

ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK TN.E DENGAN GANGGUAN SISTEM  
KARDIOVASKULER : HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG SUMUR KONDANG  
DESA KERTAJAYA KECAMATAN CIBATU KABUPATEN GARUT

## **DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS CIBATU**

### **KARYA TULIS ILMIAH**

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



STIKes Karsa Husada  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Garut

Disusun Oleh :

**TAUFIK ADDY FAUZI**

**NIM : KHGA 19132**

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

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK TN.E DENGAN  
GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER : HIPERTENSI  
PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG SUMUR KONDANG  
DESA KERTAJAYA KECAMATAN CIBATU KABUPATEN  
GARUT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS CIBATU**

**NAMA : TAUFIK ADDY FAUZI**

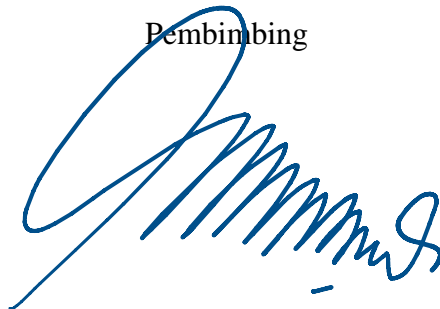
**NIM : KHGA 19132**

Karya Tulis Ilmiah telah disetujui untuk disidangkan dalam  
Ujian Akhir Program Studi DIII Keperawatan  
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2022

Menyetujui,

Pembimbing



H. Engkus Kusnadi,S.Kep.,M.Kes.

**LEMBAR PENGESAHAN**

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK TN.E DENGAN GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER : HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG SUMUR KONDANG DESA KERTAJAYA KECAMATAN CIBATU KABUPATEN GARUT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS CIBATU**

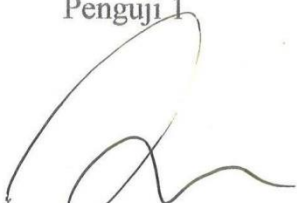
**NAMA : TAUFIK ADDY FAUZI**

**NIM : KHGA 19132**

Garut, Juli 2022

Menyetujui,

Penguji 1



**Andri Nugraha, M.Kep.**

Penguji 2



**Devi Ratnasari, M.Kep.**

Mengetahui,

Ka. Prodi DIII Keperawatan  
Husada Garut



**K. Dewi Budiarti, M.Kep**

Mengesahkan,

Pembimbing STIKes Karsa



**H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes.**

## ABSTRAK

Menurut WHO angka kejadian hipertensi di dunia cukup tinggi yaitu 10% dari populasi dunia. Data hypertension league 2012 menyebutkan bahwa hipertensi di derita lebih dari 1,5 miliar jiwa di seluruh dunia dan garam yang berlebihan adalah faktor utama dalam meningkatkan tekanan darah, Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan dan angka kematian. Tekanan darah 140/90 mmHg didasarkan pada dua fase dalam setiap waktu denyut jantung yaitu fase sistolik 140 menunjukkan darah yang sedang dipompa oleh jantung dan fase diastolik 90 menunjukkan darah yang kembali ke jantung, cara pencegahan dan pengobatannya yaitu dengan menurunkan berat badan, mengurangi asupan garam, rutin berolahraga, berobat/kontrol secara teratur ke fasilitas kesehatan, kasus hipertensi di puskesmas karangpawitan garut sebanyak 68. Mengingat komplikasi yang dapat ditimbulkan apabila penyakit hipertensi tidak segera ditangani dan diobati bisa menyebabkan penyakit jantung, strok, dan berlanjut kematian. Adapun tujuan karya tulis ilmiah ini adalah untuk mendapatkan pengalaman yang nyata di lapangan dan menerapkan teori dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif melalui pendekatan proses keperawatan, dengan melakukan Asuhan Keperawatan kepada Tn, E masalah yang ditemukan yaitu : nyeri akut, intoleransi aktivitas, defisit pengetahuan. Hal ini sejalan dengan teori namun, beberapa data, masalah, intervensi yang ada dalam teori tidak ditemukan hal ini di pengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya karena manusia adalah makhluk yang unik, sehingga proses perawatan yang dilakukan pada setiap individu berbeda. Kesimpulannya penulis dapat melakukan Asuhan Keperawatan pada Tn. E dengan hipertensi di Puskesmas Cibatugur.

