

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. U DENGAN
GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER: HIPERTENSI
PADA KATZ INDEKS A DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS LIMBANGAN KABUPATEN
GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun Oleh:

NURHALIZA SEPTIANA MAHARINA
NIM : KHGA20099



**STIKES KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2023**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. U
DENGAN GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER:
HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS LIMBANGAN KABUPATEN GARUT**

NAMA : NURHALIZA SEPTIANA MAHARINA

NIM : KHGA20099

KTI ini disetujui untuk disidangkan dihadapan tim penguji
Program Studi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2023

Menyetujui,

Pembimbing

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'S' followed by a horizontal line and a small '2' at the bottom right.

H. Zahara Farhan, M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. U
DENGAN GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER:
HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS LIMBANGAN KABUPATEN GARUT**

NAMA : NURHALIZA SEPTIANA MAHARINA

NIM : KHGA20099

Garut, Juli 2023

Menyetujui,

Penguji 1



Elang M. Atoilah, S.Sos., M.Kes

Penguji 2



Devi Ratnasari, M.Kep

Mengetahui,

**Ketua Program Studi D-III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut**



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

**Mengesahkan,
Pembimbing**



H. Zahara Farhan, M.Kep

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. U dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler: Hipertensi pada KATZ Indeks A di Wilayah Kerja Puskesmas Limbangan Kabupaten Garut

**Nurhaliza Septiana Maharina
KHGA20099**

IV Bab, 88 Halaman, 22 Tabel, 4 Lampiran

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan dan angka kematian. Tujuan dibuatnya karya tulis ilmiah ini untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam melakukan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio-psiko sosial dan spiritual pada klien dengan gangguan sistem kardiovaskuler melalui pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Metode yang digunakan adalah deskriptif berupa studi kasus. Adapun masalah yang ditemukan pada kasus tersebut yaitu nyeri akut, gangguan pola tidur dan defisit pengetahuan. Perencanaan yang dibuat dalam penelitian ini fokus ditujukan pada masalah kesehatan setiap orang dengan mengacu pada sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan. Dalam melakukan asuhan keperawatan tersebut di fokuskan dalam mengatasi penyebab dari gangguan sistem kardiovaskuler yang dialami. Hasil evaluasi dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. U menunjukkan perkembangan dengan semua masalah keperawatan teratasi. Adapun kesimpulan dalam karya tulis ini adalah sesuai dengan perencanaan yang telah disusun sebelumnya, banyak peran keluarga yang mendukung, bimbingan dari pembimbing akademik dan adanya setiap tahapan implementasi.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Hipertensi, Sistem Kardiovaskuler
Daftar Pustaka: 31 buah (2014-2022) (Buku dan Jurnal)

ABSTRACT

*Gerontic Nursing Care for Mrs. U with Disorders of the Cardiovascular System:
Hypertension on the KATZ Index A in the Work Area Health Center of
Limbangan Garut Regency*

Nurhaliza Septiana Maharina
KHGA20099

IV Chapter, 88 Pages, 22 Tables, 4 Appendices

Hypertension is a condition in which a person experiences an increase in blood pressure above normal which results in an increase in morbidity and mortality. The purpose of making this scientific paper is to gain real experience in conducting direct and comprehensive nursing care processes covering bio-psycho-social and spiritual aspects of clients with disorders of the cardiovascular system through assessment, diagnosis, planning, implementation and evaluation. The method used is descriptive in the form of a case study. The problems found in these cases were acute pain, sleep pattern disturbances and knowledge deficits. The plans made in this study focus on everyone's health problems with reference to the goals and objectives that have been set. In carrying out nursing care, the focus is on overcoming the causes of the disorders of the cardiovascular system that are experienced. The results of the evaluation of the nursing care process carried out on Ny. U shows progress with all nursing problems resolved. The conclusions in this paper are in accordance with the plans that have been prepared beforehand, many supporting family roles, guidance from academic supervisors and the existence of each stage of implementation.

*Keyword : Nursing Care, Hypertension, Cardiovascular System
Bibliography : 31 pieces (2014-2022) (Books and Journals)*

KATA PENGANTAR

س ————— اِلَِّمِ لِّلَّهِ اَلْوَحُ حَمَّ نِي اَلْوَحُ حَمَّ

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ini dengan tepat waktu. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat akhir dalam menempuh Perkuliahan Program Diploma III Keperawatan di STIKes KARSA HUSADA GARUT. Penulis mengambil judul: **"Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. U dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler: Hipertensi Pada Katz Indeks A Di Wilayah Kerja Puskesmas Limbangan Kabupaten Garut"**. Dalam pembuatan karya tulis ini, penulis mendapatkan begitu banyak bimbingan, bantuan dan saran dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan kali ini penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih kepada semua pihak terutama kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si, selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dhrama Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep, selaku ketua prodi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

5. Bapak H. Zahara Farhan, M.Kep, selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ini yang senantiasa memberikan arahan dan saran dengan penuh kesabaran.
6. Bapak Elang M. Atoilah, S.Sos., M.Kes, selaku penguji 1 dalam sidang Karya Tulis Ilmiah.
7. Ibu Devi Ratnasari, M.Kep, selaku penguji 2 dalam sidang Karya Tulis Ilmiah.
8. Seluruh Staff dosen DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
9. Ibu Santi Apriyanti S. Kep. Ners, selaku pembimbing di Puskesmas Limbangan Garut yang telah memberikan keterampilan yang bermanfaat dan motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Teristimewa kepada bunda tercinta serta seluruh keluarga besar yang telah memberikan semangat serta terus menerus memberikan doa dan memberikan dukungan baik moril maupun material.
11. Jalaludin Malik, terimakasih telah menjadi rumah tempat berkeluh kesah dan banyak berkontribusi dalam penulisan karya tulis ilmiah ini. Mendahulukan kepentingan saya, meluangkan waktu, tenaga, pikiran dan telah menjadi bagian dari perjalanan saya hingga saat ini.
12. Kepada sahabat saya yaitu Nurul, Yulia, Tasya, Jihan, Raysa, Wildan, Ridwan, yang sama-sama berjuang menyusun karya tulis ilmiah ini dan selalu memberikan dukungan satu sama lain.

Penulis menyadari sepenuhnya begitu banyak keterbatasan yang penulis miliki baik dari segi ilmu pengetahuan serta kemampuan. Oleh karena itu, dalam

pembuatan karya tulis ini masih banyak kekurangan dan kesalahan. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan karya tulis ini.

Akhir kata penulis berharap semoga amal baik dari berbagai pihak senantiasa mendapatkan balasan yang berlipat dari Allah SWT. Amin.

Garut, Juli 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	vi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
C. Metode Penulisan	6
D. Sistematika Penulisan.....	8
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	9
A. Konsep Dasar Lansia.....	9
1. Definisi Lanjut Usia	9
2. Batasan Lansia	10
3. Tipe Lansia.....	10
4. Proses Menua	11
5. Perubahan Fisiologis Pada Lansia.....	13
B. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi.....	18
1. Definisi Hipertensi	18
2. Etiologi.....	19
3. Klasifikasi	21
4. Manifestasi	22
5. Patofisiologi	22
6. Komplikasi	25
7. Pemeriksaan Penunjang	26
8. Penatalaksanaan	27
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	28
1. Pengkajian.....	28
2. Diagnosa Keperawatan.....	43

3. Perencanaan Keperawatan	43
4. Implementasi Keperawatan.....	49
5. Evaluasi Keperawatan.....	49
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	50
A. Tinjauan Kasus	50
1. Pengkajian.....	50
2. Diagnosa Keperawatan.....	67
3. Intervensi Keperawatan.....	69
4. Implementasi dan Evaluasi	72
5. Catatan Perkembangan.....	75
B. Pembahasan	76
1. Tahap Pengkajian	77
2. Tahap Diagnosa Keperawatan.....	78
3. Tahap Perencanaan.....	79
4. Tahap Implementasi	80
5. Tahap Evaluasi	82
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	84
A. Kesimpulan.....	84
B. Rekomendasi	87
DAFTAR PUSTAKA	88

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Penyakit Pada Lansia di Puskesmas Limbangan Garut	4
Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi.....	21
Tabel 2.2 Pengkajian Fungsional Katz Indeks	34
Tabel 2.3 Pemeriksaan Barthel Indeks	36
Tabel 2.4 Pengkajian SPSMQ.....	37
Tabel 2.5 Pengkajian Aspek Kognitif MMSE.....	38
Tabel 2.6 Pengkajian Keseimbangan	40
Tabel 2.7 Analisa Data.....	41
Tabel 2.8 Rencana Tindakan Keperawatan 1	44
Tabel 2.9 Rencana Tindakan Keperawatan 2	45
Tabel 2.10 Rencana Tindakan Keperawatan 3	46
Tabel 2.11 Rencana Tindakan Keperawatan 4	47
Tabel 2.12 Rencana Tindakan Keperawatan 5	48
Tabel 3.1 Pola Kegiatan Sehari-hari	60
Tabel 3.2 Pengkajian Fungsional Katz Indeks	61
Tabel 3.3 Pengkajian Fungsional Modifikasi dan Bartel Indeks	62
Tabel 3.4 Short Portable Status Questioner (SPMSQ).....	63
Tabel 3.5 MMSE (Mini Mental Status Exam)	64
Tabel 3.6 Analisa Data	65
Tabel 3.7 Intervensi Keperawatan.....	69
Tabel 3.8 Implementasi Keperawatan.....	72
Tabel 3.9 Catatan Perkembangan.....	75

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan Hipertensi

Lampiran 2 Leaflet Hipertensi

Lampiran 3 Lembar Bimbingan

Lampiran 4 Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Undang-Undang No. 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, bahwa lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas. Proses penuaan akan berdampak pada berbagai aspek kehidupan, baik aspek sosial, ekonomi maupun aspek kesehatan. Ditinjau dari aspek kesehatan, kelompok lansia akan mengalami penurunan derajat kesehatan, baik secara alamiah maupun akibat penyakit sehingga diperlukan pendekatan khusus bagi kelompok lansia dan upaya perbaikan kualitas kesehatan secara berkelanjutan (Peraturan Presiden No. 88 tahun 2021).

Menurut WHO dikawasan Asia Tenggara populasi lansia sebesar 8% atau sekitar 142 juta jiwa. Indonesia termasuk salah satu negara yang menghadapi kecenderungan tersebut. Badan Pusat Statistik merilis data jumlah lansia berdasarkan hasil Survei Penduduk diperkirakan jumlah lansia (usia 60 tahun ke atas) di Indonesia sebanyak 31.320.066 jiwa pada tahun 2022. Pada tahun 2050 diperkirakan populasi lansia meningkat menjadi 3 kali lipat dari tahun ini. Berdasarkan hasil proyeksi penduduk tahun 2010-2032, jumlah penduduk lansia di Jawa Barat pada tahun 2022 sebanyak 623.410 jiwa. (Badan pusat statistik Nasional, 2022). Berdasarkan hasil proyeksi penduduk tahun 2021, jumlah penduduk lansia di kota Garut sebanyak 227.642 jiwa (Badan pusat statistik kabupaten Garut, 2022).

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 sistem kardiovaskuler yang akan menyebabkan lansia rentan mengalami gangguan pada tekanan darah seperti Hipertensi. (Sudarso et al., 2019). Hipertensi adalah salah satu penyakit degenerative yang menjadi salah satu penyebab kematian tertinggi di Indonesia. Semakin bertambah usia dapat meningkatkan resiko terjangkitnya penyakit hipertensi yang disebabkan oleh adanya perubahan alami pada jantung, pembuluh darah dan hormon (Suryarinilsih et al., 2021).

Penyebab hipertensi hingga saat ini secara pasti belum dapat diketahui, tetapi gaya hidup berpengaruh besar terhadap kasus ini. Terdapat beberapa faktor yang menjadi risiko terjadinya Hipertensi, seperti usia, jenis kelamin, merokok, dan gaya hidup kurang aktivitas yang dapat mengarah ke obesitas (Tirtasari & Kodim, 2019). Penyakit Hipertensi apabila diabaikan akan berisiko mengalami komplikasi berupa komplikasi berupa payah jantung, stroke, kerusakan ginjal, kerusakan penglihatan (Septi Fandinata, 2020).

Menurut WHO (2021) menunjukkan sekitar 1,13 Miliar orang di dunia menyandang Hipertensi, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis Hipertensi. Jumlah penyandang Hipertensi terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan pada tahun 2025 akan ada 1,5 Miliar. Hipertensi mengakibatkan

kematian sekitar 8 juta orang setiap tahun, 1,5 juta kematian terjadi di Asia Tenggara, yang menderita hipertensi (Hakim and Tazkiah 2020).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Kemenkes 2018). Prevalensi penyakit hipertensi di Indonesia diperkirakan 34,11% dari populasi dan di Provinsi Jawa Barat hipertensi tahun 2020 sebesar 34,7% terus mengalami kenaikan di Indonesia hipertensi menjadi masalah kesehatan masyarakat yang semakin tinggi dan berat. Provinsi Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, dan Jawa Barat merupakan Provinsi yang mempunyai prevalensi hipertensi lebih tinggi dari angka nasional.

Prevalensi Hipertensi tertinggi terdapat pada populasi perempuan dengan jumlah 40%. Semakin tinggi usia semakin tinggi pula prevalensinya atau bertambahnya usia kemungkinan terkena Hipertensi juga menjadi besar. Data Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, didapatkan bahwa tahun 2021 penderita hipertensi di Kabupaten Garut sebanyak 76,633 orang (Dinkes Kabupaten Garut, 2021). Perawat sebagai tenaga kesehatan memiliki peran sebagai edukator atau pendidik. Sebagai seorang pendidik, perawat membantu klien mengenal asuhan keperawatan yang mereka lakukan guna memulihkan atau memelihara kesehatan tersebut (Kozier, 2020).

Dibawah ini adalah prevalensi jumlah penyakit yang diderita lansia di Puskesmas Limbangan Garut.

Tabel 1.1
Data 10 Besar Penyakit Pada Lansia di Puskesmas Limbangan Garut
Tahun 2023

No	Jenis Penyakit	Jumlah Penderita
1	Arthritis	41
2	Hipertensi	37
3	Diabetes Militus	30
4	Gastritis	28
5	ISPA	19
6	Infeksi saluran kemih	15
7	Skabies	14
8	Anemia	10
9	PPOK	5
10	Stroke	3
Jumlah		202

(Sumber : Data 2023 Puskesmas Limbangan)

Berdasarkan tabel 1.1 diatas diketahui bahwa penyakit hipertensi padalansia menempati urutan kedua dari sepuluh prevalensi penyakit yang ada di puskesmas Limbangan Garut, hal tersebut perlu mendapatkan penanganan yang serius karena apabila tidak segera ditangani dapat beresiko terjadinya komplikasi berupa payah jantung, stroke, kerusakan ginjal, kerusakan penglihatan.

Berdasarkan latar belakang diatas, dengan tingginya penyakit hipertensi pada lansia, maka dari itu penulis tertarik untuk melakukan asuhankeperawatan pada Ny. U dengan judul “**Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.U dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler: Hipertensi pada Katz Indeks A di Wilayah Kerja Puskesmas Limbangan Kabupaten Garut**”. Sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam melakukan asuhan keperawatan pada Ny. U dengan hipertensi pada Katz Indeks A di Puskesmas Limbangan Kabupaten Garut secara komprehensif meliputi aspek bio, psiko, sosial dan spritual melalui pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penulisan karya tulis ilmiah ini meliputi:

- a. Mampu melakukan pengkajian secara komprehensif pada Ny. U yang mengalami hipertensi pada Katz Indeks A di Puskesmas Limbangan Garut.
- b. Mampu menegakan diagnosa keperawatan dengan tepat sesuai respon klien terhadap adanya gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia pada Ny. U dengan hipertensi pada Katz Indeks A di Puskesmas Limbangan Garut.
- c. Mampu menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan yang ditegakan pada Ny. U dengan hipertensi pada Katz Indeks A di Puskesmas Limbangan Garut.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun pada Ny. U dengan hipertensi pada Katz Indeks A di Puskesmas Limbangan Garut.

