: 37° C</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1X24 jam maka di harapkan perpusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Tekanan sistolik membaik 3. Tekanan diastolik membaik 	<p>SIKI (1.06194)</p> <p>Perawatan sirkulasi</p> <p>Obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Periksa sirkulasi perifer (mis.nadi perifer,edema, pengisian kapiler, warna,suhu,ankle brachial index) 2) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok orang tua hiperensi dan kadar kolesterol tinggi) <p>Teurapetik</p>	<p>Obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk mengetahui sirkulasi perifer pada klien 2) Untuk mengetahui risiko gangguan sirkulasi pada klien <p>Teurapetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar dapat membantu melancarkan sirkulasi darah pada klien

<p>R: 21x/menit N: 98 x/meni b. warna kulit pucat</p>		<p>1) memberikan terapi nonfarmakologis dengan makan timun 4x/hari Edukasi 1) Anjurkan berolahraga rutin 2) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p>	<p>Edukasi 1) Agar klien tetap sehat 2) Agar tekanan darah klien terkontrol</p>
<p>SDKI (D. 0055) 2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan: Ds: a. Klien mengatakan sulit tidur b. Klien mengatakan tidur tidak cukup. c. Klien mengatakan gelisah pada saat ingin tidur Do: a. Klien tampak lemah b. Frekuensi tidur malam 4-5 jam. c. Kualitas tidur tidak nyenyak dan sering terbangun.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24jam di harapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: a. Keluhan sulit tidur menurun b. Keluhan istirahat tidak cuko menurun</p>	<p>SIKI (I.09265) Dukunga tidur Observasi 1) Identifikasi pola istirahat dan tidur 2) Identifikasi factor pengganggu tidur Terapeutik 3) Anjurkan pada klien untuk memodifikasi lingkungan yaitu mengatur pencahayaan dengan mematikan lampu saat ingin tidur Edukasi 4) Jelaskan pentingnya tidur selama sakit 5) Anjurkan menepati kebiasaan tidur</p>	<p>Observasi 1) Untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur klien 2) Untuk mengetahui factor pengganggu tidur klien Teurapeutik 3) Untuk kenyamanan klien saat tidur Edukasi 4) Agar klien megetahui pentingnya untuk kesehatan 5) Memberikan penjelasan agar klien tidur dengan cukup seperti tidur malam pada pukul 20:00.</p>

<p>SLKI (D. 0111) 3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan: Ds: a. Klien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakitnya b. Klien menanyakan masalah yang di hadapinya. Do : a. Klien menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran b. Klien menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalahnya. c. Klien menanyakan tentang kondisi penyakitnya.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil: a. Kemampuan dalam menjelaskan pengetahuan tentang hipertensi meningkat b. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun.</p>	<p>SIKI (I. 12383) Edukasi kesehatan <i>Observasi</i> 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <i>Teurapeutik</i> 2) Sediakan makalah dan Omedia pendidikan kesehatan. 3) Jadwalkan pendidikan kesehatan <i>Edukasi</i> 4) Jelaskan materi yang sudah disiapkan 5) Berikan klien dan keluarga untuk bertanya</p>	<p><i>Observasi</i> 1) Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan klien dalam menerima informasi <i>Teurapeutik</i> 2) Materi dan media pendidikan untuk membantu mempermudah klien dalam menerima informasi kesehatan 3) Untuk membuat kontrak waktu dengan klien yang di jadwalkan. <i>Edukasi</i> 4) Untuk meningkatkan pemahaman klien pada apa saja yang mempengaruhi kesehatan 5) Untuk memberikan kesempatan pada klien dan keluarga untuk bertanya hal apa yang belum di pahami</p>
---	--	--	---