Kata Kunci : Hipertensi

Daftar Pustaka : 13 buku (2008-2016)

## **KATA PENGANTAR**

Segala puji dan syukur penulis pan jatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK T.N.E DENGAN GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER : HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG SUMUR KONDANG DESA KERTAJAYA KECAMATAN CIBATU KABUPATEN GARUT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS CIBATU”** yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi D-III Keperawatan dan memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

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

1. Bapak Dr. H. Hadiat MA, selaku Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. D. Sefudin S.Sos.,M.Kes, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi,S.Kep.,M.Kes., selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut
4. Ibu K. Dewi Budiarti.,M.Kep., selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

5. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., selaku pembimbing penyusunan KTI yang selalu memberikan arahan, dukungan serta motivasi untuk terus belajar kepada penulis.
6. Bapak Andri Nugraha, M.Kep selaku penguji 1 yang telah memberikan arahan dalam penyusunan karya tulis ini.
7. Ibu Devi Ratnasari, M.Kep selaku penguji 2 yang telah memberikan arahan dalam penyusunan karya tulis ini.
8. Seluruh Staf Dosen Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Ibu Novie Melliasany, SE., M.Si, selaku pembimbing akademik yang telah memberikan motivasi dan semangat dalam menjalani pendidikan.
10. Kepada Ayah dan Ibu yang tersayang ibu Anih Sulanjana dan bapak Koko Supriyadi S.Pd telah banyak memberikan cinta dan kasih sayang yang begitu besar kepada penulis sehingga menjadi motivasi terbesar bagi penulis dalam menyelesaikan studi ini. Semoga keringat dan air matanya dibalas dengan kebahagiaan di dunia dan akhirat oleh Allah SWT.
11. Kakaku terbaik Risnawati, Wahib Fauzi Ramdhani, dan Lukman Hakim, yang selalu memberi dukungan baik moral maupun materil.
12. Seluruh staf dan perawat yang ada di unit Puskesmas Cibatu, khususnya CI ruangan yang telah meluangkan banyak waktunya untuk memberikan pembelajaran serta pengalaman di lapangan kepada penulis demi kelancaran pembuatan karya tulis ini

13. Tn. E beserta keluarga yang bersedia bersilaturahmi dan bekerjasama dengan baik dengan penulis
14. Seluruh civitas akademika yang ada di STIKes Karsa Husada Garut umumnya, beserta seluruh staf dosen Program Studi D-III Keperawatan khususnya, yang telah memberikan bantuan berupa motivasi serta ilmunya selama penulis mengikuti pendidikan Program Studi D-III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut ini.
15. Keluarga besar penulis yang selalu mendo'akan, memberikan dukungan, semangat dan doa restunya selama penulis menpuh Studi di STIKes Karsa Husada Garut
16. Aksha Zamiatun Aeni, Tasya Putri Ananditya, Ai Aulia Nursiami, Gema Purnama Alamsyah, Ghesa Vernanda Nugraha, Zulfan Kustyana, Lalan Sahril Sidiq, Rizwan Saepulloh, Diki Permana, Dera Apriani Omanda, Wisman Sulung, Muhammad Sulthan Kawakib, dan Albiyan Muhamad Ramadhan, selaku sahabat tercinta yang telah memberikan doa dan motivasi kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
17. Seluruh teman seperjuangan D-III Keperawatan khususnya tingkat III C yang telah memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis.
18. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, namun telah begitu banyak membantu selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna dikarenakan keterbatasan dan ketidakmampuan ilmu pengetahuan,

oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Semoga karya tulis ilmiah ini bisa menambah wawasan dan bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi semua pihak serta mendapatkan keridhoan-Nya yang senantiasa selalu kita harapkan. Akhir kata penulis berharap semoga amal baik dari berbagai pihak mendapat balasan yang berlipat dari Allah SWT. Aamiin

Garut, Juli 2022

Penulis,

Taufik Addy Fauzi



## DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN.....	i
LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
ABSTRAK.....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI.....	viii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	4
C. Metode Telaah.....	5
D. Sistematika Penulisan.....	7
BAB II.....	9
TINJAUAN TEORI .....	9
A. Definisi .....	9
B. Etiologi .....	10
C. Klasifikasi.....	11
D. Patofisiologi.....	11
E. Pathway .....	14
F. Kriteria.....	15
II. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN.....	33
A. Pengkajian .....	33
B. Analisa Data .....	39
C. Diagnosa Keperawatan.....	44
D. Implementasi .....	50
E. Evaluasi .....	50
BAB III .....	51
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	51
A. TINJAUAN KASUS .....	51
B. PEMBAHASAN .....	79