- e. Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang dilakukan pada Ny. U dengan hipertensi pada Katz Indeks A di Puskesmas Limbangan Garut.

C. Metode Penulisan

Penyusunan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dengan pendakatan studi kasus melalui penerapan asuhan keperawatan yang meliputi; pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Sedangkan teknik pengumpulan data yang digunakan meliputi:

1. Wawancara

Selama pemeriksaan penulis mengumpulkan data dengan caramenanyakan atau membuat tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh klien.

2. Observasi

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

3. Pemeriksaan Fisik

Penulis melakukan pemeriksaan melalui tahapan inpeksi, palpasi, perkusi, auskultasi dan pemeriksaan khusus untuk mendapatkan data objektif pada Ny. U dengan masalah hipertensi pada Katz Indeks A di Puskesmas Limbangan Garut.

4. Studi Dokumentasi

Mencari data-data yang terkait dengan populasi dan prevalensi lansia yang mengalami hipertensi baik ditingkat nasional, provinsi dan kabupaten.

5. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah cara mendapatkan informasi dan teori-teori yang relevan dari literatur buku dan internet yang berhubungan dengan kasus sebagai dasar acuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini.

D. Sistematika Penulisan

Karya tulis ini terdiri dari empat bab yaitu sebagai berikut:

BAB I: Pendahuluan, meliputi; menjelaskan tentang latar belakang, tujuan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

BAB II: Tinjauan Teoritis, meliputi; menjelaskan tentang konsep keperawatan gerontik, teori lansia, konsep penyakit hipertensi, dan konsep asuhan keperawatan gerontik pada penyakit hipertensi.

BAB III: Tinjauan Kasus Dan Pembahasan, meliputi; tinjauan kasus yaitu membahas tentang proses keperawatan yang sudah dilakukan secara nyata dilapangan, mulai dari pengkajian sampai evaluasi, sedangkan pembahasan akan dijadikan suatu bahan perbandingan tentang kesamaan dan perbedaan yang ditemukan antara kasus yang nyata dilapangan dan menurut teori, mulai dari pengkajian sampai evaluasi.

BAB IV : Kesimpulan dan Rekomendasi, meliputi; berisi tentang kesimpulan dan rekomendasi terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Lansia

1. Definisi Lanjut Usia

Lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai 60 tahun keatas sehingga terjadi proses penuaan yang dipengaruhi beberapa faktor, misalnya peningkatan gizi, sanitasi, pelayanan kesehatan sehingga kemampuan tingkat kesehatan, kemajuan tingkat pendidikan dan social ekonomi yang semakin baik (Dekes RI, 2017).

Lansia mempunyai karakteristik seperti kulit mengendur, rambut beruban, perubahan sistem sensori seperti penurunan daya ingat, penurunan kemampuan pendengaran dan penglihatan, serta akan terjadi perlambatan aktivitas (Mawaddah & Wijayanto, 2020).

Menua atau menjadi tua adalah suatu proses biologis yang tidak dapat dihindari. Proses penuaan terjadi secara alamiah. Hal ini dapat menimbulkan masalah fisik, mental, sosial, ekonomi dan psikologis (Mustika, 2019).

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa Lansia dapat didefinisikan sebagai individu yang usianya mencapai 60 tahun atau lebih, mengalami banyak perubahan fisik dan psikologis.

2. Batasan Lansia

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2020)

- a. Usia pertengahan (*middle age*) usia 45-59 tahun.
- b. Lansia usia lanjut (*elderly*) usia 60-74 tahun.
- c. Lansia usia tua (*old*) usia 75-90 tahun.
- d. Usia sangat tua (*very old*) usia > 90 tahun.

3. Tipe Lansia

Lima tipe lansia menurut (Prabasari et al., 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 teman 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, pamarah, kehilangan teman yang disayangi, 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 sering mengalami kehilangan kepribadian, kaget, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh.

4. Proses Menua

Menurut Maryam (2018) tentang proses menua yaitu :

a. Teori Biologi

1) Teori genetic dan mutasi (*Somatik Mutatie Theory*)

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu.

2) Teori radikal bebas

Tidak setabilnya radikal bebas mengakibatkan oksidasi bahan organik yang menyebabkan sel-sel tidak dapat regenerasi.

3) Teori autoimun Penurunan

Teori meyakini menua terjadi berhubungan dengan peningkatan produk auto antibodi.

4) Teori stress

Menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kesetabilan lingkungan internal, dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah dipakai.

5) Teori rantai silang

Sel-sel yang tua atau using, reaksi kimianya menyebabkan ikatan yang kuat khususnya jaringan kolagen. Ikatan ini menyebabkan kurangnya elastis, kekacauan dan hilangnya fungsi.

6) Teori program

Kemampuan organisme untuk menetapkan jumlah sel yang membelah setelah sel-sel tersebut mati.

b. Teori Kejiwaan Sosial

1) Aktifitas atau kegiatan (*Activity theory*)

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

2) Kepribadian lanjut (*Continuity theory*)

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

3) Teori pembebasan (*Disengagement theory*)

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

c. Teori Lingkungan

- 1) *Exposure theory*: Paparan sinar matahari dapat mengakibatkan percepatan proses penuaan.
- 2) *Radiasi theory*: Radiasi sinar γ , sinar x dan ultraviolet dari alat-alat medis memudahkan sel mengalami denaturasi protein dan mutasi DNA.
- 3) *Polution theory*: Udara, air dan tanah yang tercemar polusi mengandung substansi kimia, yang mempengaruhi kondisi epigenetik yang dapat mempercepat proses penuaan.
- 4) *Stres theory*: Stres fisik maupun psikis meningkatkan kadar kortisol dalam darah. Kondisi stres yang terus menerus dapat mempercepat proses penuaan.

5. Perubahan Fisiologis Pada Lansia

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang biasanya akan berdampak pada perubahan-perubahan pada jiwa atau diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial dan seksual (National & Pillars, 2020).

a. Perubahan Fisik

- 1) Sel : Jumlahnya menjadi sedikit, ukurannya lebih besar, berkurangnya cairan intra seluler, menurunnya proporsi protein di otak, otot, ginjal, dan hati, jumlah sel otak menurun, terganggunya mekanisme perbaikan sel.
- 2) Sistem Persyarafan : Respon menjadi lambat dan hubungan antara persyarafan menurun, berat otak menurun 10-20%, mengecilnya syaraf panca indra sehingga mengakibatkan berkurangnya respon penglihatan dan pendengaran, mengecilnya syaraf penciuman dan perasa, lebih sensitive terhadap suhu, ketahanan tubuh terhadap dingin rendah, kurang sensitive terhadap sentuhan.
- 3) Sistem Penglihatan : Menurun lapang pandang dan daya akomodasi mata, lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa) menjadi katarak, pupil timbul sklerosis, daya membedakan warna menurun.
- 4) Sistem Pendengaran : Hilangnya atau turunnya daya pendengaran, terutama pada bunyi suara atau nada yang tinggi, suara tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas umur 65 tahun, membran timpani menjadi atrofi menyebabkanotosklerosis.
- 5) Sistem Kardiovaskuler : Katup jantung menebal dan menjadi kaku. Kemampuan jantung menurun 1% setiap tahun sesudahberumur 20 tahun, kehilangan sensitivitas dan elastisitas

pembuluh darah: kurang efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi perubahan posisi dari tidur ke duduk (duduk ke berdiri) bisa menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65mmHg dan tekanan darah meningkat akibat meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer, sistole normal ± 170 mmHg, diastole normal ± 95 mmHg.

- 6) Sistem pengaturan temperatur tubuh : Pada pengaturan suhu hipotalamus dianggap bekerja sebagai suatu thermostat yaitu menetapkan suatu suhu tertentu, kemunduran terjadi beberapa factor yang mempengaruhinya yang sering ditemukan antara lain: Temperatur tubuh menurun, keterbatasan reflek menggigil dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi rendahnya aktifitas otot.
- 7) Sistem Respirasi : Paru-paru kehilangan elastisitas, kapasitas residu meningkat, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun dan kedalaman nafas turun. Kemampuan batuk menurun (menurunnya aktifitas silia), O_2 arteri menurun menjadi 75 mmHg, CO_2 arteri tidak berganti.
- 8) Sistem Gastrointestinal : Banyak gigi yang tanggal, sensitifitas indra pengecap menurun, pelebaran esophagus, rasa lapar menurun, asam lambung menurun, waktu pengosongan menurun, peristaltik lemah, dan sering timbul konstipasi, fungsi absorpsi menurun.

- 9) Sistem Genitourinaria : Otot-otot pada vesika urinaria melemah dan kapasitasnya menurun sampai 200 mg, frekuensi BAK meningkat, pada wanita sering terjadi atrofi vulva, selaput lendir mengering, elastisitas jaringan menurun dan disertai penurunan frekuensi seksual intercourse berefek pada seks sekunder.
 - 10) Sistem Endokrin : Produksi hampir semua hormon menurun (ACTH, TSH, FSH, LH), penurunan sekresi hormon kelamin misalnya: estrogen, progesterone, dan testoteron.
 - 11) Sistem Integumen : Kulit menjadi keriput dan mengkerut karena kehilangan proses keratinisasi dan kehilangan jaringan lemak, berkurangnya elastisitas akibat penurunan cairan dan vaskularisasi, kuku jari menjadi keras dan rapuh, kelenjar keringat berkurang jumlah dan fungsinya, perubahan pada bentuk sel epidermis.
 - 12) Sistem Muskuloskeletal : Tulang kehilangan cairan dan rapuh, kifosis, penipisan dan pemendekan tulang, persendian membesar dan kaku, tendon mengkerut dan mengalami sclerosis, atrofi serabut otot sehingga gerakan menjadi lambat, otot mudah kram dan tremor.
- b. Perubahan Kognitif
- 1) Memori atau daya ingat, yaitu menurunnya daya ingat yang merupakan salah satu fungsi kognitif. Ingatan jangka panjang

tidak terlalu mengalami perubahan, namun untuk ingatan jangka pendek mengalami penurunan.

- 2) IQ, salah satu fungsi intelektual yang dapat mengalami penurunan dalam hal mengingat, menyelesaikan masalah, kecepatan respon juga tidak fokus. Kemampuan belajar juga bisa menurun, karena menurunnya beberapa fungsi organ tubuh. Hal ini mengapa banyak dianjurkan lansia banyak berlatih dan terapi dalam meningkatkan kemampuan belajar walau butuh waktu.
- 3) Kemampuan pemahaman juga pada lansia bisa menurun, hal ini yang menjadi salah satu perubahan kognitif pada lansia yang mulai menurun seperti fokus dan daya ingat yang mulai mengendur.
- 4) Sulit memecahkan masalah, dalam hal memecahkan masalah, lansia juga agak sukar untuk melakukan hal tersebut. Hal ini dikarenakan sistem fungsi organ yang menurun sesuai dengan usia. Pengambilan keputusan juga begitu lambat, karena secara kognitif peranan yang mulai menurun dan berkurang.
- 5) Perubahan motivasi dalam diri, yang baik itu motivasi yang kognitif dan afektif dalam memperoleh suatu yang cukup besar. Namun motivasi tersebut seringkali kurang memperoleh dukungan karena kondisi fisik dan juga psikologis.

c. Perubahan Mental

Kondisi kesehatan mental dapat mempengaruhi kehidupan seseorang, terutama yang berkaitan dengan kepribadian, dan dapat menimbulkan kecemasan bahkan stres. Kepribadian dapat muncul melalui sikap, perasaan, dan perilaku pada umumnya lansia mengalami penurunan atau perubahan fungsi mental, baik dari segi berpikir, sikap dan perasaan, maupun perilaku (Prasetya. D, 2021).

d. Perubahan Psikisocial

Seseorang menghadapi masa tuanya berpengaruh dari status sosial pada kemampuan mereka. Seseorang biasanya mengalami kesulitan saat menghadapi masa tua karena pensiun, kebanggaan dirinya hilang sejalan dari fasilitas yang melekat pada diri lansia. Banyak lansia yang belum bisa menerima bahwa dirinya sudah pensiun (Prasetya. D, 2021)

B. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi merupakan suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal lebih dari sama dengan 140mmHg dan diastolik lebih dari sama dengan 90 mmHg. Penyakit hipertensi dapat disebabkan oleh pola makan yang buruk dan kurangnya aktivitas fisik (Rihiantoro and Widodo 2018).

Hipertensi suatu keadaan kronis ditandai dengan meningkatnya tekanan darah pada pembuluh darah arteri sehingga mengakibatkan

jantung memompa lebih keras untuk mengedarkan darah ke seluruh tubuh. (Sari, 2017).

Hipertensi yaitu salah satu penyakit degenerative yang menjadialah satu penyebab kematian tertinggi di Indonesia, semakin bertambah usia dapat meningkatkan resiko terjangkitnya penyakit hipertensi yang disebabkan oleh adanya perubahan alami pada jantung, pembuluh darah dan hormon (Suryarinilsih et al, 2021).

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa Hipertensi merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah diatas normal, yang disebabkan oleh pola makan yang buruk, kurangnya aktivitas fisik, perubahan alami jantung, pembuluh darah dan hormon.

2. Etiologi

Penyebab Hipertensi menurut Johanes (2019) , yaitu :

a. Hipertensi primer (esensial)

Hipertensi primer adalah hipertensi yang 90% tidak diketahui penyebabnya. Beberapa faktor yang diketahui diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi esensial, diantaranya:

1) Genetik

Individu dengan keluarga hipertensi memiliki potensi lebih tinggi mendapatkan penyakit hipertensi.

2) Jenis kelamin dan usia

Lelaki berusia 35-50 tahun dan wanita yang telah menopause beresiko tinggi mengalami penyakit hipertensi.

3) Gaya hidup merokok dan konsumsi alkohol

Merokok dan konsumsi alkohol sering dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi karena reaksi bahan atau zat yang terkandung dalam keduanya.

b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder adalah jenis hipertensi yang diketahui penyebabnya. Hipertensi sekunder disebabkan oleh beberapa penyakit, yaitu :

- 1) Coarctationaorta, yaitu penyempitan aorta congenital yang mungkin terjadi beberapa tingkat pada aorta toraksi atau aorta abdominal. Penyempitan pada aorta tersebut dapat menghambat aliran darah sehingga terjadi peningkatan tekanan darah diatas area konstriksi.
- 2) Penyakit parenkim dan vaskular ginjal, penyakit ini merupakan penyakit utama prnyebab hipertensi sekunder. Hipertensi renovaskuler berhubungan dengan penyempitan satu atau lebiharteri besar, yang secara lanhgsung darah ke ginjal.
- 3) Gangguan endokrin. Disfungsi medulla adrenal atau korteks adrenal dapat menyebabkan hipertensi sekunder. Adrenal mediate hypertension disebabkan kelebihan primer aldosterone, kortisol, dan katekolamin.

- 4) Kegemukan atau obesitas dan malas berolahraga.
- 5) Stress yang cenderung menyebabkan peningkatan tekanan darah untuk sementara waktu.
- 6) Peningkatan tekanan vaskuler.