4. Implementasi keperawatan

Nama : Tn. U

Jenis kelamin : Laki – laki

Umur : 75 Tahun

Dx Medis : Hipertensi

Tabel 3.8
Implementasi Keperawatan

Hari/Tanggal	No Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Kamis , 06 April 2023	I	<p>Pukul : 09:00</p> <p>Observasi</p> <p>1) Memeriksa sirkulasi perifer pada klien (mis.nadi perifer, pengisian kapiler, warna,suhu,ankle brachial index) <i>“warna kulit pucat”</i></p> <p>2) Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi pada klien <i>“Terjadi gangguan ketika melakukan aktiftas secara terus menerus”</i></p> <p>Teurapetik</p> <p>1) Memberikan terapi nonfarmakologi <i>“Memberikan terapi timun sehari 4 buah</i></p>	<p>Senin, 10 april 2023</p> <p>Pukul : 10:00</p> <p>S : Klien mengatakan sakit kepala berkurang</p> <p>O :</p> <p>a. TD : 140/90 mmHg N : 78x/menit R : 21x/menit S : 37° C</p> <p>b. warna kulit membaik</p> <p>A : Perfusi serebral tidak efektif</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Hani Alfiyah

		<p><i>timun”</i></p> <p>Edukasi</p> <p>1) Menganjurkan berolahraga rutin <i>“Klien mengatakan akan berolah raga setiap pagi hari”</i></p> <p>2) Menganjurkan klien untuk minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur <i>“Klien suka minum obat ketika merasa sakit”</i></p>		
Jumat, 07 april 2023	II	<p>Pukul : 09:00</p> <p>Observasi</p> <p>1) Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>2) Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>3) Menganjurkan pada klien untuk memodifikasi lingkungan yaitu mengatur pencahayaan dengan mematikan lampu</p> <p>4) Menjelaskan pentingnya tidur yang cukup</p> <p>5) Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p>	<p>Senin,10 april 2023</p> <p>Pukul : 10:30</p> <p>S : Klien mengatakan tidur cukup nyenyak</p> <p>O :</p> <p>1) Kualitas tidur cukup nyenyak</p> <p>2) Tampak lemah berkurang</p> <p>A : Gangguan pola tidur</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Hani Alfiyah
Sabtu, 08 april		<p>Pukul : 09:30</p>	<p>Senin,10 april 2023</p>	Hani

2023	III	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <i>“klien mengatakan siap menerima materi dari mahasiswa”</i> 2) Menyiapkan materi dan media pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Menyampaikan materi yang telah disiapkan 4) Memberikan kesempatan untuk bertanya <i>“Klien mengatakan sudah paham dan tidak ada pertanyaan lagi”</i> 5) Menjelaskan faktor risiko yang mempengaruhi kesehatan 	<p>Pukul : 11:00</p> <p>S :</p> <p>Klien mengatakan sudah memahami mengenai penyakit yang di deritanya</p> <p>O : Klien mampu menjelaskan kembali apa yang di sudah di jelaskan oleh pemateri</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi Dx III</p>	Alfiyah
------	-----	--	---	---------

5. Catatan perkembangan

Tabel 3.9
Catatan Perkembangan pada Tn. U

Tanggal	No Dx	Catatan perkembangan	Paraf
Jumat, 07 april 2023	I	<p>S : Klien mengatakan masih sakit kepala pada bagian belakang dan menjalar ke tengkuk</p> <p>O :</p> <p>1) Tanda-tanda vital TD : 160/90 mmHg S : 37,5°c R : 20x/menit N : 90x/menit</p> <p>2) warna kulir masih pucat</p> <p>A : Perfusi perifer tidak efektif</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periksa sirkulasi perifer (mis.nadi perifer,edema, pengisian kapiler, warna,suhu,ankle brachial index) • Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok orang tua hipersensi dan kadar kolesterol tinggi) • Pemberiab terapi non farmakologis • Anjurkan berolahraga rutin • Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 	Hani Alfiyah