BAB IV .....	88
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI .....	88
A. Kesimpulan.....	88
B. REKOMENDASI.....	90
DAFTAR PUSTAKA .....	88
SATUAN NACARA PENYULUHAN (SAP) .....	8
A. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM.....	8
B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS .....	8
C. MATERI PENYULUHAN .....	8
D. MEDIA PENYULUHAN.....	9
E. MEDIA PENYULUHAN.....	9
F. KEGIATAN PENYULUHAN .....	9
G. EVALUASI.....	10
MATERI .....	11
HIPERTENSI.....	11
A. PENGERTIAN .....	11
B. PENYEBAB HIPERTENSI .....	11
C. KLASIFIKASI .....	11
D. TANDA DAN GEJALA .....	12
E. KOMPLIKASI .....	12
F. CARA MENGATASI DAN PENCEGAHANNYA.....	12
G. PENGOBATAN TRADISIONAL .....	13
DAFTAR PUSTAKA .....	14
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	15
FORMAT BIMBINGAN .....	16

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan manusia yang paling utama, karena setiap manusia berhak untuk memiliki Kesehatan. Kenyataannya tidak semua orang dapat memiliki derajat Kesehatan yang optimal karena berbagai masalah, diantaranya lingkungan yang buruk, sosial ekonomi yang rendah, gaya hidup yang tidak sehat mulai dari makanan, kebiasaan, maupun lingkungan sekitarnya. (Misbach,2013)

Gaya hidup sehat merupakan kebutuhan fisiologis yang hirarki, kebutuhan manusia paling dasar untuk dapat mempertahankan hidup termasuk juga menjaga agar tubuh agar bugar dan sehat serta terbebas dari segala macam penyakit. Penyakit yang sering muncul akibat gaya hidup yang tidak sehat salah satunya yaitu hipertensi. (sufa,Chriatanyawati, dan Jusnita, 2017)

Hipertensi merupakan salah satu penyakit yang banyak dijumpai di masyarakat. Hipertensi bukanlah penyakit menular, namun penyakit ini merupakan penyakit kronik menahun yang banyak mempengaruhi kualitas hidup serta produktivitas (Giles et al., 2009)

Menurut catatan badan Kesehatan Dunia/World Health Organization (WHO) tahun 2011, satu milyar orang didunia menderita hipertensi, dua pertiga diantaranya berada di negara berkembang yang berpenghasilan rendah-

sedang. Prevalensi hipertensi akan terus meningkat tajam, diprediksikan pada tahun 2025 nanti, sekitar 29% orang dewasa di seluruh dunia menderita hipertensi. Hipertensi telah mengakibatkan kematian sekitar 8 juta orang setiap tahun, 1,5 juta kematian terjadi di Asia Tenggara, yang sepertiga populasinya menderita hipertensi.

Badan penelitian Kesehatan dunia WHO tahun 2012 menunjukkan, diseluruh dunia 982 juta orang atau 26,4% penghuni bumi menghidap hipertensi dengan perbandingan 26,6% pria dan Wanita. Angka ini mungkin akan meningkat menjadi 29,2% di tahun 2025 (WHO,2012). Jumlah penderita hipertensi di seluruh dunia terus meningkat.

Pada bulan Februari 2021 didapatkan data 10 penyakit besar di Puskesmas Cibatu yaitu typhoid dengan jumlah 31 orang, gastroenteritis dengan jumlah 27 orang, drif dengan jumlah 26 orang, gastritis dengan jumlah 25 orang, OF dengan jumlah 20 orang, CHF dengan jumlah 18 orang, kejang demam dengan jumlah 14 orang, stroke dengan jumlah 10 orang, hipertensi dengan jumlah 8 orang, dan hepatitis dengan jumlah 3 orang. Dari sekian banyak penyakit, hipertensi masuk kedalam 10 penyakit besar yang ada di Puskesmas Cibatu Garut.

Pasien hipertensi yang dirawat di Puskesmas akan mengalami berbagai gangguan pemenuhan kebutuhan dasar, diantaranya adalah gangguan pemenuhan kebutuhan dasar pada oksigen, aman nyaman, cairan, dan aktifitas. Pada pasien hipertensi dapat menyebabkan gangguan pada kebutuhan oksigen yang digambarkan dengan adanya penurunan curah jantung. Hipertensi ini

menyebabkan terganggunya dan terancamnya aktivitas sehari – hari dalam pemenuhan kebutuhan dasar hidup. Perlu adanya upaya dan dorongan motivasi pada penderita hipertensi dalam pemenuhan kebutuhan fisiologisnya yang tertuang dalam Tindakan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Mengatasi hipertensi dapat dilakukan pengobatan farmakologi dan non farmakologi (Nirmawati, 2014). Pengobatan farmakologi yang di berikan pada klien adalah dengan obat, obat-obatan standar hipertensi adalah obat yang meliputi golongan diuretic, menekan simpatetik (simpatolitik), vasodilator arteriol, antagonis angiotensin (ACE inhibitor), penghambat saluran kalsium (blocker calsium antagonis) (muttaqin, 2012).