3. Klasifikasi

Menurut (Mayo Clinic, 2018) Hipertensi memiliki dua jenis:

a. Hipertensi Primer (Esensial)

Pada usia dewasa, hipertensi terjadi tanpa gejala yang tampak. Peningkatan tekanan darah secara terus menerus dan telah terjadi lama baru dikatakan seseorang menderita hipertensi meskipun penyebab pastinya belum jelas. Pada kasus peningkatan tekanan darah ini disebut dengan hipertensi primer (esensial).

b. Hipertensi Sekunder

Beberapa orang memiliki tekanan darah tinggi yang disebabkan oleh beberapa faktor tidak terkontrol. Pada kejadian ini disebut dengan hipertensi sekunder dimana peningkatan darah yang terjadi dapat melebihi tekanan darah pada hipertensi primer.

Tabel 2.1
Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Tekanan Darah Sistolik	Tekanan Darah Diastolik
Normal	Dibawah 130mmHg	Dibawah 85 mmHg
Normal Tinggi	130-139 mmHg	85-89 mmHg
Stadium I (Ringan)	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Stadium II (Sedang)	160-179 mmHg	100-109 mmHg
Stadium III (Berat)	180-209 mmHg	110-119 mmHg
Stadium IV (Maligna)	210 mmHg	120 mmHg

Sumber : Triyanto, 2016

4. Manifestasi

- a. Sakit kepala (pusing, migrain)
- b. Gampang marah
- c. Epistaksis (mimisan)
- d. Tinitus (telinga berdenging)
- e. Palpitasi (berdebar-debar)
- f. Kaku kuduk
- g. Pandangan mata berkunang-kunang
- h. Susah tidur
- i. Tekanan darah di atas normal

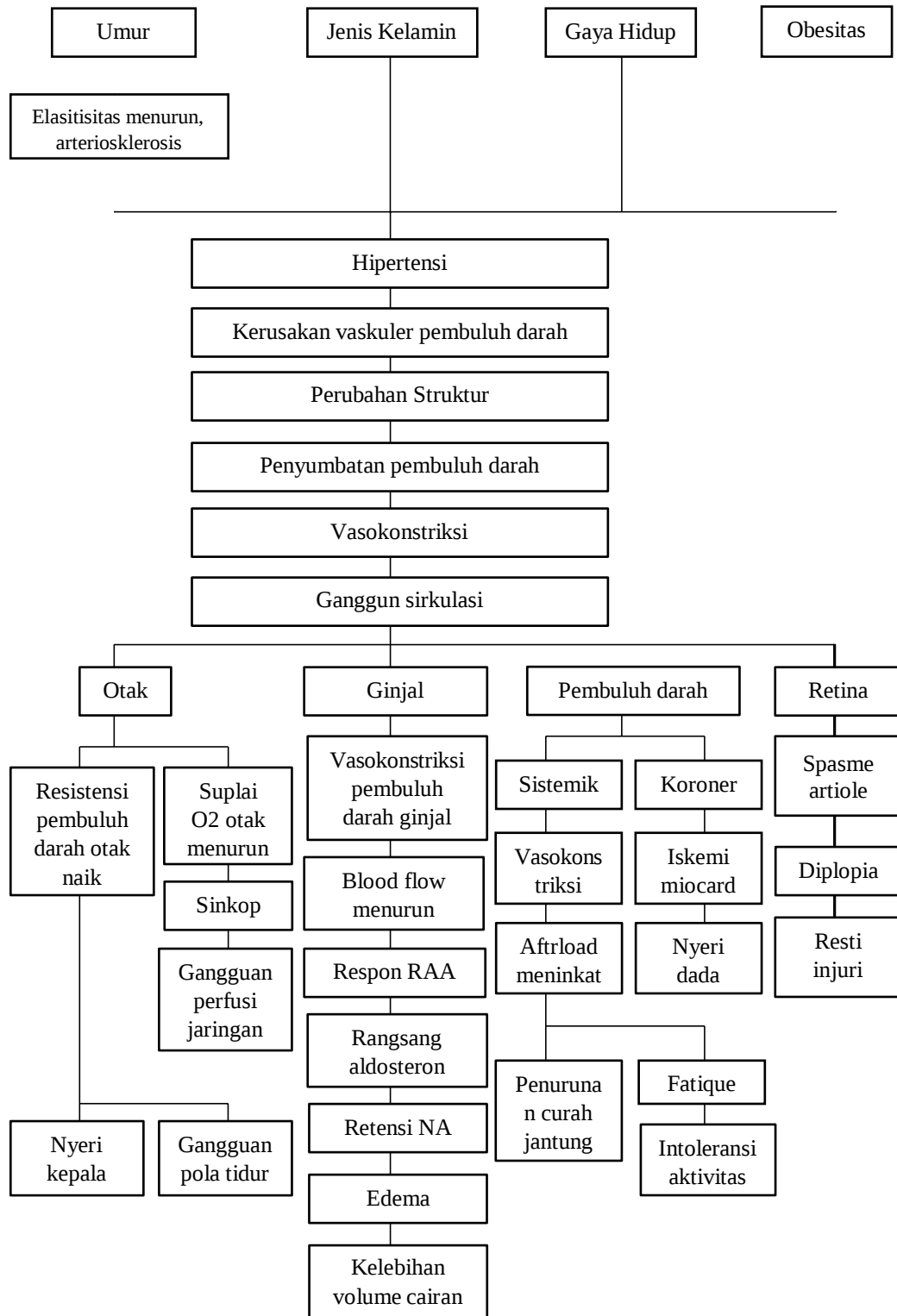
(Awan Harianto dan Rini Sulistyowati, 2017 dalam Iman, 2019)

5. Patofisiologi

Hipertensi dapat disebabkan oleh umur, jenis kelamin, gaya hidup dan obesitas. Hipertensi menyebabkan kerusakan vaskuler pembuluh darah, perubahan struktur, penyumbatan pembuluh darah, vasokonstriksi dan gangguan sirkulasi. Gangguan sirkulasi di otak mengakibatkan resistensi pembuluh darah otak naik, suplai oksigen otak menurun yang menyebabkan penderita mengalami nyeri kepala dan gangguan pola tidur. Hipertensi menyebabkan gangguan pada ginjal yang mengakibatkan vasokonstriksi pembuluh darah, blood flow menurun, respon RAA, rangsang aldosterone, retensi Na, edema yang menimbulkan masalah keperawatan kelebihan volume cairan. Hipertensi juga mengganggu system pembuluh darah yang mengakibatkan vasokonstriksi, iskemik,

moikard yang mengakibatkan afterload meningkat yang dapat menimbulkan masalah keperawatan penurunan curah jantung dan intoleransi aktivitas (Hariawan and Tatisina 2020).

Bagan 2.1
Dampak Hipertensi Terhadap Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Manusia



Pathway menurut (Hariawan & Tatisina, 2020)

6. Komplikasi

Hipertensi yang tidak teratasi, dapat menimbulkan komplikasi yang berbahaya menurut, Septi Fandinata (2020):

a. Payah jantung

Kondisi jantung yang tidak lagi mampu memompa darah untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Kondisi ini terjadi karena kerusakan pada otot jantung atau sistem listrik jantung.

b. Stroke

Tekanan darah yang terlalu tinggi bisa mengakibatkan pembuluh darah yang sudah lemah pecah. Jika hal ini terjadi pada pembuluh darah otak maka akan terjadi pendarahan pada otak dan mengakibatkan kematian. Stroke bisa juga terjadi karena sumbatan dari gumpalan darah di pembuluh darah yang menyempit.

c. Kerusakan ginjal

Menyempit dan menebalnya aliran darah menuju ginjal akibat hipertensi dapat mengganggu fungsi ginjal untuk menyaring cairan menjadi lebih sedikit sehingga membuang kotoran kembali ke darah.

d. Kerusakan penglihatan

Pecahnya pembuluh darah pada pembuluh darah di mata karena hipertensi dapat mengakibatkan penglihatan menjadi kabur, selain itu kerusakan yang terjadi pada organ lain dapat menyebabkan kerusakan pada pandangan yang menjadi kabur.

Hipertensi dapat menimbulkan kerusakan organ tubuh, baik secara langsung maupun tidak langsung. Beberapa penelitian menemukan bahwa penyebab kerusakan organ-organ tersebut dapat melalui akibat langsung dari kenaikan tekanan darah pada organ atau karena efek tidak langsung. Dampak terjadinya komplikasi hipertensi, kualitas hidup penderita menjadi rendah dan kemungkinan terburuknya adalah terjadinya kematian penderita akibat komplikasi hipertensi yang dimilikinya.

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (Nur arif dan Kusuma, 2015)

a. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Hb/Ht : Untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti hipokoagubilitas, anemia.
- 2) BUN/Kreatinin : Memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal.
- 3) Glukosa : Hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
- 4) Urinalisa : Darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.
- 5) CT Scan : Mengkaji adanya tumor serebral, ensefalopati.

- 6) EKG : Dapat menunjukkan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.
- 7) IUP : Mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti: batu ginjal, perbaikan ginjal.
- 8) Photo dada : Menunjukkan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

8. Penatalaksanaan

Menurut Righo, (2019) penatalaksanaan hipertensi ada 2 yaitu farmakologi dan non farmakologi:

a. Farmakologi (Obat-obatan)

Hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian atau pemilihan obat anti hipertensi yaitu :

- 1) Mempunyai efektivitas yang tinggi.
- 2) Mempunyai toksitas dan efek samping ringan atau minimal.
- 3) Memungkinkan penggunaan obat secara oral
- 4) Tidak menimbulkan intoleransi.
- 5) Harga obat relative murah sehingga terjangkau oleh klien.
- 6) Memungkin penggunaan jangka panjang.

Golongan obat-obatan yang diberikan pada klien dengan hipertensi seperti golongan diuretik, golongan betabloker, golongan antagoniskalsium, serta golongan penghambat konversi rennin angiotensin.

b. Non Farmakologi

1) Diet

Pembatasan atau kurangi konsumsi garam. Penurunan berat badan dapat membantu menurunkan tekanan darah bersama dengan penurunan aktivitas rennin dalam plasma dan penurunan kadar aldosteron dalam plasma.

2) Aktivitas

Ikut berpartisipasi pada setiap kegiatan yang sudah disesuaikan dengan batasan medis dan sesuai dengan kemampuan, seperti berjalan, jogging, bersepeda, atau berenang.

3) Istirahat yang cukup

Istirahat dengan cukup memberikan kebugaran bagi tubuh dan mengurangi beban kerja tubuh.

4) Kurangi stress

Mengurangi stress dapat menurunkan tegang otot saraf sehingga dapat mengurangi peningkatan tekanan darah.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Wahyuni, 2016).

a. Anamnesa

1) Identitas klien

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

2) Keluhan utama

Klien dengan penyakit hipertensi biasanya sakit kepala, sesak nafas, kurang nafsu makan dan mual.

3) Riwayat kesehatan sekarang

Pada pemeriksaan riwayat kesehatan pada pasien dengan hipertensi pada umumnya didapat klien mengeluh pusing, sakit kepala, nyeri dirasakan seperti ditimpa benda berat, sakit kepala akan tambah dirasakan apabila klien melakukan aktivitas dan berkurang apabila saat di istirahatkan, istirahat tidak terganggu, sehingga mengganggu aktivitasnya sehari-hari.

Untuk setiap keluhan di perjelas dengan PORST

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

Quantitas : Bagaimana nyeri dirasakan, apakah seperti ditusuk tusuk.

Region : Didaerah mana nyeri dirasakan, apakah menyebar.

Skala : Intensitas dari keluhan utama, apakah sampai

mengganggu aktivitas atau tidak, seperti bergantung pada derajat beratnya.

Time : Kapan waktunya mulai terjadi keluhan.

4) Riwayat kesehatan dahulu

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

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

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

b. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk mengetahui perubahan fungsi sistem tubuh dan pendekatan yang digunakan dalam pemeriksaan fisik adalah head to toe dan sistem tubuh.

1) Tanda-tanda vital

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

2) Sistem penginderaan (penglihatan)

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

3) Sistem pernafasan

Frekuensi pernafasan kemungkinan akan meningkat.

4) Sistem kardiovaskuler

Peningkatan tekanan darah dan peningkatan denyut nadi.

5) Sistem gastrointestinal

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

6) Sistem integumen

Kulit tampak pucat, adanya nodule subkutan, terdapat lesi, edema serta turgor kulit klien jelek akibat penuaan.

7) Sistem muskuloskeletal

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

8) Sistem genitourinaria

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

9) Sistem neurologi

- a) Nervus I (Olfactorius) = Penciuman.
- b) Nervus II (Opticus) = Penglihatan.
- c) Nervus III (Oculomotorius) = Gerak ekstraokuler mata dan konstriksi dilatasi pupil.
- d) Nervus IV (Trochlearis) = Gerak bola mata ke atas ke bawah.
- e) Nervus V (Trigeminus) = Sensori kulit wajah, penggerak otot rahang.
- f) Nervus VI (Abducens) = Gerak bola mata ke samping.
- g) Nervus VII (Facialis) = ekspresi fasial dan pengecap.
- h) Nervus VIII (Glossopharyngeus) = Gangguan pengecap, kemampuan menelan, gerak lidah.
- i) Nervus IX (Vagus) = Sensasi faring, gerak vital suara.
- j) Nervus X (Hypoglossus) = Posisi lidah.
- k) Nervus XI (Accessory) = Gerakan kepala dan bahu.

c. Pengkajian psikososial

Menurut (Marilynn E. Donges 2014) yang perlu dikaji pada pasien hipertensi, riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi, euforia, atau marah kronis.

1) Aspek sosial

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

2) Identifikasi masalah emosional

Pertanyaan tahap 1 :

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

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

Pertanyaan tahap II :

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

Bila lebih dari satu sama dengan satu jawaban "ya" maka masalah emosional positif (+).

d. Pengkajian spiritual

Aspek spiritual yaitu tentang keyakinan nilai-nilai ketuhanan yang dianut, keyakinan akan kematian, kegiatan keagamaan dan harapan klien, meliputi:

- 1) Apakah secara teratur melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan agamanya.
- 2) Apakah secara teratur mengikuti atau terlibat aktif dalam kegiatan agama.
- 3) Apakah lanjut usia terlihat sabar dan tawakal.

e. Pengkajian Fungsional

1) Katz Indeks

Index Katz adalah suatu instrumen pengkajian dengan sistem penilaian yang didasarkan pada kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsional dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemulihan intervensi yang tepat (Maryam, R. Siti, dkk, 2018).

Pengkajian fungsional klien dengan menggunakan Katz indeks

Tabel 2.2
Pengkajian Fungsional Klien dengan Menggunakan KATZ Indeks

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

Hasil:

Katz Indeks A : Mandiri dalam makan, kontinensia (BAB,BAK), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi.

Katz Indeks B : Mandiri semuanya kecuali salah satu saja dari fungsi diatas.

Katz Indeks C : Mandiri, kecuali mandi dan satu fungsi yang lainnya.

Katz Indeks D : Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi yang lainnya.

Katz Indeks E : Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan satu fungsi yang lain.

Katz Indeks F : Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah, dan satu fungsi yang lain.

2) Modifikasi Barthel Indeks

Indeks Barthel merupakan suatu instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan keseimbangan, dan menggunakan 10 indikator.