	II	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan masih sulit tidur 2) Klien mengeluh tidur tidak cukup <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Klien tampak lemah 4) Frekuensi tidur malam klien 4-5 jam 5) Kualitas tidur tidak nyenyak dan sering terbangun <p>A : Gangguan pola tidur</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi pola istirahat dan tidur 2) Identifikasi factor pengganggu tidur 3) Anjurkan pada klien untuk memodifikasi lingkungan yaitu mengatur pencahayaan dengan mematikan lampu saat ingin tidur 4) Jelaskan pentingnya tidur selama sakit 5) Anjurkan menepati kebiasaan tidur <p>E : Masalah belum teratasi</p>	Hani Alfiyah
	III	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan sudah memahami mengenai penyakit yang di deritanya</p> <p>O : Klien mampu menjelaskan kembali apa yang di sudah di jelaskan oleh pemateri</p> <p>A : -</p>	

		<p>P : Hentikan intervensi Dx III</p> <p>E: Masalah teratasi</p>	
Sabtu, 08 april 2023	I	<p>S : Klien mengatakan masih sakit kepala menjalar ke tengkuk</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) TD : 160/80 N : 80x/menit R : 21x/menit S : 36,5° C 2) warna kulit masih pucat <p>A : Perfusi perifer tidak efektif</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>I :</p> <p style="padding-left: 40px;">Memberikan terapi nonfarmakologis</p> <p>E : Masalah teratasi sebagian</p>	Hani Alfiyah
	II	<p>S : Klien mengatakan tidur sedikit nyenyak</p> <p>O : Kualitas tidur sedikit nyenyak</p> <p>A : Gangguan pola tidur</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi faktor yang mengganggu tidur 2) Anjurkan pada klien untuk untuk memodifikasi lingkungan pada saat tidur 3) Menganjurkan klien menepati kebiasaan waktu tidur <p>E : Masalah teratasi sebagian</p>	Hani Alfiyah
Senin, 10 april 2023	I	<p>S : Klien mengatakan sakit kepala berkurang</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> b. TD : 140/90 mmHg 	Hani Alfiyah

		<p>N : 78x/menit R : 21x/menit S : 37° C</p> <p>b. warna kulit membaik A : Perfusi serebral tidak efektif P : Lanjutkan intervensi I : Memberikan terapi nonfarmakologis E : Masalah teratasi sebagian</p>	
	II	<p>S : Klien mengatakan tidur cukup nyenyak O : 3) Kualitas tidur cukup nyenyak 4) Tampak lemah berkurang A : Gangguan pola tidur P : Lanjutkan intervensi I : Menganjurkan klien untuk tetap menepati kebiasaan tidur E : Masalah teratasi</p>	Hani Alfiyah

B. Pembahasan

Pada bagian pembahasan ini penulis akan mencoba membandingkan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus yang selama 5 hari melakukan Asuhan keperawatan Gerontik dengan Gangguan sistem kardiovaskular : Hipertensi pada katz indeks A dengan Tn. U di kampung Bongkor Rt03 Rw04 di wilayah kerja UPT puskesmas Samarang Garut, dengan menganalisa tinjauan teori dengan tinjauan kasus. Dari hasil perbandingan tersebut akan muncul kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus. Maka ada beberapa aspek yang perlu dibahas mulai dari pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, sampai dengan evaluasi keperawatan.

Pada saat melakukan pengkajian sampai dengan evaluasi didapatkan hasil yang nyata sesuai dengan gejala-gejala yang ditimbulkan oleh klien. Dimana penggunaan konsep asuhan keperawatan dapat membantu dalam melakukan praktek keperawatan, menyelesaikan masalah keperawatan klien dan memenuhi kebutuhan klien secara ilmiah dan sistematis dengan mealalui tahap pengkajian, tahap diagnosa keperawatan, tahap perencanaan keperawatan, tahap implementasi keperawatan, sampai tahap evaluasi keperawatan.

1) Tahap Pengkajian

Dalam tahap pengkajian ini penulis melakukan anamnesa langsung kepada pasien mengenai identitas pasien, keluhan-

keluhan yang dirasakan sekarang, riwayat penyakit dahulu yang pernah dialami oleh pasien, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik pada pasien, serta aktivitas sehari-hari pada pasien. Pada hasil pengkajian yang ditemukan pada Tn. U hanya muncul tanda dan gejala yang di dapatkan adalah sakit kepala bagian belakang dan tengkuk, warna kulit pucat dan gelisah. Sedangkan keluhan sesak nafas, kelelahan, mual, muntah, kesadaran menurun episteksi, penglihatan kabur tidak dirasakan oleh Tn. U.