Penatalaksanaan hipertensi non farmakologi dapat dilakukan dengan cara : mengurangi berat badan bila kelebihan berat badan, hindari merokok, hindari minum kopi, hindari minum alkohol, kurangi konsumsi garam berlebih, hindari makanan berlemak tinggi (gajih,usus,kulit ayam), melakukan senam secara teratur dan melakukan terapi relaksasi (Maryam, 2010).

Asuhan keperawatan bertujuan untuk membantu penderita hipertensi dalam mempertahankan kan tekanan darah pada tingkat optimal dan meningkatkan kualitas kehidupan secara maksimal dengan cara memberi intervensi asuhan keperawatan sehingga dapat terjadi perbaikan kondisi Kesehatan salah satu tindakan yang di berikan untuk menurunkan intensitas nyeri pada penderita hipertensi adalah terapi relaksasi non farmakologi (Izzo, 2008).

Dalam penatalaksanaan hipertensi, perawat sebagai tugas Kesehatan memiliki peran dalam mengubah perilaku sakit yang diderita dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil resiko dari penyakit yang diderita.

Peran sbagai edukator (pendidik), perawat membantu klien mengenal Kesehatan dan prosedur asuhan keperawatan yang perlu mereka lakukan guna memulihkan atau memelihara kesehatannya. Dalam memberikan informasi Kesehatan, terkait dengan hipertensi tujuannya adalah meningkatkan pengetahuan orang yang menderita hipertensi sehingga dapat meningkatkan kesadaran akan pentingnya pencegahan dan penanganan hipertensi dan untuk membentuk sikap yang positif agar dapat melakukan perawatan hipertensi secara mandiri sehingga dapat mencegah kemungkinan terjadinya komplikasi. Pemberian edukasi yang dilakukan oleh perawat berpengaruh terhadap penurunan tekanan darah pada lansia dengan hipertensi.

Berdasarkan fenomena di atas penulis tertarik untuk mengangkat judul “ Asuhan Keperawatan Gerontik Tn.E Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Hipertensi Di Kampung Sumur Kondang Desa Kertajaya Kecamatan Cibatu Kabupaten Garut Di Wilayah Kerja Puskesmas Cibatu”

## **B. Tujuan**

Adapun tujuan pada penulisan karya tulis ilmiah ini adalah :

### 1. Tujuan Umum

Untuk menggambarkan secara umum Asuhan Keperawatan Pada Tn. E Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Hipertensi Di Puskesmas Cibatu Garut

## 2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pada Tn.E Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Hipertensi Di Puskesmas Cibatu Garut.
- b. Mampu meneggakan diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah yang muncul pada Tn.E Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Hipertensi Di Puskesmas Cibatu Garut.
- c. Mampu menyusun rencana asuhan keperawatan yang sesuai dengan diagnosa keperawatan pada pada Tn.E Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Hipertensi Di Puskesmas Cibatu Garut.
- d. Mampu melaksanakan asuhan keperawatan yang sesuai dengan perencanaan pada Tn.E Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Hipertensi Di Puskesmas Cibatu Garut.
- e. Mampu mengevaluasi hasil dari asuhan keperawtan sesuai dengan tujuan yang diharapkan pada Tn.E Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Hipertensi Di Puskesmas Cibatu Garut.

## C. Metode Telaah

Metode yang digunakan dalam penyusunan karya tulis ini yaitu dengan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus dengan menggunakan proses keperawatan, melalui “ Asuhan Keperawatan Pada Tn.E Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Hipertensi Di Puskesmas Cibatu Garut “.

Adapun Teknik yang digunakan dalam pengumpulan data yaitu dengan cara sebagai berikut :

1. Observasi

Observasi merupakan suatu teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara melakukan penelitian secara teliti dan pengamatan secara sistematis. (Gunawan, 2013)

2. Wawancara

Wawancara merupakan suatu kegiatan tanya jawab yang dilakukan secara langsung (tatap muka) antara pewawancara dengan yang diwawancarai tentang suatu masalah yang diteliti, dimana pewawancara bermaksud memperoleh persepsi, sikap, dan pola pikir dari seseorang yang diwawancarai yang relevan dengan masalah yang diangkat dalam penelitian. (Gunawan, 2013)

3. Pemeriksaan Fisik

Menurut WHO (2006) pemeriksaan Fisik merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pemeriksaan ini dilakukan dengan proses yang sistematis untuk pengumpulan data dalam mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Teknik ini dilakukan dengan cara langsung melakukan pemeriksaan untuk memperoleh data objektif dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi.