Tabel 2.3
Pemeriksaan Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan bantuan / Mandiri	Keterangan
1	Makan		Frekuensi: Jumlah: Jenis:
2	Minum		Frekuensi: Jumlah: Jenis:
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya		
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)		Frekuensi:
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyekatkan tubuh, menyiram)		
6	Mandi		Frekuensi:
7	Jalan dipermukaan datar		
8	Naik turun tangga		
9	Mengenakan pakaian		
10	Kontrol BAB		Frekuensi: Konsistensi:
11	Kontrol BAK		Frekuensi: Warna:
12	Olahraga/latihan		Frekuensi: Jenis:
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang		Frekuensi: Jenis:

Interpretasi:

Skor 130 : Mandiri

Skor 65-125 : Ketergantungan sebagian

Skor <65 Ketergantungan total.

f. Pengkajian Status Mental

Ada dua pengkajian status mental identifikasi tingkat kerusakan intelektual yang pertama dengan menggunakan *Short Portable Mental Status Questioner* (SPMSQ) dan yang kedua dengan menggunakan *Mini Mental Status Exam* (MMSE).

Instruksi: ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban. Catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan dengan SPMSQ.

1) *Short Portable Mental Status Questioner*

Adalah alat yang digunakan untuk menilai fungsi intelektual maupun mental dari lansia sehingga dapat diketahui ada atau tidaknya defisit otak organik pada pasien lansia.

Tabel 2.4
Pengkajian Status Mental
Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ)

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
		01	Tanggal berapa hari ini?
		02	Hari apa sekarang?
		03	Apa nama tempat ini?
		04	Dimana alamat ini?
		05	Berapa umur anda?
		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
		07	Siapa presiden Indonesia sekarang?
		08	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?
		09	Siapa nama ibu anda?
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap sampai 3 kali pengurangan?

Score total :

Interpretasi :

Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : Kerusakan intelektual ringan

Salah 6-8 : Kerusakan intelektual sedang

Salah 9-10 : Kerusakan intelektual berat.

2) Mini Mental Status Exam

Adalah alat yang dapat digunakan untuk mengetahui status mental pasien dan menilai penurunan kognitif pada lansia seiring bertambahnya lansia

Tabel 2.5
Pengkajian Aspek Kognitif dari Fungsi Mental dengan Menggunakan Aspek MMSE (*Mini Mental Status Exam*)

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	3	Menyebutkan dengan benar: - o Tahun - o Musim - o Tanggal - o Hari - o Bulan
	Orientasi	5	5	Dimana kita berada: - o Negara - o Provinsi - o Kota - o Desa - o Alamat
2	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (untuk disebutkan) - o Obyek - o Obyek - o Obyek
3	Perhatian dan Kalkulasi	5	4	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat - o 93 - o 86 - o 79 - o 72 - o 65
4	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga objek pada no 2 (registrasi) tadi bila benar 1 poin untuk masing masing objek
5	Bahasa	9	4	Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien - o (misal jam tangan) - o (misal pensil)

	Minta klien untuk mengulang kata berikut: «tak ada jika, dan, atau, tetapi". Bila benar, nilai satu point. ○ Pernyataan benar 2 buah: tak ada, tetapi Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : "Ambil kertas di tangan anda, lipat dua dan taruh di lantai". ○ Ambil kertas di tangan anda ○ Lipat dua ○ Taruh di lantai Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai 1 point) ○ "Tutup mata Anda" Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar ○ Tulis satu kalimat ○ <u>Menyalin gambar</u>
Nilai Total	22

Interpretasi hasil:

>23 : Aspek kognitif dan fungsi mental baik

18-22 : kerusakan aspek fungsi mental ringan

<17 : Kerusakan aspek fungsi mental berat

g. Pengkajian Keseimbangan

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

Tabel 2.6
Pengkajian Keseimbangan

KRITERIA	SKOR
1	2
a. Perubahan posisi atau gerakan Keseimbangan	
Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi usila mendorong tubuhnya keatas dengan tangan atau gerakan ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.	
Duduk ke kursi (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di kursi.	
Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi usila mendorong tubuhnya keatas dengan tangan atau gerakan ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.	
Duduk ke kursi (dimasukkan dalam analisis) dengan mata tertutup Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di kursi. Ket. Kursi harus yang keras tanpa lengan.	
Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup. Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.	
Perputaran leher (klien sambil berdiri) Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki, keluhan pusing atau keadaan tidak stabil	
Gerakan menggapai sesuatu Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung jari-jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan.	
Membungkuk Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bisa berdiri lagi dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun.	
b. Komponen gaya berjalan atau pergerakan	

• Minta klien berjalan ketempat yang ditentukan. Ragu-ragu, tersandung, memegang objek untuk dukungan
• Ketinggian langkah kaki Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (2 5 cm)
• Kontinuitas langkah kaki Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai
• Kesimetrisan langkah Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit
• Penyimpangan jalur pada saat berjalan Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi.
• Berbalik Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan.
Skor Total

Interpretasi Hasil :

05 : Resiko Jatuh Ringan

6 -10 : Resiko Jatuh Sedang

10-15 : Resiko Jatuh Tinggi

h. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien.

Tabel 2.7
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS:	Adanya Pembekuan Pada	Nyeri Akut
	a. Kemungkinan klien mengeluh nyeri kepala	Vaskuler Pembuluh Darah	
	b. Kemungkinan klien mengeluh pusing	Pembentukan Plak Arteri	
		Penyempitan Pembuluh Darah	
	DO:		
	a. Tampak memegang kepala	Vasodilatasi	

	b. Tampak meringis c. Tampak lemah d. Tampak tekanan darah diatas normal >140/90mmHg	Penurunan Suplai O2 ke Otak ↓ Fungsi Napas Anaerob ↓ Pembentukan Asam Laktat Merangsang Nyeri ↓ Teraktivasinya Thalamus ↓ Penyampaian ke Cortex Otak Besar ↓ Nyeri Akut	
2	DS: a. Kemungkinan klien mengatakan pusing DO: b. Tampak lemah	Hipertensi ↓ Kerusakan Vaskuler Pembuluh Darah ↓ Perubahan Struktur ↓ Penyumbatan Pembuluh Darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Pembuluh Darah Sistematis ↓ Vasokonstriksi ↓ Afterload Meningkat ↓ Intoleransi Aktifitas	Intoleransi Aktifitas
3	DS: a. Kemungkinan klien mengatakan dada terasa berdebar debar DO: a. Tampak kulit terabadingin	Merokok, Peningkatan Kolesterol ↓ Aterosklerosis ↓ Penyempitan Pembuluh Darah ↓ Aliran Darah Tergangu ↓ Peningkatan Beban Jantung ↓ Peningkatan Tekanan Darah ↓ Resiko Penurunan Curah Jantung	Resiko Penurunan Curah Jantung
4	DS: a. Menanyakan masalah yang dihadapi b. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat c. Menunjukkan perilaku	Hipertensi ↓ Perubahan Status Kesehatan ↓ Paparan Informasi Kurang (misinterpretasi)	Defisit Pengetahuan

	berlebihan (mis, Apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)	↓ Defisit Pengetahuan	
	DO:		
	a. Menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran		
	b. Menunjukkan persepsi yng keliru terhadap masalah		
5	DS:	Nyeri Akut	Gangguan Pola Tidur
	a. Kemungkinan Klien mengeluh sulit tidur	↓ Teraktifasinya Pusat Nyeri	
	b. Kemungkinan klien mengeluh sering terbangun saat tidur karena nyeri kepala	diformatio Retikulasi dan di RAS (Reticulo Activate System)	
	c. Kemungkinan klien mengatakan istirahat tidak cukup	↓ Pasca Terjaga	
	DO:	↓ Merangsang Intruksi Tidur	
	a. Tampak lemah	↓ Gagal Merangsang Intruksi Tidur	
	b. Tampak menguap	↓ Gangguan Pola Tidur	
	c. Kantung mata klien tampak hitam		

2. Diagnosa Keperawatan

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

- Nyeri akut b.d agen pecendera fisiologis
- Intoleransi aktivitas b.d kelemahan
- Risiko penurunan curah jantung b.d perubahan afferload
- Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi
- Gangguan pola tidur b.d nyeri kepala

3. Perencanaan Keperawatan

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

adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018).

a. Nyeri akut b.d agen pecendera fisiologis (D.0077)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun

Kriteria Hasil : Keluhan nyeri menurun

Tampak meringis menurun

Tekanan darah membaik

Tabel 2.8
Rencana Tindakan Keperawatan 1

Diagnosa	Intervensi	Rasional
Nyeri akut	1) Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4) Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: akupunktur, terapi music hopnosis, biofeedback, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin) 5) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 6) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 7) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 8) Kolaborasi pemberian analgetik, jika	1) Aktivitas yang meningkatkan vasokonstriksi menyebabkan sakit kepala karena adanya peningkatan tekanan vaskuler cerebral 2) Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan oleh klien 3) Agar klien mengetahui apa yang memperberat dan memperingan nyeri 4) Untuk mengurangi rasa nyeri 5) Untuk mengurangi rasa nyeri klien 6) Untuk membantu mengurangi rasa nyeri dan klien dapat melakukan secara mandiri 7) Untuk mengurangi rasa nyeri 8) Untuk menurunkan rasa nyeri menggunakan analgetik

b. Intoleransi Aktifitas b.d Kelemahan (D.0056)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan
diharapkan Intoleransi aktifitas meningkat

Kriteria Hasil : Kemudahan melakukan aktifitas sehari hari
meningkat
Kekuatan tubuh bagian atas meningkat
Keluhan tubuh bagian bawah meningkat
Keluhan lelah menurun

Tabel 2.9
Rencana Tindakan Keperawatan 2

Diagnosa	Intervensi	Rasional
Intoleransi Aktivitas	1) Monitor kelelahan fisik dan emosional 2) Monitor pola dan jam tidur 3) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan) 4) Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan 5) Anjurkan tirah baring 6) Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap 7) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	1) Untuk mengetahui kelelahan dan emosional pada klien 2) Untuk mengetahui kemudahan tidur 3) Agar klien rileks dan nyaman 4) Agar klien merasa tenang 5) Untuk memberikan kenyamanan pasien saat istirahat 6) Untuk menunjang proses kesembuhan pasien secara bertahap 7) Untuk memaksimalkan kesembuhan klien

c. Resiko Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan afterload (D.0011)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan
diharapkan curah jantung meningkat

Kriteria Hasil : Tekanan darah membaik

Lelah menurun

Nadi meningkat

CRT membaik

Tabel 2.10
Rencana Tindakan Keperawatan 3

Diagnosa	Intervensi	Rasional
Resiko Penurunan Curah Jantung	1) Identifikasi tanda/ gejala primer penurunan curah jantung (mis: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxymal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP) 2) Identifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung (mis: peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, robkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 3) Monitor tekanan darah 4) Monitor intake dan output cairan 5) Monitor keluhan nyeri dada 6) Berikan diet jantung yang sesuai 7) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu 8) Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi 9) Anjurkan beraktifitas secara bertahap 10) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika	1) Untuk identifikasi masalah keperawatan yang dialami dan menentukan tindakan selanjutnya 2) Untuk meningkatkan keefektifan pengobatan serta prognosis suatu penyakit 3) Untuk mengetahui tekanan darah 4) Untuk mengetahui cairan yang masuk dan keluar agar seimbang 5) Untuk mengetahui faktor yang menyebabkan nyeri 6) Untuk memaksimalkan kesembuhan klien 7) Agar klien merasa rileks 8) Untuk mengurangi beban kerja jantung jika beraktifitas lebih 9) Untuk menunjang proses kesembuhan pasien secara bertahap 10) Untuk mengatasi nyeri secara farmakologis

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

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan
diharapkan pengetahuan meningkat

Kriteria Hasil : kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang
hipertensi meningkat

Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi
menurun

Tabel 2.11
Rencana Tindakan Keperawatan 4

Diagnosa	Intervensi	Rasional
Defisit pengetahuan	1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat 3) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5) Berikan kesempatan untuk bertanya 6) Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 7) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 8) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan	1) Supaya informasi dapat diterima dengan baik 2) Untuk memudahkan klien memahami informasi yang disampaikan 3) Supaya klien lebih mudah memahami informasi 4) Supaya klien dapat menepati janji sesuai kesepakatan 5) Supaya klien paham apa yang telah dijelaskan 6) Untuk meminimalisir kekambuhan hipertensi 7) Agar tidak memperparah kondisi 8) Agar klien konsisten dalam perilaku hidup sehat

e. Gangguan pola tidur b.d nyeri kepala (D.0055)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan
diharapkan pola tidur membaik

Kriteria Hasil : Keluhan sulit tidur menurun
Keluhan istirahat tidak cukup menurun

Tabel 2.12
Rencana Tindakan Keperawatan 5

Diagnosa	Intervensi	Rasional
Gangguan pola tidur	1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2) Identifikasi faktor yang mengganggu tidur 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis : kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4) Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, tempat tidur) 5) Batasi waktu tidur siang, jika perlu 6) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis : pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 7) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 8) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 9) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang <u>mengganggu</u>	1) Untuk mengetahui kemudahan tidur 2) Untuk mengidentifikasi faktor yang mengganggu tidur 3) Untuk mengidentifikasi faktor yang mengganggu tidur 4) Untuk membantu relaksasi saat tidur 5) Supaya tidur malam lebih nyenyak 6) Agar klien bisa tidurnyenyak 7) Agar klien tahu pentingnya tidur cukup 8) Agar klien konsisten 9) Supaya klien bisa tidur nyenyak

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (Tarwoto & Wartonah, 2015). Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan. Strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Muryanti, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi keperawatan dibagi menjadi (Hidayat, 2021).

- a. Evaluasi formatif : hasil observasi dan analisis perawat terhadap respon segera pada saat dan setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- b. Evaluasi sumatif : rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisis status kesehatan sesuai waktu pada tujuan ditulis pada catatan perkembangan.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Nama	: Ny.U
Umur	: 63 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pendidikan Terakhir	: SD
Agama	: Islam
Status Perkawinan	: Cerai Mati
Alamat	: Kp. Babakan Ca'ah RT 02/ RW 05, Desa Galih Pakuwon, Kec. BL Limbangan, Kab.Garut
Suku Bangsa	: Sunda
Tanggal Pengkajian	: 06 April 2023
Diagnosa Medis	: Hipertensi
Orang yang dapat dihubungi	: Ny. I
Hubungan dengan lansia	: Anak kandung

b. Riwayat Kesehatan**1) Keluhan Utama**

Klien mengatakan nyeri kepala.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang (PQRST)

Pada saat dikaji 06 April 2023 pukul 10.20 WIB, Klien mengeluh nyeri, nyeri bertambah apabila klien kurang tidur dan berkurang ketika klien beristirahat. Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk pada daerah kepala menjalar kebagian belakang dengan skala nyeri 5 (0-10). Selain itu, klien mengeluh pusing dan tampak selalu memegang kepalanya serta meringis kesakitan, Nyeri yang dirasakan sampai membuat klien tidak bisa tidur, Nyeri dirasakan hilang timbul pada malam hari menjelang tidur dengan durasi tidak menentu.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit kolestrol, klien belum pernah dirawat di rumah sakit. Selain itu, klien sering mengkonsumsi jeroan dan klien mempunyai kebiasaan merokok, dimana dalam satu hari bisa menghabiskan ½ bungkus rokok. Klien menderita hipertensi sudah 2 tahun, sebelum menderita hipertensi klien sering melakukan pemeriksaan tekanan darah ke posbindu di wilayah tempat tinggalnya. Klien tidak mempunyai alergi obat atau makanan.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan klien, klien juga mengatakan bahwa di keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan atau penyakit yang menular.

5) Riwayat Pekerjaan

Klien mengatakan pada saat masih muda bekerja sebagai penjual bahan-bahan sembako dipasar, sekarang klien tidak bekerja hanya sebagai IRT saja.