Pada tahap pengkajian, klien dapat kooperatif dan mampu mengungkapkan masalah kesehatan yang dihadapi Tn. U

2) Tahap Diagnosa Keperawatan

Dalam tinjauan teori Diagnosa keperawatan yang muncul pada penderita hipertensi menurut Tim pokja SDKI, DPP PPNI, 2017 sebagai berikut :

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- c. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- e. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis

- f. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload
- g. Risiko jatuh berhubungan gangguan penglihatan
- h. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Setelah dilakukan pengkajian Tn. U berdasarkan analisa data yang penulis peroleh terdapat beberapa masalah keperawatan diantaranya :

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Diagnosa keperawatan tersebut muncul berhubungan dengan adanya rasa sakit pada kepala bagian belakang Tn. U, adanya gangguan pola tidur, gelisah dan kurangnya pengetahuan mengenai penyakit hipertensi yang sedang diderita Tn. U.

3) Tahap Perencanaan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017).

Adapun intervensi yang diberikan untuk masalah keperawatan pada Tn. U sebagai berikut:

- a. Perfusi perifer tidak efektif untuk mengatasinya maka di berikan intervensi menggunakan perawatan sirkulasi dengan melakukan terafinon farmakologis menganjurkan berolahraga rutin, menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur.
- b. Gangguan pola tidur, untuk mengatasi gangguan pola tidur di berikan intervensi menggunakan dukungan tidur dengan tindakan awal identifikasi masalah gangguan istirahat tidur, lalu ciptakan tempat tidur yang aman dan nyaman dan anjurkan untuk konsisten dalam waktu tidur.
- c. Defisit pengetahuan untuk mengatasi defisit pengetahuan mengenai penyakit yang di derita Tn. U diberikan intervensi edukasi kesehatan yaitu mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan media dan materi pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, memberikan kesempatan untuk bertanya , dan menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, mengajarkan perilaku hidup sehat.

4) Tahap 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, factor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Muryanti, 2017).

Adapun implementasi yang dilakukan terhadap masalah keperawatan pada Tn. U sesuai dengan diagnosa keperawatan pada Tn. U yaitu

- a. Keperawatan perfusi perifer tidak efektif, implementasi yang dilakukan yaitu dengan pemberian terapi nonfarmakologis, menganjurkan berolahraga rutin, menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
- b. Gangguan pola tidur, dengan dilakukan implementasi mulai dari Observasi : Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, Edukasi: Menganjurkan pada klien untuk memodifikasi lingkungan yaitu mengatur pencahayaan dengan mematikan lampu, Menjelaskan pentingnya tidur yang cukup, Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.
- c. Defisit pengetahuan, dilakukan implementasi mulai dari Observasi: Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Menyiapkan materi dan media pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, Edukasi : Menyampaikan materi

yang telah disiapkan, Memberikan kesempatan untuk bertanya, Menjelaskan faktor risiko yang mempengaruhi kesehatan.

5) Tahap Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti & Muryanti, 2017).

Hasil yang didapatkan setelah melakukan tindakan keperawatan pada Tn. U dari setiap diagnosa sebagai berikut :

- a. Perfusi perifer tidak efektif dapat teratasi sebagian setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari. Hal ini karena klien dapat melakukan yang sudah dianjurkan seperti olah raga secara teratur, minum obat antihipertensi secara teratur..
- b. Gangguan pola tidur, dapat teratasi hal ini bisa terjadi karena nyeri pada kepala klien berkurang, klien juga melakukan sesuai anjuran penulis untuk memodifikasi lingkungan terutama pencahayaan pada saat akan tidur, konsisten dalam jadwal jam tidur.
- c. Defisit pengetahuan, dapat teratasi karena Tn. U selalu bersedia jika diberi informasi tentang penyakit yang dideritanya

sehingga klien dapat memahami dan mengerti mengenai penyakit yang di deritanya.