#### 4. Studi Dokumentasi

Menurut Sugiyono (2018), Dokumentasi adalah suatu cara yang digunakan untuk memperoleh data dan informasi dalam bentuk buku, arsip, dokumen, tulisan angka, dan gambar yang berupa laporan serta keterangan yang dapat mendukung penelitian.

#### 5. Studi Kepustakaan

Dilakukan dengan cara membaca dan mempelajari buku – buku perpustakaan dan referensi dari internet mengenai konsep – konsep yang berhubungan dengan kasus Hipertensi.

### **D. Sistematika Penulisan**

Sistematika penulisan akan diuraikan secara singkat dalam bentuk bab dan sub bab penulisan karya tulis, maka penulis akan menyusun menjadi 4 bab, yaitu diantaranya :

#### **BAB 1 PENDAHULUAN**

Bab 1 ini merupakan informasi awal kepada pembaca tentang karya tulis ilmiah. Dengan menguraikan tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode telaah, sistematika penulisan.

#### **BAB II TINJAUAN TEORI**

Merupakan tinjauan teori yang membahas tentang konsep dasar penyakit yang berisi pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, komplikasi, dan penatalaksanaan medis. Sedangkan konsep dasar proses keperawatan membahas tentang data fokus dari penyakit Hipertensi dan tentang pendekatan

asuhan keperawatan yang mencakup pengkajian, diagnosa yang mungkin muncul, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

### BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHSAN

Merupakan tinjauan kasus dan pembahasan, tinjauan kasus membahas tentang Asuhan Keperawatan Pada Tn. E Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Hipertensi Di Puskesmas Cibatu Garut.

### BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Kesimpulan merupakan ringkasan singkat yang diambil dari suatu pembahasan. Di bab ini berisikan kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan saran juga rekomendasi pelaksanaan tindakan terhadap masalah yang ditemukan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **I. KONSEP DASAR PENYAKIT**

##### **A. Definisi**

Hipertensi adalah suatu fenomena klinis yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah arteri. Saat mengukur tekanan darah akan didapatkan 2 angka sebagai berikut : 120/80 mmhg, angka 120 merefleksikan besarnya tekanan terhadap dinding pembuluh darah saat ventrikel kontraksi yang dikenal dengan istilah sistole, sedangkan 80 atau dikenal dengan diastole merefleksikan tekanan terhadap pembuluh darah saat ventrikel relaksasi. Hipertensi didefinisikan sebagai suatu keadaan peningkatan tekanan darah arteri yang persisten dimana tekanan sistolik > 140 mmHg dan tekanan diastolik > 90 mmHg. (WHO: The American Heart Association)

Penyakit hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan dan angka kematian. Tekanan darah 140/90 mmHg didasarkan pada dua fase dalam setiap denyut jantung yaitu fase sistolik 140 menunjukkan fase darah yang sedang dipompa oleh jantung dan fase diastolik 90 menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung (Triyanto, 2016).

Hipertensi menurut Chobanian (2021), adalah kondisi peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg berdasarkan dua atau lebih pengukuran tekanan darah.

Berdasarkan kesimpulan dapat disebutkan bahwa hipertensi adalah meningkatnya tekanan darah sistolik lebih besar dari 140 mmHg dan atau diastolik lebih besar dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu 5 menit dalam keadaan cukup istirahat (tenang).

## **B. Etiologi**

Namun ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi:

1. Genetik : respon neurologi terhadap stres atau kelainan ekskresi atau transfer NA
2. Obesitas
3. Stres terhadap lingkungan
4. Hilangnya elastisitas jaringan dan arteriosklerosis pada orang tua serta pelebaran-pelebaran pembuluh darah (Udjianti, 2012).

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

1. Elastisitas dinding aorta menurun
2. Katup jantung menebal dan menjadi kaku
3. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun.

### **C. Klasifikasi**

Berdasarkan penyebab hipertensi dibedakan menjadi 2 yaitu :

a. Hipertensi esensial/hipertensi primer

Penyebab pasti dari hipertensi esensial sampai saat ini masih belum diketahui. Kurang lebih 90% penderita hipertensi tergolong hipertensi esensial, sedangkan 10% nya tergolong hipertensi sekunder. Namun ada beberapa faktor yang lain : faktor keturunan, ciri perseorangan, dan gaya hidup (Smalzer & Bare, 2010).

b. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui, antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid, penyakit kelenjar adrenal. Golongan terbesar dari penderita hipertensi adalah hipertensi esensial, maka penyelidikan dan pengobatan lebih banyak ditunjukkan ke hipertensi esensial (Smalzer & Bare, 2010).