6) Riwayat Lingkungan Hidup

Klien tinggal dikampung babakan caah, kondisi rumah cukup baik dan bersih, pencahayaan rumah klien cukup, ventilasi udara cukup, terdapat kamar dan kamar mandi di dalam rumah.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

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

Keadaan : Tampak lemah

2) Pemeriksaan TTV

Tekanan Darah : 160/100

Nadi : 88x/menit

Suhu : 36,2 C

Respirasi : 20x/menit

3) Pemeriksaan Persistem

a) Sistem Kardiovaskuler

Bentuk dada simetris, konjungtiva anemis, tidak ada peningkatan JVP, Ictus cordis tidak tampak dan tidak teraba pada permukaan dinding dada di ICS 5 midklavikula sinistra, tidak terdapat oedema diseluruh badan, irama jantung regular, bunyi jantung murni regular (S1,S2), tidak ada bunyi jantung tambahan, denyut nadi teraba kuat, CRT < 2 detik, tidak ada perubahan warna sianosis.

b) Sistem Pernapasan

Lubang hidung simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, hidung tampak bersih, tidak ada secret atau sumbatan pada hidung, tidak ada nyeri tekan di daerah hidung, tidak terdapat sinus paranasal, ekspansi paru simetris, bunyi paru- paru sonor, bunyi nafas vesikuler dan irama teratur, tidak terdapat penumpukan secret tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi maupun wheezing di semua lapang paru.

c) Sistem Endokrin

Pergerakan leher baik dibuktikan dengan klien dapat menengok kearah kiri maupun kanan. Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid/ pembesaran kelenjar getah bening, denyut nadi karotis teraba kuat tidak ada nyeri tekan pada daerah leher.

d) Sistem Pencernaan

Bibir tampak simetris, mukosa bibir lembab, keadaan bibir bersih, warna bibir kecoklatan, gigi tampak kekuningan, terdapat karang gigi, abdomen sedikit cembung, bising usus 12x/menit, bunyi timpani dan tidak ada nyeri tekan. Fungsi pengecapan baik, fungsi menelan baik, gigi yang hilang 7 normalnya gigi pada dewasa 32 biji.

e) Sistem Perkemihan

Kandung kemih teraba kosong, tidak ada nyeri tekan, tidak ada nyeri saat BAK, klien tidak terpasang kateter urine, tidak ada nyeri ketuk pada daerah CVA, warna urine kuning jernih.

f) Sistem Neurologi

Bentuk kepala klien oval, tidak ada lesi pada kulit kepala, rambut klien beruban dan kurang rapih, penyebaran rambut merata, tidak adanya penonjolan pada tulang kepala, struktur wajah lengkap dan simetris.

(1) Nervus I (Olfactorius)

Klien dapat membedakan bau kopi, minyak kayu putih dan parfum.

(2) Nervus II (Optikus)

Klien dapat melihat dengan baik, terbukti saat klien membaca papan nama mahasiswa pada jarak 1-2 meter.

(3) Nervus III (Oculomotoris)

Pupil klien mengecil jika diberi rangsangan cahaya.

(4) Nervus IV (Trochialis)

Klien dapat menggerakkan bola mata keatas dan kebawah.

(5) Nervus V (Abdusen)

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

(6) Nervus VI (Trigeminus)

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

(7) Nervus VII (Facialis)

Klien dapat menggerakkan alis dan mengerutkan dahi, klien bisa merasakan sensasi rasa asin, manis dan pahit pada 2/3 pada anterior lidah.

(8) Nervus VIII (Vestibulococlear)

Fungsi keseimbangan klien baik, saat berjalan klien berjalan dengan lurus.

(9) Nervus IX (Glosopharingeus)

Refleks menelan klien baik, tidak ada nyeri telan.

(10) Nervus X(Vagus)

Klien bisa mengucap “ah”.Refleks muntah (Gag Reflex) baik, klien merasakan sensasi rasa pahit pada 1/3 pangkal lidah.

(11) Nervus XII (Accesorius)

Klien dapat menggerakkan kedua bahunya dan menggerakkan kepalanya.

(12) Nervus XI (Hipoglossus)

Klien dapat berbicara baik, berbicara jelas didengar, dan fungsi lidah baik, terbukti lidah bisa di gerakkan ke segala arah.

g) Sistem Muskuloskeletal

(1) Ekstermitas atas

Pada ekstremitas atas klien tidak terpasang infus, ekstremitas atas simetris, bisa bergerak secara normal atau mengikuti semua gerakan , kekuatan otot 5, tonus otot baik, tidak terdapat atrofi/pengecilan otot, tidak ada tanda tanda fraktur,tidak terdapat nyeri tekan maupun oedema di kedua ekstremitas atas.

(2) Ekstermitas bawah

Pada ekstremitas bawah simetris bisa bergerak secara normal atau mengikuti semua gerakan , kekuatan otot 5, tonus otot baik, tidak terdapat atrofi/pengecilan otot,

tidak ada tanda tanda fraktur, tidak terdapat nyeri tekan maupun oedema di kedua ekstremitas bawah.

Kekuatan otot:

5	5
5	5

h) Sitem Penglihatan

Bentuk mata simetris, sclera putih, konjungtiva anemis, pupil isokor, terdapat kantung mata, tidak ada pembengkakan di area sekitar mata.

i) Sistem Pendengaran

Telinga simetris, tidak terdapat lesi, tidak ada edema atau lesi maupun benjolan, tidak ada penumpukan serumen, fungsi pendengaran baik terbukti klien dapat menjawab semua pertanyaan mahasiswa dengan tepat pada jarak 1 meter.

d. Data Psikologis

1) Status Emosi

Masalah Emosional

Pertanyaan tahap I :

- Apakah klien mengalami sukar tidur? Ya
- Apakah klien sering merasa gelisah? Tidak.
- Apakah klien sering murung atau menangis? Tidak.
- Apakah klien sering was-was atau khawatir? Tidak.

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

Pertanyaan tahap II :

a) Adakah keluhan lebih dari 3 bulan dalam 1 bulan terakhir?

Tidak

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

Tidak

c) Adakah masalah atau keluhan ? Tidak

d) Adakah gangguan /masalah dengan anggota keluarga? Tidak

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

f) Apakah klien cenderung mengurung diri? Tidak

Interpretasi:

Dari data diatas, Ny.U memberikan jawaban “ya” satu saja pada pertanyaan tahap dua , maka menunjukkan bahwa masalah emosional NEGATIF (-).

2) Konsep Diri

a) Gambaran diri

Klien tampak menyukai semua anggota tubuhnya dan menganggap semua anggota tubuhnya sangat berharga.

b) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin sembuh dari penyakitnya sehingga klien berupaya berobat mencari pelayanan kesehatan.

c) Harga Diri

Klien mengatakan bisa menerima kondisi penyakit yang dideritanya sekarang.

d) Identitas dan Peran

Klien mengakui bahwa dirinya bernama Ny.U dengan jenis kelamin perempuan umur 63 tahun, suami klien sudah meninggal 7 tahun yang lalu dan sekarang berstatus sebagai janda. Klien memiliki 2 orang anak perempuan , 1 menantu dan 3 orang cucu. Peran klien saat ini yaitu sebagai ibu dan nenek dari cucu cucu nya, klien dapat berkomunikasi dengan baik.

3) Mekanisme koping

Klien tampak sabar menghadapi cobaan yang dihadapinya, karena klien selalu mendapatkan suport dari anak anaknya.

4) Tingkat Kecemasan

Saat kunjungan rumah klien tampak terlihat tenang, klien mengatakan perasaannya baik baik saja dan tidak merasa cemas.

e. Data Sosial

1) Pola Interaksi

Klien mampu berinteraksi dengan orang lain, klien tampak kooperatif dan berkomunikasi baik. Klien tampak bertanya tentang penyakitnya .

2) Gaya Komunikasi

Gaya komunikasi Ny.U termasuk aktif dan lantang dan klien juga ketika diajak berbicara dapat merespon dengan baik.

f. Data Spiritual

1) Konsep ketuhanan

Klien meyakini adanya tuhan yang maha segalanya termasuk penyakit yang dideritanya adalah kehendak dari tuhan.

2) *Sense of Transendense*

Klien sangat yakin bahwa akan sembuh dari penyakitnya dan selalu berdoa untuk kesembuhannya kepada Allah SWT.

3) Falsafah Hidup

Klien beragama Islam selalu melakukan ibadah solat 5 waktu, Mengikuti pengajian dan selalu berdoa untuk kesembuhannya kepada Allah SWT.

g. Pola Kegiatan Sehari-hari

Tabel 3.1
Pola Kegiatan Sehari-hari

No	Pola Kegiatan	Saat Sehat	Saat Sakit
1	Nutrisi + Cairan		
	a. Nutrisi		
	1) Jenis makan	Nasi, lauk pauk	Nasi, lauk pauk
	2) Porsi	1 Porsi	1 Porsi
	3) Frekuensi	3x/hari	3x/hari
	4) Nafsu makan	Baik	Baik
	b. Cairan		
	1) Frekuensi	5-6x/hari	5-6x/hari
	2) Jenis minum	Air putih	Air putih
	3) Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
2	Eliminasi		
	a. BAK		
	1) Frekuensi	4-5x/hari	4-5x/hari
	2) Warna	Kuning jernih	Kuning jernih
	3) Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	b. BAB		

	1) Frekuensi 2) Warna 3) Konstensitas 4) Keluhan	1-2x/hari Kuning khas feses Semi Padat Tidak ada	1-2x/hari Kuning khas feses Semi Padat Tidak ada
3	Personal hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Gunting kuku	2x/hari 2x/hari 3x/minggu 1x/minggu	2x/hari 2x/hari 3x/minggu 1x/minggu
4	Istirahat tidur a. Tidur siang 1) Lama tidur 2) Kualitas b. Tidur malam 1) Lama tidur 2) Kualitas	1-2jam/hari Nyenyak 5-6jam/hari Nyenyak	1/2jam/hari Tidak nyenyak 2-3jam/hari Tidak nyenyak, sering terbangun
5	Aktivitas a. Latihan/olahraga b. Frekuensi c. Keluhan	Jalan kaki Setiap pagi Tidak ada	Jalan kaki Setiap pagi Tidak ada
6	Rekreasi	Pengajian, ngobrol dengan keluarga dan teman tetangganya	Pengajian, ngobrol dengan keluarga dan teman tetangganya

h. Pengkajian Fungsional

1) Katz Indeks

Tabel 3.2
Pengkajian Fungsional Klien dengan Menggunakan Katz Indeks

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

Interpretasi:

Tingkat kemandirian Ny. U diatas mandiri semuanya dalam hal mandi, berpakaian, pergi ke toilet, berjalan, BAB dan BAK, dan makan yang artinya dapat disimpulkan termasuk kedalam KATZ Indeks A.

2) Modifikasi dan Bartel Indeks

Tabel 3.3
Pengkajian Fungsional Klien dengan Menggunakan Modifikasi dan Bartel Indeks

No	Kriteria	Skor	Keterangan
1	Makan	10	Frekuensi: 3x/hari Jumlah: 1 porsi Jenis: nasi, sayur, lauk pauk Dilakukan Mandiri
2	Minum	10	Frekuensi: 5-6x/hari Jumlah: 1 gelas abis Jenis: air putih
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya	10	Dilakukan Mandiri
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	10	Frekuensi: 1-2x/hari
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyekatkan tubuh, menyiram)	10	Dilakukan Mandiri
6	Mandi	10	Frekuensi: 2x/hari
7	Jalan dipermukaan datar	10	Dilakukan Mandiri
8	Naik turun tangga	10	Dilakukan Mandiri
9	Mengenakan pakaian	10	Dilakukan Mandiri
10	Kontrol BAB	10	Frekuensi: 1-2x/hari Konsistensi: padat
11	Kontrol BAK	10	Frekuensi: 4-5x/hari Warna: kuning jernih
12	Olahraga/latihan	10	Jalan di pagi hari
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	10	Pengajian, ngobrol dengan keluarganya dan teman tetangganya
Total Skor		130	

Keterangan:

0-20 : Ketergantungan penuh/total

21-61 : Ketergantungan berat

62-90 : Ketergantungan moderat

91-99: Ketergantungan ringan

>100 : Mandiri

Intepretasi:

Dilihat dari data diatas skor 130, yaitu dengan keterangan

Ny. U melakukan aktivitas mandiri.

i. Pengkajian Status Mental

1) *Short Portable Status Questioner (SPMSQ)*

Tabel 3.4
Short Portable Status Questioner (SPMSQ)

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
✓		01	Tanggal berapa hari ini? 06
✓		02	Hari apa sekarang? Kamis
✓		03	Apa nama tempat ini? Rumah
✓		04	Dimana alamat ini? Babakan Caah
	X	05	Berapa umur anda? -
	X	06	Kapan anda lahir? -
✓		07	Siapa presiden Indonesia sekarang? Pak Jokowi
✓		08	Siapa presiden Indonesia sebelumnya? SBY
✓		09	Siapa nama ibu anda? Ina
✓		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap sampai 3 kali pengurangan? 17,14,11
8	2		

Skor total salah : 2

Keterangan:

Salah 0-2 : Fungsi intelektual utuh

Salah 3-4 : Fungsi intelektual ringan

Salah 5-7 : Fungsi intelektual sedang

Salah 8-9 : Fungsi intelektual berat

Interprestasi:

Sesuai data diatas Ny.U menjawab pertanyaan salah 2 yang artinya fungsi intelektual utuh.