6) Tahap Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan adalah proses pencatatan dan pengumpulan berbagai bukti dari seluruh pelaksanaan proses keperawatan. Proses dokumentasi ini menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang mencatat berbagai tanggapan dan respon pasien terhadap berbagai tindakan medis dan tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Prabowo, 2017).

Pada saat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan gerontik ini penulis mendapatkan kesulitan, namun dengan adanya teori dan berbagai sumber serta bimbingan dari dosen pembimbing, CI puskesmas, serta perawat senior yang ada di puskesmas samarang penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan gerontik ini dari tahap pengkajian keperawatan, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan sampai evaluasi keperawatan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

1. Tahap Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada pasien Tn. U secara komprehensif terhadap aspek-aspek kesehatan yang terdapat pada lansia, Tn. U dilakukan pengkajian pada tanggal 06 april 2023. Hasil pengkajian menunjukkan adanya tanda dan gejala hipertensi yaitu sakit kepala bagian belakang dan tengkuk, adanya gangguan pola tidur srta gelisah. Hal itu terjadi karena akibat dari tekanan darah meningkat.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Berikut diagnosa keperawatan yang ditemukan oleh penulis sesuai Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) :

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

3. Tahap Perencanaan Keperawatan

Setelah menentukan diagnosa keperawatan penulis membuat Perencanaan keperawatan yang dibuat berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diantaranya : Perfusi perifer, Dukungan tidur, dan edukasi kesehatan pada Tn. U.

4. Tahap Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi/Tahap pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan dan diagnosa keperawatan yang pada Tn. U, implementasi ini silakukan sesuai dengan kebutuhan dan partisipasi klien dalam melaksanakan setiap tindakan keperawatan.

5. Tahap Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada Tn. U tanggal 6 sampai 10 april 2023 oleh penulis dan dibuat dalam bentuk SOAP. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis menunjukkan bahwa masalah yang di alami klien teratasi sebagian untuk diagnosa 1, teratasi untuk diagnosa ke 2 dan ke 3 sesuai dengan rencana yang telah dibuat.

6. Tahap Dokumentasi

Penulis melakukan pendokumentasi yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, sampai evaluasi keperawatan dengan menggunakan SDKI,SIKI dan SLKI.

B. Rekomendasi

1. Institusi pendidikan

Supaya dapat ikut berkontribusi dalam mengurangi angka kesakitan pada lansia terutama dengan hipertensi dangan cara melakukan program atau kegiatan yang rutin dilaksanakan seperti pemeriksaan pada lansia, berbagai betuk penyuluhan kesehatan lansia yang melibatkan mahasiswa untuk menambah pengetahuan lansia tentang hidup sehat.