### **D. Patofisiologi**

Tekanan darah merupakan hasil interaksi antara curah jantung (cardiac out put) dan derajat dilatasi atau kontriksi arteriola (resistensi vascular sistemik). Tekanan darah arteri dikontrol dalam waktu singkat oleh baroreseptor arteri yang mendeteksi perubahan tekanan pada arteri utama.

Baroreseptor dalam komponen kardiovaskuler tekanan darah, seperti vena, atrium, dan sirkulasi pulmonary, memainkan peranan penting

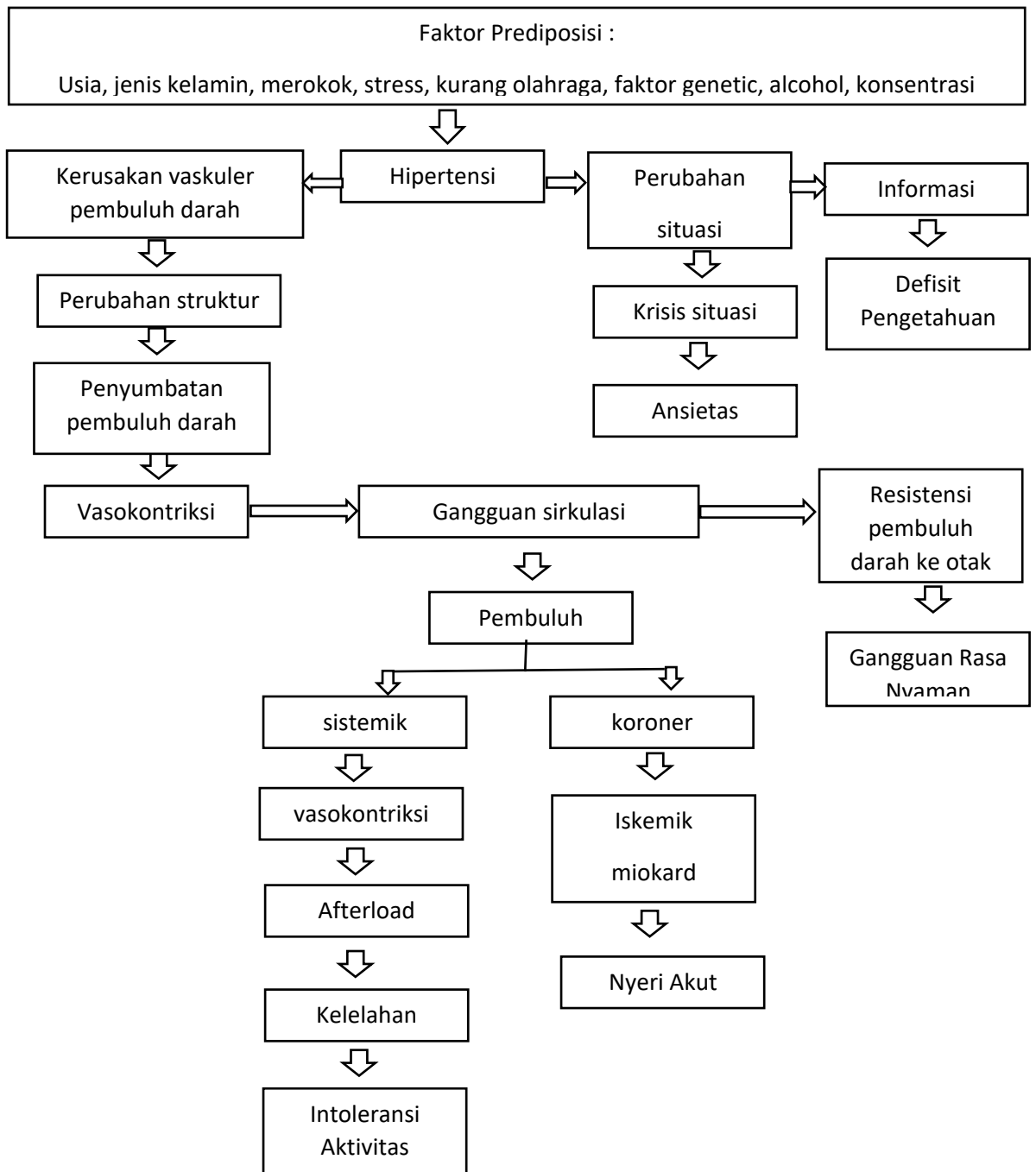
dalam pengaturan hormonal volume vaskuler. Penderita hipertensi dipastikan mengalami peningkatan salah satu atau kedua komponen ini, yaitu curah jantung dan atau resistensi vascular sistemik. Sedangkan tekanan intracranial yang berefek pada tekanan intraocular akan mempengaruhi fungsi penglihatan bahkan jika penanganan tidak segera dilakukan, penderita akan mengalami kebutaan.

Mekanisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor pada medulla diotak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut kebawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen.

Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk implus yang bergerak kebawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetikolin yang merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah. Dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor, seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriktor. Klien dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut dapat terjadi. Pada saat bersamaan Ketika sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenaljuga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi.

Medulla adrenal menyekresi epineprin yang menyebabkan vasokonstriksi, korteks adrenal menyekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal menyebabkan pelepasan renin. Renin yang dilepaskan merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, vasokonstriktor kuat, yang pada akhirnya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler, semua faktor tersebut cenderung menyebabkan hipertensi. (Aspiani,2019)

### E. Pathway





## F. Kriteria

Klasifikasi tekanan darah menurut WHO (2013)

KATEGORI	TEKANAN DARAH SISTOLIK	TEKANAN DARAH DIASTOLIK
Normal	120 - 129	80 – 84
Normal Tinggi	130 – 139	85 – 89
Stadium I (ringan)	140 – 159	90 – 99
Stadium II (sedang)	160 – 179	100 – 109
Stadium III (berat)	180	110
Stadium IV (maligna)	> 180	> 120

### A. Manifestasi klinis

1. Sakit kepala
2. Rasa pegal dan tidak nyaman
3. Perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh
4. Berdebar atau detak jantung teras cepat
5. Telinga berdenging (Novianti, 2012)

### B. Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium
2. EKG
3. Ekhokardiogram
4. Rontgen dada (Muttaqin, 2013)

### C. Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan pada klien dengan hipertensi adalah mencegah terjadinya morbiditas dan mortalitas penyerta dengan mencapai dan mempertahankan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg. Efektivitas setiap program ditentukan oleh derajat hipertensi, komplikasi, biaya perawatan, dan kualitas hidup sehubungan dengan terapi (Arif Muttaqin, 2009).

#### 1. Penatalaksanaan Nonfarmakologis

##### a. Penurunan berat badan

Mengganti makanan tidak sehat dengan cara memperbanyak konsumsi sayuran dan buah-buahan yang dapat memberikan manfaat lebih selain penurunan tekanan darah, seperti menghindari diabetes dan dislipidemia.

##### b. Mengurangi asupan garam

Diet rendah garam bermanfaat untuk mengurangi dosis obat antihipertensi pada pasien hipertensi derajat  $\geq 2$ . Dianjurkan untuk asupan garam tidak melebihi 2 gr/ hari.

##### c. Olahraga

Olahraga dapat dilakukan secara teratur sebanyak 30 – 60 menit/ hari, minimal 3 hari/ minggu. Olahraga dapat menurunkan tekanan darah. Pada pasien yang tidak memiliki waktu untuk berolahraga secara khusus, sebaiknya harus tetap dianjurkan untuk berjalan kaki,

mengendarai sepeda atau menaiki tangga dalam aktifitas rutin mereka di tempat kerjanya.

d. Mengurangi konsumsi alkohol

Meskipun mengkonsumsi alkohol belum menjadi pola hidup yang umum di Indonesia, namun jumlah seseorang yang mengkonsumsi alkohol mengalami peningkatan seiring dengan perkembangan pergaulan dan gaya hidup, terutama di kota besar. Konsumsi alkohol lebih dari 2 gelas per hari pada pria atau 1 gelas per hari pada wanita dapat meningkatkan tekanan darah. Dengan demikian menghindari konsumsi alkohol sangat membantu dalam penurunan tekanan darah.

e. Berhenti merokok

Meskipun belum terbukti berefek langsung dapat menurunkan tekanan darah, akan tetapi merokok merupakan salah satu faktor risiko utama penyakit kardiovaskular, sehingga pasien yang mengalami hipertensi sangat dianjurkan untuk berhenti merokok.