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

Tabel 3.5
MMSE (*Mini Mental Status Exam*)

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	4	Menyebutkan dengan benar: ✓ Tahun ✓ Musim ✓ Tanggal ✓ Hari • Bulan
	Orientasi	5	5	Dimana kita berada: ○ Negara Indonesia ○ Provinsi jabar ○ Kota Garut ○ Desa Galih Pakuwon ○ Babakan Caah
2	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 objek ○ Objek buku ○ Objek pulpen ○ Objek jam tangan
3	Perhatian dan Kalkulasi	5	3	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat ○ 93 ○ 86 ○ 79 ○ 72 ○ 65
4	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga objek pada no 2 (registrasi) tadi bila benar 1 poin untuk masing masing objek
5	Bahasa	9	9	Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien ✓ Pulpen ✓ aqua gelas ✓ Jam tangan
				Minta klien untuk mengulang kaya berikut “ tak ada jika, dan, atau” bila benar, nilai satu poin Minta klien untuk mengikuti perintah berikutnya yang terdiri dari 3 langkah “ ambil kertas ditangan anda,lipat dua dan taruh di lantai” ✓ Ambil kertas ditangan

		anda
		✓ Lipat dua
		✓ Taruh di lantai
		Perintah pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah 1 poin)
		✓ Tutup mata anda
		Perintah pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar
		✓ Tulis satu kalimat
		✓ Menyalin gambar
Nilai Total	30	27

Keterangan:

24-30: Tidak ada gangguan kognitif

18-23: Gangguan kognitif sedang

0-17 : Gangguan kognitif berat

Interprestasi:

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

j. Analisa Data

Tabel 3.6
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS:	Adanya Pembekuan Pada	Nyeri Akut
a.	Klien mengeluh nyeri kepala	Vaskuler Pembuluh Darah	
		↓	
b.	Klien mengatakan nyeri seperti tusuk tusuk menjalar kebagian belakang	Pembentukan Plak Arteri	
		↓	
		Penyempitan Pembuluh Darah	
		↓	
c.	Klien mengeluh nyeri hilang timbul	Vasodilatasi	
		↓	
d.	Klien mengeluh pusing	Penurunan Suplai O ₂ ke Otak	
		↓	
e.	Klien mengatakan nyeri bertambah apabila klien kurang tidur	Fungsi Napas Anaerob	
		↓	
		Pembentukan Asam Laktat	

	DO:		
	a. Klien tampak memegang kepala	Merangsang Nyeri	
	b. Klien tampak meringis	Teraktivasinya Thalamus	
	c. Klien tampak lemah	Penyampaian ke Cortex	
	d. Skala 5 (0-10)	Otak Besar	
	e. TTV	Nyeri Akut	
	• TD: 160/100 mmhg		
	• Nadi: 88x/menit		
	• Respirasi : 20x/menit		
2	DS:	Nyeri Akut	Gangguan Pola Tidur
	a. Klien mengeluh sulit tidur	↓	
	b. Klien mengeluh sering terbangun saat tidur karena nyeri kepala	Teraktivasinya Pusat Nyeri diformatio Retikulasi dan di RAS (Reticulo Activate System)	
	c. Klien mengatakan istirahat tidak cukup	↓	
	d. Klien mengatakan tidur hanya 2-3 jam pada malam hari	Pasca Terjaga	
	DO:	↓	
	a. Klien tampak lemah	Merangsang Intruksi Tidur	
	b. Klien tampak menguap	↓	
	c. Kantung mata klien tampak hitam	Gagal Merangsang Intruksi Tidur	
	d. Klien tampak kurang bersemangat	↓	
		Gangguan Pola Tidur	
3	DS:	Hipertensi	Defisit Pengetahuan
	a. Klien mengatakan tidak mengetahui tentang kondisi penyakit yang di deritanya	↓	
	b. Klien mengatakan tidak mengetahui, penyebab, cara mencegah dan mengobatinya	Perubahan Status Kesehatan	
	DO:	↓	
	a. Klien tampak kebingungan ketika ditanya tentang hipertensi	Paparan Informasi kurang (mis interpretasi)	
	b. Klien tampak tidak bisa menjawab pertanyaan yang perawat tanyakan	↓	
		Defisit Pengetahuan	

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri berhubungan dengan teraktivasinya pusat nyeri di thalamus, ditandai dengan:

DS:

Klien mengeluh nyeri kepala

Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk menjalar ke bagian belakang

Klien mengeluh nyeri hilang timbul

Klien mengeluh pusing

Klien mengatakan nyeri bertambah apabila klien kurang tidur

DO:

Klien tampak memegang kepala

Klien tampak meringis

Klien tampak lemah

Skala 5 (0-10)

TTV:

TD: 160/100 mmhg

Nadi: 88x/menit

Respirasi : 20x/menit

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

DS:

Klien mengeluh sulit tidur

Klien mengeluh sering terbangun saat tidur karena nyeri kepala

Klien mengatakan istirahat tidak cukup

Klien mengatakan tidur hanya 2-3 jam pada malam hari

DO:

Klien tampak lemah

Kantung mata klien tampak hitam

Klien tampak kurang bersemangat

- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi, ditandai dengan:

DS:

Klien mengatakan tidak mengetahui tentang kondisi penyakit yang di deritanya

Klien mengatakan tidak mengetahui, penyebab, cara mencegah dan mengobatinya

DO:

Klien tampak kebingungan ketika ditanya tentang hipertensi

Klien tampak tidak bisa menjawab pertanyaan yang perawat tanyakan tentang hipertensi

3. Intervensi Keperawatan

Nama : Ny. U
 Umur : 63 tahun
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Alamat : Babakan Ca'ah
 Diagnosa : Hipertensi

Tabel 3.7
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Nyeri b.d teraktivasi pusat nyeri di thalamus DS: a. Klien mengeluh nyeri kepala b. Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk menjalar ke bagian belakang c. Klien mengeluh nyeri hilang timbul d. Klien mengeluh pusing e. Klien mengatakan nyeri bertambah apabila klien kurang tidur DO: a. Klien tampak memegang kepala b. Klien tampak meringis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan diharapkan tingkat nyeri menurun Dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri klien menurun skala 2(5-10) b. Tampak meringis menurun c. Tekanan darah membaik d. Keluhan pusing menurun e. Klien tidak tampak memegang kepala	1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Monitor skala nyeri 3) Monitor faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4) Ajarkan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik distraksi dan relaksasi napas dalam, kompres hangat 5) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, pencahayaan, kebisingan	1) Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Untuk mengetahui berapa skala nyeri yang dirasakan oleh klien 3) Agar klien mengetahui apa yang dapat memperberat dan memperingan nyeri 4) Untuk membantu mengurangi rasa nyeri 5) Agar klien dapat memonitor nyeri secara mandiri

	c. Klien tampak lemah d. Skala 5 (0-10) e. TTV • TD: 160/100 mmhg • Nadi: 88x/menit • Respirasi : 20x/menit				
2	Gangguan pola tidur b.d kurangnya kontrol tidur Ds: a. Klien mengeluh sulit tidur b. Klien mengeluh sering terbangun saat tidur karena nyeri kepala c. Klien mengatakan istirahat tidak cukup d. Klien mengatakan tidur hanya 2-3 jam pada malam hari DO: a. Klien tampak lemah b. Klien tampak menguap c. Kantung mata klien tampak hitam d. Klien tampak kurang bersemangat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil. a. Keluhan sulit tidur menurun b. Keluhan istirahat tidak cukup membaik c. Keluhan sering terjaga menurun	1) Monitor durasi dan frekuensi tidur 2) Monitor faktor pengganggu tidur 3) Anjurkan pada klien untuk memodifikasi lingkungan, yaitu mengatur pencahayaan dengan mematikan lampu saat ingin tidur 4) Anjurkan klien mendengarkan terapi musik mural sebelum tidur 5) Anjurkan klien meminum susu hangat sebelum tidur 6) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 7) Anjurkan klien menepati kebiasaan waktu tidur	1) Untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur klien 2) Untuk mengetahui faktor yang mengganggu tidur klien 3) Untuk menurunkan gangguan pola tidur 4) Agar klien merasa tenang 5) Karena susu mengandung eltitofran yang merangsang BSR sehingga klien mengantuk dan bisa tidur 6) Agar klien mengetahui pentingnya tidur untuk kesehatan 7) Memberikan penjelasan agar klien tidur di siang hari dengan cukup dan tidur di malam hari lebih awal	
3	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi Ds: a. Klien mengatakan tidak mengetahui tentang kondisi penyakit yang di deritanya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: a. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang hipertensi meningkat	1) Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	1) Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan klien dalam menerima informasi 2) Materi dan media pendidikan untuk membantu mempermudah klien dalam menerima informasi-	

b. Klien mengatakan tidak mengetahui, penyebab, cara mencegah dan mengobatinya DO: a. Klien tampak kebingungan ketika ditanya tentang hipertensi b. Klien tampak tidak bisa menjawab pertanyaan yang perawat tanyakan tentang <u>hipertensi</u>	b. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	4) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 5) Ajarkan perilaku hidup sehat 6) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku sehat	informasi kesehatan 3) Untuk membuat kontrak waktu dengan klien yang dijadwalkan 4) Untuk meminimalisier kekambuhan hipertensi 5) Agar tidak memperparah kondisi 6) Agar klien konsisten dalam perilaku hidup sehat
---	--	---	--

4. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.8
Implementasi Keperawatan

Tgl/Bln/Thn/Jam	No. DX	Implementasi	Evaluasi Formatif
(1)	(2)	(3)	(4)
Jumat, 07 April 2023 09:00 WIB	1	1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: a. Klien mengatakan masih nyeri kepala b. Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk menjalar ke bagian belakang kepala
09:05 WIB		2) Memonitor skala nyeri	c. Klien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul
09:10 WIB		3) Memonitor faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	O: a. Klien tampak meringis b. Skla nyeri 5(0-10) c. TTV: TD 160/100 mmhg
09:15 WIB		4) Mengajarkan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik distraksi dan relaksasi napas dalam, kompres hangat	A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi
09:20 WIB		5) Mengkaji TTV	
Jumat, 07 April 2023 09:25 WIB 09:30 WIB	2	1) Memonitor pola aktivitas dan tidur	S: a. Klien mengeluh masih sulit tidur
09:35 WIB		2) Memonitor faktor pengganggu tidur	b. Klien mengatakan sering terbangun
		3) Mengajarkan pada klien untuk memodifikasi lingkungan, yaitu mengatur pencahayaan dengan mematikan lampu saat ingin tidur	c. Klien mengatakan istirahat tidak cukup d. Klien mengatakan tidur hanya 2-3 jam pada malam hari
09:40 WIB		4) Mengajarkan klien mendengarkan terapi musik murotal sebelum tidur	O: a. Klien tampak lemah b. Klien tampak menguap c. Kantung mata klien tampak hitam
09:45 WIB		5) Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi
09:50 WIB		6) Mengajarkan klien menepati kebiasaan waktu tidur dengan tidur lebih awal	
Jumat, 07 April 2023 09:55 WIB	3	1) Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan	S: a. Klien mengatakan tidak mengetahui tentang

10:00 WIB		2)	menerima informasi dan media pendidikan kesehatan	O:	kondisi penyakit yang dideritanya
11:05 WIB		3)	Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	a.	Klien tampak kebingungan ketika ditanya tentang hipertensi
11:10 WIB		4)	Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan	b.	Klien tampak tidak bisa menjawab pertanyaan yang diberikan perawat tentang penyakitnya
11:15 WIB		5)	Mengajarkan perilaku pola hidup sehat	A:	Masalah belum teratasi
11:20 WIB		6)	Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku sehat	P:	Lanjutkan intervensi
Sabtu, 08 April 2023 09:00 WIB	1	1)	Memonitor lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S:	a. Klien mengatakan masih sedikit nyeri kepala
09:05 WIB		2)	Memonitor skala nyeri	b.	Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk menjalar kebagian belakang kepala
09:10 WIB		3)	Memonitor faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	c.	Klien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul
09:15 WIB		4)	Mengajarkan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik distraksi dan relaksasi napas dalam, kompres hangat	O:	a. Klien tampak meringis
				b.	Klien tampak bisa melakukan teknik distraksi napas dalam dan kompres hangat
				c.	Skla nyeri 3
				d.	(0-10)
				e.	TTV:
09:20 WIB		5)	Mengkaji TTV	TD 150/100 mmhg	
				A:	Masalah teratasi sebagian
				P:	Lanjutkan intervensi
Sabtu, 08 April 2023 09:25 WIB	2	1)	Memonitor pola aktivitas dan tidur	S:	a. Klien mengatakan sudah mulai bisa tidur
09:30 WIB		2)	Memonitor faktor pengganggu tidur	b.	Klien mengatakan sebelum tidur klien mendengarkan murotal
09:35 WIB		3)	Menganjurkan pada klien untuk memodifikasi lingkungan, yaitu mengatur pencahayaan dengan mematikan lampu saat ingin tidur	c.	Klien mengatakan istirahat tidur mulai cukup
				d.	Klien mengatakan tidur 4-5 jam pada malam hari
09: 40 WIB		4)	Menganjurkan klien mendengarkan terapi musik murotal	O:	a. Klien tampak lebih bersemangat
				b.	Kantung mata klien

09: 45 WIB		5)	sebelum tidur Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit		masih tampak hitam A: Masalah teratasi sebagian P:
09: 50 WIB		6)	Menganjurkan klien menepati kebiasaan waktu tidur dengan tidur lebih awal		Lanjutkan intervensi
Sabtu, 08 April 2023 09:55 WIB	3	1)	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	S:	a. Klien mengatakan sudah mengetahui tentang kondisi penyakit yang dideritanya
10:00 WIB		2)	Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan	b.	Klien mengatakan sudah mulai bisa untuk diet hipertensi yaitu diet garam
10:05 WIB		3)	Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	O:	
10:10 WIB		4)	Menjelaskan Penyebab, faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan dan cara mengatasi hipertensi	a.	Klien tampak bersemangat
10:15 WIB		5)	Mengajarkan perilaku pola hidup sehat	b.	Klien tampak kooperatif
10: 20 WIB		6)	Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku sehat	c.	Klien tampak bisa menjelaskan kembali apa yang disampaikan oleh perawat
				A:	Masalah teratasi
				P:	Hentikan intervensi
Senin, 10 April 2023 09:00 WIB	1	1)	Memonitor lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S:	a. Klien mengatakan nyeri kepala menurun
09:05 WIB		2)	Memonitor skala nyeri	O:	a. Klien tampak tidak meringis
09:15 WIB		3)	Memonitor faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	b.	Klien tampak bisa melakukan teknik distraksi napas dalam dan kompres hangat
09:20 WIB		4)	Mengajarkan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik distraksi dan relaksasi napas dalam, kompres hangat	c.	Skala nyeri 2 (0-10)
09:25 WIB		5)	Mengkaji TTV	d.	TTV: TD 130/ 90mmhg
				A:	Masalah teratasi
				P:	Hentikan intervensi
Senin, 10 April 2023 09:30 WIB 09:35 WIB	2	1)	Memonitor pola aktivitas dan tidur	S:	a. Klien mengatakan tidur sudah nyenyak karena nyeri berkurang
09:40 WIB		2)	Memonitor faktor pengganggu tidur	b.	Klien mengatakan sebelum tidur klien
		3)	Menganjurkan pada klien untuk		

	memodifikasi lingkungan, yaitu mengatur pencahayaan dengan mematikan lampu saat ingin tidur	c. Klien mengatakan istirahat tidur sudah cukup d. Klien mengatakan tidur 7-8 jam pada malam hari
09:45 WIB	4) Mengajukan klien mendengarkan terapi musik murotal sebelum tidur	O: a. Klien tampak segar b. Klien tampak bersemangat
09:50 WIB	5) Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	c. Kandung mata klien tampak tidak hitam
09:55 WIB	6) Mengajukan klien menepati kebiasaan waktu tidur dengan tidur lebih	A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi

5. Catatan Perkembangan

Nama : Ny. U
 Umur : 63 tahun
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Diagnosa : Hipertensi

Tabel 3. 9
Catatan Perkembangan

Tgl/Bln/Thn/Jam	No. DX	Catatan Perkembangan	Paraf
(1)	(2)	(3)	(4)
Selasa, 11 April 2023	1	S: 1) Klien mengatakan nyeri kepala menurun O: 1) Klien tampak tidak meringis 2) Klien tampak kooperatif, nyaman 3) Klien tampak bersemangat 4) Skala nyeri 2 (0-10) 5) TTV: TD 130/90 mmHg A: Masalah nyeri akut teratasi P: Hentikan intervensi I: - E: Evaluasi di hentikan	Liza
Selasa, 11 April 2023	2	S: 1) Klien mengatakan sudah bisa tidur nyenyak 2) Klien mengatakan sebelum tidur klien mendengarkan murotal 3) Klien mengatakan istirahat tidur sudah cukup	Liza

		4) Klien mengatakan tidur 7-8 jam pada malam hari O: 1) Klien tampak segar 2) Klien tampak bersemangat A: Masalah gangguan pola tidur teratasi P: Hentikan intervensi I: - E: Evaluasi di hentikan	
Selasa, 11 April 2023	3	S: 1) Klien mengatakan sudah mengetahui tentang kondisi penyakit yang dideritanya 2) Klien mengatakan sudah mengetahui penyebab dan cara pencegahan hipertensi 3) Klien mengatakan sudah melakukan diet hipertensi yaitu diet garam O: 1) Klien tampak bersemangat 2) Klien tampak kooperatif 3) Klien tampak bisa menjelaskan kembali apa yang disampaikan oleh perawat A: Masalah defisit pengetahuan teratasi P: Hentikan intervensi I: - E: Evaluasi di hentikan	Liza

B. Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis membandingkan antara teori dan asuhan keperawatan di lapangan terhadap Ny.U dengan Hipertensi pada Katz indeks A di wilayah puskesmas Limbangan Garut selama 5 (lima) hari, yaitu dari tanggal 06 April 2023 s/d 11 April 2023 dengan memperhatikan dan menganalisa tinjauan kasus dengan tinjauan teoritis. Dari hasil perbandingan akan muncul kesenjangan- kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kenyataan, maka perlu beberapa aspek yang perlu dibahas mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

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

1. Tahap Pengkajian

Tahap ini merupakan tahap awal dari proses keperawatan dimana penulis melakukan suatu pendekatan terlebih dahulu kepada klien dan menjelaskan maksud dan tujuan dilakukannya asuhan keperawatan. Ny. U dengan penyakit hipertensi berumur 63 tahun, maka penulis dapat mewawancarai dan mengobservasi klien secara partisipatif. Pada tahap pengumpulan data dilaksanakan melalui wawancara secara langsung kepada klien untuk memperoleh data subjektif dan pemeriksaan fisik untuk mendapatkan data objektif dari klien. Dalam melakukan pengkajian ini penulis mengumpulkan data berkat adanya kerja sama yang baik, bimbingan dan arahan serta dukungan penuh dari berbagai pihak serta kesediaan klien dan keluarga itu sendiri. Dalam proses keperawatan menurut (Farrar dan Zhang, 2015) gejala hipertensi yaitu sakit kepala, lemas, sesak nafas, gelisah, mual, muntah dan kesadaran menurun. Sementara pada Ny.U berdasarkan hasil pengkajian yang ditemukan yaitu nyeri kepala, pusing dan lemas. Berdasarkan data tersebut muncul beberapa kesenjangan antara teori dan kenyataan yang terjadi yaitu klien tidak mengalami sesak nafas karena kategori hipertensi belum mencapai

kategori yang berat dan karena hasil pengkajian didapatkan respirasi klien 20x/menit, klien tampak tenang tidak gelisah, klien mengatakan tidak merasa mual dan untuk kesadaran umum tidak terjadi pada klien karena hasil pengkajian didapatkan hasil GCS = 15 (E:4 V5 M:6).