2. Bagi Puskesmas Samarang

Petugas kesehatan diharapkan dapat meningkatkan perannya di masyarakat dalam memberikan informasi kesehatan khususnya mengenai hipertensi umumnya penyakit-penyakit yang sering terjadi di masyarakat. Sehingga masyarakat dapat memahami secara jelas tentang penyakit yang di deritanya dan cara pengobatan yang harus dilakukan oleh masyarakat secara mandiri.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, D. 2014. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Laki-Laki Berusia 40-65 Tahun Di Puskesmas Bitung Barat Kota Bitung*. FKM Universitas Sam Ratulang
- Aspiani, R.Y. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik jilid 2*. Jakarta : Trans Info Media
- Badan Pusat Statistik, *Statistik penduduk lanjut usia*. BPS. Jakarta. 2015
- Black. (2014). *Keperawatan Medical Bedah: manajemen klinis untuk Hasil yang Diharapkan. Edisi 8*, Jakarta : salemba Medika
- BPS. 2022. “ jumlah Penduduk lansia, 2020”. <https://lokadata.id/data/jumlah-penduduk-lansia-2020-1612497666>, diakses pada 09 juni 2022 pukul 08.00 WIB
- Brunner & Sudrarth. (2015), *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC
- Dinarti, & Muryanti, Y. (2017). *Bahan Ajar Keperawatan: Dokumentasi Keperawatan*
- Kemenkes RI. *Hipertensi. Infodating Pusat Data dan Informasi Kemertian Kesehatan RI*. 2014: (Hipertensi): 1-7
- Muhith, Abdul dan Sandu Siyoto. 2016. *Penduduk keperawaran Gerontik Yogyakarta* : Penerbit Andi
- Musakkar, & Djafar, T. (2021). *Promosi Kesehatan: Penyebab Terjadinya Hipertensi* (H. Aulia (ed)). CV. Pena Persada.
- Mustika, I. W. (2019). *Buku Pedoman Model Keperawatan Lansia Bali Elderly Care (BEC)*. Journal of Chemical Information and Modeling. 53(9), 1689-1699
- Nurarif & Kusuma, (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA Nic-Noc*. Yogyakarta
- Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia. *Konsensus Penatalaksanaan Hipertensi 2019*. Lukito AA, Harmeiwaty E, Hustrini Nm, editors, Jakarta: Indonesia Society Of Hypertention
- Prabasari, N. A. (2017). *Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Lansia Di Rumah*

: Studi Fenomenalogi. *Jurnal Ners Lentrera*.5(1)

Riskendas (2018). Badan Penelitian Kesehatan dan pengembangan Kesehatan Kementrian RI tahun 2018. http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorkop_2018/Hasil.pdf – Diakses Agustus 2018

Tarwoto & Wartonah. (2015) *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta. Salemba Medika.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tirtasari,S., & Kodim, N. (2019). Prevalensi dan karakteristik Hipertensi Pada Usia Dewasa Muda Di Indonesia. *Tarumanagara Medical journal*, (2),395-402

Udjianti. (2013). *Keperawatan Kardiovaskular*. Jakarta: Salemba Medika.

WHO. (2013). *About cardiovascular diseases*. World Health Organization. Geneva. Ited July 15th 2014. Available from URL : http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/en/ accessed on.

FORMAT BIMBINGAN

NAMA : Hani Alfiyah
 NIM : KHGA20059
 JUDUL : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn.U Dengan Hipertensi Pada Katz Indeks A Diwilayah Kerja Upt Puskesmas Samarang Garut
 Pembimbing : Dr. H. Dian roslan H, S.Kep.,M.Kes.

No.	Tanggal	Catatan Perkembangan	TTD	
			Mahasiswa	Pembimbing
1.	25/05 2023	- konsul Proses bimbingan		
2.	31/05 2023	- Latar belakang Perbaiki: - Baca Pandua-Perulu - konsulka kembali		
3.	09/06 2023	- ACC - Lanjutkan BAB II		
4.	13/06 2023	- Perbaiki margin - Perbaiki Perula - konsulka kembali		
5.	15/06 2023	- ACC - Lanjutkan BAB III		
6.	19/06 2023	- konsulka BAB III - Perbaiki Perula - konsulka kembali		
7.	23/06 2023	- ACC - Lanjutkan BAB IV		
8.	26/06 2023	- konsulka Bab IV - ACC - Tambahkan kata Pengantar, abstrak dll		
9.	27/06 2023	- ACC		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Identitas

Nama : Hani Alfiyah

Nim : KHGA20059

Tempat Tanggal lahir : Garut, 24 September 2001

Alamat : Kp. Negla, Desa Cihuni, Kecamatan.
Pangatikan, Kabupaten Garut

Email : hanialfiyah09@gmail.com

Instagram : Hani Alfiyah



Riwayat Pendidikan

TK Assidiqiyah 2006-2008

SDN 3 Karang Sari 2008-2014

MTsN 2 Garut 2014-2017

SMK Bidara Mukti Garut 2017-2020

STIKes Karsa Husada Garut 2020-Sekarang