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

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

- a. Nyeri akut b.d agen pecendera fisiologis
- b. Perfusi perifer tidak efektif b. d peningkatan tekanan darah
- c. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi
- d. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan
- e. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi
- f. Ansietas b.d kurang terpapar informasi
- g. Risiko penurunan curah jantung b.d perubahan afterload
- h. Risiko jatuh b.d gangguan penglihatan
- i. Gangguan pola tidur b.d nyeri kepala

Setelah dilakukan tahap pengkajian kepada Ny.U berdasarkan analisa data yang diperoleh terdapat beberapa masalah keperawatan yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus

Masalah ini muncul karena faktor umum atau gaya hidup klien yang menyebabkan kerusakan vesikuler pembuluh darah sehingga terjadi perubahan struktur yang menyebabkan gangguan sirkulasi di otak dan menyebabkan klien nyeri kepala dan pusing.

b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri kepala

Masalah keperawatan tersebut muncul berkaitan dengan adanya rasa nyeri pada kepala, adanya gangguan pola tidur berhubungan dengan penyakit hipertensi yang sedang di derita Ny.U.

c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

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

3. Tahap Perencanaan

Tahap perencanaan yaitu tahap lanjut dari diagnosa keperawatan dimana dalam perencanaan akan menentukan keberhasilan atau tidaknya suatu asuhan keperawatan yang akan dilakukan. kegiatannya dimulai dari menetapkan prioritas masalah, perumusan tujuan, penentuan kriteria hasil serta rencana tindakan sesuai dengan kondisi klien. Didalam menentukan tindakan keperawatan, penyusun merencanakan beberapa tindakan.

Adapun rencana intervensi yang diberikan untuk masalah keperawatan pada NY. U yakni:

a. Nyeri akut

Untuk mengatasinya maka diberikan intervensi mengkaji tanda-tanda vital, menggunakan manajemen nyeri mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi: relaksasi, distraksi dan kompres hangat. Hal ini sesuai dengan intervensi utama manajemen nyeri dijelaskan untuk

pengurangan nyeri atau penurunan nyeri hingga mencapai tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien.

b. Gangguan pola tidur

Mengidentifikasi masalah gangguan istirahat tidur klien dan penyebab kurang tidur, menciptakan lingkungan yang aman, nyaman dan menganjurkan klien untuk mendengarkan murotal sebelum tidur dan menganjurkan klien tidur lebih awal atau tidak boleh kemalaman.

c. Defisit pengetahuan

Mengkaji tingkat kemampuan klien tentang penyakit hipertensi dan pendidikan kesehatan tentang penyakit hipertensi meliputi pengertian, tanda dan gejala, penyebab dan cara pencegahannya. Sehingga intervensi yang dilakukan sesuai dengan masalah keperawatan pada klien dengan tujuan hasil klien bisa memahami pengetahuan tentang kondisi penyakit hipertensi.

4. Tahap Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan pada *nursing order* untuk mencapai tujuan yang diharapkan.

Pada tahap implementasi, semua rencana yang sudah dibuat bisa di implementasikan sesuai perkiraan di awal untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Adapun implementasi yang dilakukan terhadap masalah keperawatan pada Ny. U yakni:

a. Nyeri akut

Implementasi yang dilakukan dengan menggunakan manajemen nyeri (teknik relaksasi dan teknik distraksi) dengan mengajarkan klien cara tarik nafas dalam, kompres hangat di tengkuk, terapi musik dan mengkaji tanda tanda vital. Setelah dilakukan tindakan tersebut Ny. U merasakan tenang dan berkurang rasa sakit kepala. Implementasi tersebut merupakan tindakan fokus yang meningkatkan kenyamanan.

b. Gangguan pola tidur

Implementasi yang dilakukan yaitu dengan menciptakan lingkungan yang nyaman, menganjurkan klien untuk tidur lebih awal pada malam hari, menganjurkan klien untuk tidak banyak pikiran, mendengarkan murotal dan meminum susu hangat sebelum tidur. Implementasi tersebut merupakan data fokus untuk mencegah gangguan istirahat tidur.

c. Defisit pengetahuan

Mengatasinya dengan mengkaji tingkat kemampuan klien tentang penyakit hipertensi dan memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit hipertensi. Sehingga Ny. U bisa menambah ilmu tentang kondisi penyakitnya dan klien bisa merawat, menjaga makanan yang boleh dikonsumsi dan tidak boleh dikonsumsi. Implementasi tersebut merupakan domain fisiologis dasar yang mencakup cara perawatan dan pencegahan penyakit hipertensi.

5. Tahap Evaluasi

Pada tahap evaluasi, penulis melakukan evaluasi secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif dilakukan setiap selesai memberikan tindakan keperawatan. Menurut Hidayat 2020, Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Hasil dari evaluasi formatif menunjukkan bahwa semua tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien dapat mengurangi atau mengatasi masalah klien saat ini, sedangkan untuk evaluasi sumatif, penulis melakukan pada hari ke empat setelah memberikan asuhan keperawatan pada Ny.U.

Pada tahap evaluasi sumatif ditemukan bahwa diagnosa yang muncul pada Ny.U teratasi semua, hal ini disebabkan klien dan keluarga kooperatif, bekerja sama dengan baik sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan berjalan sesuai dengan rencana dan tujuan.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus, setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri dapat teratasi di hari ke tiga dengan akhir masalah teratasi. Karena Ny.U kooperatif sehingga penulis mudah melakukan intervensi dan nyeri dapat teratasi.
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri kepala, setelah dilakukan tindakan keperawatan gangguan pola tidur klien sudah

bisa tidur nyenyak dengan frekuensi tidur yang cukup sehingga masalah dapat teratasi

- c. Defisit pengetahuan dengan kurang informasi, setelah dilakukan tindakan defisit pengetahuan dapat teratasi ditandai dengan klien mengetahui penyakitnya, klien tampak mengerti dengan menjelaskan kembali apa yang sudah dijelaskan perawat, klien tampak tidak bertanya tanya tentang penyakitnya dan klien tampak kooperatif sehingga masalah dapat teratasi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan gerontik pada Ny. U dengan gangguan sistem kardiovaskuler : hipertensi di wilayah Puskesmas Limbangan Garut mulai tanggal 06 April 2023 s/d 11 April 2023 dengan penggunaan proses keperawatan yang terdiri dari 5 tahap yakni : pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang mencakup berbagai aspek bio, psiko, sosial, spiritual, yang selanjutnya di dokumentasikan dalam bentuk karya tulis. Maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian penulis mampu menemukan data-data dari Ny. U dengan penyakit hipertensi diantaranya yaitu: klien mengeluh nyeri di kepala menjalar kebagian belakang, nyeri terasa saat klien kurang tidur dan berkurang saat beristirahat, nyeri dirasakan hilang timbul, pola tidur klien berubah total dan di dapatkan hasil KATZ IndeksA dimana klien melakukan semua aktivitasnya secara mandiri.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada tahap diagnosa keperawatan penulis merumuskan diagnosa sesuai dengan prioritas yang muncul pada Ny. U dengan hipertensi diantaranya yaitu: nyeri akut berhubungan dengan teraktivasinya pusat

nyeri di thalamus, gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri kepala dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

3. Perencanaan

Pada tahap ini penulis mampu membuat perencanaan di buat terfokus pada tujuan yang berdasarkan analisa data yang telah di dapat. Intervensi yang tersusun dari Ny. U dengan gangguan sistem kardiovaskuler: hipertensi berdasarkan DPP PPNI: SDKI (2017), intervensi utama untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan teraktivasinya pusat nyeri di thalamus yaitu manajemen nyeri, monitor lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, monitor skala nyeri, anjurkan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik distraksi dan relaksasi nafas dalam serta kompres hangat, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri kepala yaitu monitor durasi dan frekuensi tidur, monitor faktor pengganggu tidur, anjurkan klien untuk memodifikasi lingkungan saat tidur, anjurkan klien meminum susu hangat sebelum tidur, dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yaitu menyediakan materi pendidikan, menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, mengajarkan perilaku hidup sehat, mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku sehat. Dalam rencana tindakan keperawatan penulis melibatkan klien dan keluarga, sehingga dapat tercapai dengan baik sesuai dengan jangka waktu yang telah ditetapkan

dalam memperhatikan kemampuan klien serta fasilitas yang ada pada rencana tindakan yang ditetapkan pada masing-masing diagnosa.

4. Tahap Implementasi

Pada tahap ini penulis mampu melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada Ny. U meliputi observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Secara umum tahap pelaksanaan dilakukan dengan baik yaitu sesuai dengan perencanaan yang dibuat meskipun ada beberapa hambatan yang di dapat karena keterbatasan sumber daya yang ada. Namun, sikap kooperatif dari klien dan keluarga yang memudahkan penulis untuk mengatasi hal tersebut. Dengan menggunakan bahasa yang mudah di mengerti, ditunjang dengan dokumentasi serta penyampaian informasi yang telah dipahami, maka klien memahami penjelasan penulis dengan baik.

5. Tahap Evaluasi

Dalam melaksanakan evaluasi dengan melihat perkembangan kondisi klien dihubungkan dengan kriteria yang telah ditetapkan, dari masalah keperawatan Ny. U dengan penyakit hipertensi menunjukan bahwa ketiga masalah yaitu nyeri akut, gangguan pola tidur dan defisit pengetahuan dapat teratasi.

B. Rekomendasi

Setelah memberikan asuhan keperawatan gerontik pada Ny. U dengan penyakit hipertensi maka penulis dapat memberikan rekomendasi diantaranya:

1. Untuk pihak Puskesmas Limbangan

Petugas kesehatan diharapkan selalu memberikan pendidikan kesehatan bagi klien, karena bermanfaat untuk menambah ilmu pengetahuan klien dengan diharapkan dapat membantu klien dalam melaksanakan perawatan mandiri atau minimal, mengadakan kegiatan senam tentang kesehatan khususnya bagi lansia yang menderita hipertensi dan melakukan pemeriksaan tekanan darah agar klien yang terkena penyakit hipertensi dapat terkontrol dengan baik.

2. Untuk Institusi

Dikarenakan dalam penyusunan karya tulis memerlukan buku sumber, maka untuk kepentingan bersama dan untuk meningkatkan mutu pendidikan diharapkan perpustakaan dilengkapi bahan perbandingan dilapangan sebagai literature.

3. Untuk Klien dan Keluarga

Diharapkan dapat dijadikan untuk menambah pengetahuan dan wawasan tentang hipertensi. Dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk memeriksa kondisi keluarga yang sakit serta dapat melakukan penanganan yang tepat dan menerapkan pola hidup sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Annisa, D. F., & Ifdil, I. (2016). Konsep Kecemasan (Anxiety) pada Lanjut Usia (Lansia). *Konselor*, 5(2), 93.
- Badan Pusat Statistik Nasional, 2022. Statistik Nasional Pusat : Badan Pusat Statistik.
- Dinarti, & Muryanti, Y. (2017). Bahan Ajar Keperawatan: Implementasi Keperawatan.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler, A. C. (2014). Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien. Jakarta: EGC.
- Farrar, Glennys R., and Huayi Zhang. 2015. Erratum: Perturbative OCD Calculation of Real and Virtual Compton Scattering (Physical Review D (1990) 42, 7 (2413)). Vol. 42.
- Hakim R, A., Ali, Z., & Tiekyan, R. (2020). Prevalensi dan Faktor Risiko Hipertensi Majalah Kedokteran Sriwijaya, 47(1), 51-60.
- Hidayat, A.A. (2021). Pengantar dokumentasi proses keperawatan. Jakarta: EGC.
- Hariawan, Hamdan, and Cut Mutia Tatisina. 2020. "Pelaksanaan Pemberdayaan Keluarga Dan Senam Hipertensi Sebagai Upaya Manajemen Diri Penderita Hipertensi." *Jurnal Pengabdian Masyarakat Sasambo* 1(2):75.
- Johanes, Adrian Steven. 2019. "Diagnosis Dan Tatalaksana Terbaru Pada Dewasa." *Cdk*-274 46(3):172-78.
- Kozier dkk. 2020. Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses & Praktik. Edisi 7. Jakarta: EGC.
- Kuswati, A., Sumedi, & Hartati. (2020). Pengaruh Reminiscence Therapy Terhadap Fungsi Kognitif Pada Lansia. *Jurnal Keperawatan Mersi*, 3, 23
- Kemenkes RI. (2018). Prevalensi Penyakit Hipertensi.
- Mayo Clinic. (2018). Hypertension, Medical Education and Research.
- Mawaddah, N., & Wijayanto, A. (2020). Peningkatan Kemandirian Lansia Melalui Activity Daily Living Training dengan Pendekatan Komunikasi Terapeutik di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. *Hospital Majapahit*, 12(1), 32–40.
- Maryam, R. Siti. (2018). Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya. Jakarta: Salemba Medika.
- Mustika, I. W. (2019). B uku Pedoman Model Asuhan Keperawatan Lansia Bali Elderly Care (BEC). *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9).

- Nurarif AH. dan Kusuma. H. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa (Yogyakarta). Mediacion.
- National, G. & Pillars, I. (2020). keperawatan Gerontik. Bahan Ajar Cetak Keperawatan Gerontik, 22(1), 1-13.
- Prabasari, N. A., Juwita, L., & Maryuti, I. A. (2017). Jurnal Ners LENTERA, Vol. 5, No. 1, Maret 2017 Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Lansia di Rumah (STUDI FENOMENOLOGI). *Jurnal Ners Lentera*, 5(1), 56–68.
- Righo, A. (2019). Terapi Bekam Terbukti Mampu Mengatasi Hipertensi (M.Ridlo Ronas (ed.)). Rasibook. Bandung.
- Rihiantoro, Tori, and Muji Widodo. 2018. "Hubungan Pola Makan Dan Aktivitas Fisik Dengan Kejadian Hipertensi Di Kabupaten Tulang Bawang." *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik* 13(2): 159.
- Septi Fandinata, S., & Ernawati, I. (2020). Management terapi pada penyakit degeneratif (diabetes mellitus dan hipertensi) : mengenal, mencegah dan mengatasi penyakit degeneratif (diabetes mellitus dan hipertensi) (N. Reny H (ed.); Ist ed.). Penerbit Graniti. Gresik.
- Sudarso, E. K. . Sasmita, J. F. . Handyasto, A. ., Arissaputra, S. ., & Kuswantiningsih, N. (2017). Peningkatan pengetahuan tentang hipertensi guna perbaikan tekanan darah pada anak muda di dusun japanan „margodadi,sayegan,sleman, yogyakarta.
- Suryarinilsih, Y., Fadriyanti, Y., & Kemenkes Padang, P. (2021). Rebusan Seledri Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pasien Hipertensi Celery Decoction Against Decrease Blood Pressure of Hypertension Patients. *Menara Ilmu*, 15(2), 134–140.
- Tarwoto, & Wartonah. (2015). Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Jakarta.
- Triyanto. 2016. Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Tirtasari, S., & Kodim, N. (2019). Prevalensi dan Karakteristik Hipertensi Pada Usia Dewasa Muda di Indonesia. *Tarumanagara Medical Journal*, 1(2), 395–402.
- Tim Pokja SDKI PPNI,(2017) standar diagnosis keperawatan Indonesia definisi dan *indicator diagnostic*. Jakarta: dewan pengurus PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018), standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta. Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- World Health Organization. (2021). Global Hipertensi.

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)
HIPERTENSI

Tema	: Hipertensi
Pokok Pembahasan	: Perawatan dan Pencegahan Hipertensi
Sub Pokok Pembahasan	: 1. Pengertian hipertensi 2. Faktor resiko hipertensi 3. Kategori hipertensi 4. Pencegahan hipertensi 5. Obat tradisional untuk mengatasi hipertensi
Sasaran	: Klien dan Keluarga
Hari/Tanggal	: Jumat, 07 April 2023
Waktu	: 09.00 WIB – Selesai
Tempat	: Puskesmas Limbaangan Garut
Penyuluh	: Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit, diharapkan klien dan keluarga mampu melakukan tindakan perawatan dan pencegahan hipertensi.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui pengertian hipertensi
- b. Menjelaskan penyebab hipertensi
- c. Menjelaskan tanda dan gejala hipertensi
- d. Menjelaskan kategori hipertensi
- e. Menjelaskan penatalaksanaan hipertensi
- f. Menjelaskan diet hipertensi
- g. Menjelaskan obat tradisional untuk mengatasi hipertensi

B. Materi

(Terlampir)

C. Metode

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

D. Media Penyuluhan

Media: Leaflet

E. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Materi	Kegiatan	
			Penyuluh	Sasaran
1	5 menit	Pendahuluan	Pembukaan: 1. Perkenalan 2. Menjelaskan tujuan 3. Melakukan kontrak waktu 4. Menyebutkan materi yang akan diberikan	Menyambut salam dan mendengarkan
2	20 menit	Pelaksanaan	Menjelaskan: 1. Menggali pengetahuan audien tentang hipertensi 2. Memberikan apresiasi positif 3. Menjelaskan pengertian hipertensi 4. Menjelaskan penyebab hipertensi 5. Menjelaskan tanda dan gejala hipertensi 6. Menjelaskan kategori hipertensi 7. Menjelaskan penatalaksanaan hipertensi 8. Menjelaskan diet hipertensi 9. Menjelaskan obat tradisional untuk mengatasi hipertensi	Mendengarkan
3	7 menit	Penutup	Evaluasi: 1. Menanyakan kepada sasaran tentang materi yang telah diberikan 2. Beri pujian kepada sasaran bila dapat menjawab 3. Mengucapkan terimakasih kepada sasaran dan mengucapkan salam	1. Menjawab pertanyaan yang diajukan oleh penyaji 2. Merasa senang jika diberi pujian 3. Menjawab salam

F. Sumber

Amina H. N., & Kusuma H, (2019). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdaskan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc, Jilid 2. Jogjakarta : Mediacion Jogja
 Ais, 5. 2017. Mayo Clinic Hipertensi, Mengatasi Tekanan Darah Tinggi. Jakara: PT Intisari Mediatam.

MATERI HIPERTENSI

A. Pengertian

Hipertensi merupakan bagian dari tekanan darah yang persistemnya dimana tekanan sistolik diatas 140 mmHg dan diastolik diatas 90 mmHg.

B. Penyebab hipertensi

Penyebab hipertensi diantaranya adalah: stress, kegemukan, merokok, hipernatriumia, retensi air dan garam yang tidak normal, sensitiftas terhadap angiotensin, obesitas, hiperkolestroemia, penyakit kelenjar adrenal, penyakit ginjal, toxemia otak, pengaruh obat tertentu misal obat kontrasepsi, asupan garam yang tinggi, kurang olahraga, genetik, obesitas, ateroklerosis, kelainan ginjal, tetapi sebagian besar tidak diketahui penyebabnya.

C. Tanda dan Gejala Hipertensi

Tanda dan gejala hipertensi yang sering tidak tampak, tetapi pada beberapa pasien mengeluh:

1. Sakit kepala
2. Kelelahan
3. Mual dan muntah
4. Sesak nafas
5. Pandangan menjadikabur
6. Mata berkunang-kunang
7. Mudah marah
8. Telinga berdengung
9. Sulit tidur

10. Rasa berat ditengkuk

D. Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Tekanan Darah Sistolik	Tekanan Darah Diastolik
Normal	Dibawah 130mmHg	Dibawah 85 mmHg
Normal Tinggi	130-139 mmHg	85-89 mmHg
Stadium I (Ringan)	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Stadium II (Sedang)	160-179 mmHg	100-109 mmHg
Stadium III (Berat)	180-209 mmHg	110-119 mmHg
Stadium IV (Maligna)	210 mmHg	120 mmHg

Sumber: Triyanto, 2016

E. Penatalaksanaan Hipertensi

1. Penatalaksanaan medis
2. Penatalaksanaan non medis
 - a. Pencegahan primer
 - 1) Tidur yang cukup, antara 6-8 jam per hari
 - 2) Kurangi makanan berkolesterol tinggi dan perbanyak aktifitas fisik untuk mengurangi berat badan
 - 3) Kurangi konsumsi alkohol
 - 4) Konsumsi minyak ikan
 - 5) Suplai kalsium meskipun hanya menurunkan sedikit tekanan darah tapi kalsium juga cukup membantu.
 - b. Pencegahan sekunder
 - 1) Pola makan yang sehat
 - 2) Mengurangi garam dan natrium di diet anda
 - 3) Fisik aktif/sering berolahraga
 - 4) Mengurangi alkohol intake
 - 5) Berhenti merokok

c. Pencegahan tersier

- 1) Pengontrolan darah secara rutin
- 2) Berhenti merokok
- 3) Olahraga dengan teratur dan disesuaikan dengan kondisi tubuh
- 4) Pertahankan gaya hidup sehat
- 5) Belajar untuk rileks dan mengendalikan stres
- 6) Batasi konsumsi alkohol
- 7) Penjelasan mengenai hipertensi
- 8) Jika sudah menggunakan obat hipertensi teruskan penggunaannya secara rutin
- 9) Diet garam serta pengendalian berat badan
- 10) Periksa tekanan darah secara teratur

F. Diet hipertensi

1. Makanan yang boleh dikonsumsi

- a. Sumber kalori : Beras, kentang, makaroni, mie, bihun, tepung-tepungan, gula.
- b. Sumber protein hewani : Daging ayam, ikan, semua terbalas kurang lebih 50 gram sehari, telur ayam, telur bebek paling banyak satu butir sehari, susu tanpa lemak.
- c. Sumber protein nabati : Kacang-kacangan kering seperti tahu, tempe, oncom.
- d. Sumber lemak : Santan kelapa encer dalam jumlah terbatas.

- e. Sayuran : Sayur yang tidak menimbulkan gas seperti bayam, kangkung, buncis, kacang panjang, toge, labu siam, oyong, wortel.
 - f. Bual-buahan: Semua buah kecuali nangka, durian hanya boleh dalam jumlah terbatas.
 - g. Bumbu : Pala, kayu manis, asam, gula, bawang merah, bawang putih, garam tidak lebih 15 gram perhari.
 - h. Minuman: Teh encer, coklat encer.
2. Makanan yang tidak boleh dikonsumsi
- a. Makanan yang banyak mengandung garam
 - 1) Biscuit, crackers, cake dan kue lain yang dimasak dengan garam dapur atau soda
 - 2) Dendeng, abon, cornet beef, daging asap, ikan asin, ikan pindang, sarden ikan teri, telur asin
 - 3) Keju, margarine dan mentega
 - b. Makanan yang banyak mengandung kolesterol
 - c. Makanan yang banyak mengandung lemak jenuh
 - 1) Lemak hewan : sapi, kambing, susu jenuh, cream, keju, mentega
 - 2) Kelapa, minyak kelapa, margarine
 - d. Makanan yang banyak menimbulkan gas
 - 1) Kool, sawi, lobak, dll.

G. Obat tradisional untuk hipertensi

Banyak tumbuhan obat yang telah lama digunakan oleh masyarakat secara tradisional untuk mengatasi hipertensi atau tekanan darah tinggi diantaranya yaitu:

1. Dua buah timun dimakan pagi dan sore atau diparut, diperas, diambil airnya diminum pagi dan sore.
2. Dua buah belimbing dimakan pagi dan sore atau diparut, diperas dan diambil airnya diminum pagi dan sore
3. Sepuluh lembar daun salam direbus dalam 2 gelas air sampai rebusannya tinggal 1 gelas, diminum pagi dan sore hari.



PENYULUHAN KESEHATAN HIPERTENSI

Oleh:
Nurhaliza Septiana M
(KHGA20099)



**STIKes KARSA HUSADA
GARUT**

2022-2023

Apa itu hipertensi?

Hipertensi merupakan bagian dari tekanan darah yang persistemnya dimana tekanan sistolik diatas 140mmHg dan diastolik diatas 90 mmHg.

Klasifikasi

1. Hipertensi Ringan: Sistole 140-159 mmHg, Diastole 90-99 mmHg
2. Hipertensi Sedang: Sistole 160-179 mmHg, Diastole 100-109 mmHg
3. Hipertensi Berat: Sistole 180-209 mmHg, Diastole 110-119 mmHg

Tanda Dan Gejala

1. Sakit kepala
2. Kelelahan
3. Mual dan muntah
4. Sesak nafas
5. Pandangan menjadikabur
6. Mata berkunang-kunang
7. Mudah marah
8. Telinga berdengung
9. Sulit tidur

Penyebab Hipertensi

1. Kegemukan
2. Merokok
3. Genetik
4. Stres
5. Obesitas
6. Asupan garam tinggi
7. Makanan berkolesterol tinggi

Bagaimana Perawatan Hipertensi

1. Pola makan yang sehat
2. Mengurangi garam, makanan berlemak
3. Olahraga teratur
4. Mengubah kebiasaan hidup (kurangi merol)
5. Periksa tekanan darah secara teratur

Pengobatan Tradisional

1. Dua buah timun dimakan pagi dan sore atau diparut, diperas, diambil airnya diminum pagi dan sore.
2. Dua buah belimbing dimakan pagi dan sore atau diparut, diperas diambil airnya diminum pagi dan sore
3. Sepuluh lembar daun salam direbus dalam 2 gelas air sampai rebusannya tinggal 1 gelas, diminum pagi dan sore hari.

Manfaat?

1. Memperancar aliran darah
2. Mencegah kekakuan otot
3. Mengurangi resiko hipertensi

TERIMA KSIH

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Nurhaliza Septiana Maharina

NIM : KHGA20099

Pembimbing : H. Zahara Farhan, M.Kep.

Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. U dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler: Hipertensi pada Katz Indeks A di Wilayah Kerja Puskesmas Limbangan Kabupaten Garut

No	Tanggal	Materi Yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	29 Mei 2023	Bab III	1. Perbaiki dan lengkapi pengkajian 2. Perbaiki teknik analisa data 3. Perjelas dan pertegas penegakan diagnosa keperawatan 4. Redaksi intervensi harus lebih operasional	 H. Zahara Farhan, M.Kep.
2	1 Juni 2023	Bab III	1. Implementasi dan evaluasi harus jelas sesuai dengan rencana tindakan dan indikator capaian hasil yang diharapkan 2. Pola pembahasan harus menggambarkan fakta, teori dan opini serta gagasan penulis	 H. Zahara Farhan, M.Kep.
3	5 Juni 2023	Bab III	1. Tambahkan data hasil pengkajian pada setiap sistem 2. Perbaiki redaksi kalimat dalam intervensi keperawatan harus lebih operasional	 H. Zahara Farhan, M.Kep.

4	9 Juni 2023	Bab III	1. Pembahasan harus menggambarkan fakta, teori, opini pada setiap tahap askep 2. Bab III ACC 3. Mulai susun Bab I	 H. Zahara Farhan, M.Kep.
5	12 Juni 2023	Bab I	1. Perbaiki terkait penulisan paragraf bab I dimana ada 1 paragraf terdiri dari 1 pokok pikiran utama dan beberapa kalimat penjelas 2. Cari data terbaru yang terkait populasi lansia dan prevalensi hipertensi pada lansia	 H. Zahara Farhan, M.Kep.
6	14 Juni 2023	Bab I	1. Cari referensi yang terbaru yang menjelaskan teori yang terdekat dengan hipertensi dan penanganannya 2. Pertegas dan perjelas justifikasi penulis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan	 H. Zahara Farhan, M.Kep.
7	16 Juni 2023	Bab I	1. Perbaiki tujuan pembahasan, metode dan sistematika penulisan	 H. Zahara Farhan, M.Kep.
8	19 Juni 2023	Bab I	1. ACC Bab 1 2. Mulai susun Bab II dan IV	 H. Zahara Farhan, M.Kep.
9	20 Juni 2023	Bab II dan IV	1. ACC Bab IV 2. Perbaiki penulisan Bab II	 H. Zahara Farhan, M.Kep.

10	23 Juni 2023	Bab II	1. ACC Bab II 2. Susun Abstrak 3. Susun draft KTI lengkap	 H. Zahara Farhan, M.Kep.
----	-----------------	--------	---	---

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

Nama : Nurhaliza Septiana Maharina

Jenis kelamin : Perempuan

Tempat Tanggal Lahir : Garut, 05 September 2002

Agama : Islam

Status : Mahasiswa

Alamat : Kp. Patrol RT/RW 003/001, Desa Sukasono,
Kecamatan Sukawening, Kabupaten Garut

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SDN SUKASONO TAHUN 2009-2014
2. SMP NEGRI 1 SUKAWENING TAHUN 2014-2017
3. SMA NEGRI 14 GARUT TAHUN 2017-2020
4. STIKES KARSA HUSADA GARUT TAHUN 2020-2023