2. Penatalaksanaan Farmakologis

Menurut Arif Muttaqin (2009), obat-obatan antihipertensi dapat dipakai sebagai obat tunggal atau dicampur dengan obat lain. Obat-obatan ini diklasifikasikan menjadi lima kategori diantaranya yaitu :

a. Diuretik Hidroklorotiazid

Adalah diuretik yang paling sering diresepkan untuk mengobati hipertensi ringan. Hidroklorotiazid dapat diberikan sendiri pada pasien dengan hipertensi ringan atau pasien yang baru. Banyak obat antihipertensi yang dapat menyebabkan retensi cairan; karena itu, seringkali diuretic diberikan bersama dengan antihipertensi.

b. Simpatolitik

Penghambat (adrenergic bekerja di sentral simpatolitik), penghambat adrenergic alfa, dan penghambat neuron adrenergic diklasifikasikan sebagai penekan simpatetik, atau simpatolitik. Penghambat adrenergic beta, dibahas sebelumnya juga dianggap sebagai simpatolitik menghambat reseptor beta.

c. Penghambat Adrenergik-Alfa

Golongan obat ini memblock reseptor adrenergic alfa 1, menyebabkan vasodilatasidan penurunan tekanan darah. Penghambat beta juga menurunkan lipoprotein berdensitas sangat rendah (very low-density lipoprotein-VLDL) dan lipoprotein berdesitas rendah (low-density lipoprotein-LDL) yang bertanggungjawab dalam penimbunan lemak di arteri (arteriosklerosis).

d. Penghambat Neuron Adrenergik (Simpatolitik yang bekerja perifer)

Penghambat neuron adrenergik merupakan obat antihipertensi yang kuat yang menghambat norepinephrine dari ujung saraf simpatis, sehingga pelepasan norepinephrine menjadi berkurang dan ini menyebabkan baik curah jantung maupun tahanan vaskular perifer menurun. Reserpine dan guanetidin (dua obat yang paling kuat) dipakai untuk mengendalikan hipertensi berat. Hipertensi ortostatik merupakan efek samping yang sering terjadi, pasien harus ajarkan untuk bangkit perlahan-lahan dari posisi berbaring atau dari posisi duduk. Obat-obat dalam kelompok ini dapat menyebabkan retensi natrium dan air.

e. Vasodilator Arteriol yang Bekerja Langsung

Vasodilator yang bekerja langsung adalah obat tahap 3 yang bekerja dnengan merelaksasikan otot-otot polos pembuluh darah, terutama arteri, sehingga menyebabkan vasodilatasi. Dengan terjadinya vasodilatasi, tekanan darah akan turun dan natrium serta air tertahan sehingga terjadi edema perifer. Diuretik dapat diberikan bersama-sama dengan vasodilator yang bekerja langsung untuk

mengurangi edema. Reflek takikardia disebabkan oleh vasodilatasi dan menurunnya tekanan darah.

f. Antagonis Angiotensin (ACE Inhibitor)

Obat dalam golongan ini menghambat enzim mengubah angiotensin (ACE), yang nantinya akan menghambat pembentukan angiotensin II (vasokonstriktor) dan menghambat pelepasan aldosterone. Aldosterone meningkatkan retensi natrium natrium dan ekskresi kalium. Jika aldosterone dihambat, natrium diekskresikan bersama-sama dengan air. Kaptopril, enalapril, dan lisonopril adalah ketiga antagonis angiotensin. Obat-obatan ini dipakai pada pasien dengan kadar renin serum yang tinggi.

D. Lansia

1. Definisi Lanjut Usia

Lanjut usia adalah bagian dari proses tumbuh kembang. Manusia secara tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa dan akhirnya menjadi tua. Lansia merupakan suatu proses alami yang ditentukan oleh Tuhan Yang Maha Esa. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir (Azizah,2011).

Lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun ke atas pria maupun wanita yang masih aktif beraktivitas dan bekerja

ataupun mereka yang tidak berdaya untuk mencari nafkah sendiri sehingga bergantung kepada orang lain untuk menghidupi dirinya (Ineko,2012).

Jadi, dapat disimpulkan bahwa lanjut usia bukan suatu penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang akan dijalani semua individu, ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan.

## 2. Batasan Lansia

### a. Menurut WHO

Menurut Badan Kesehatan Dunia (World Health Organization) yang dikatakan lanjut usia tersebut di bagi kedalam tiga kategori yaitu :

- Usia Lanjut : 60-74 tahun
- Usia Tua : 75-89 tahun
- Usia sngat lanjut : >90 tahun

### b. Menurut Dep. Kes. RI

Departemen Kesehatan Republik Indonesia membaginya lanjut usia menjadi sebagai berikut :

- Kelompok menjelang usia lanjut (45-54 tahun), keadaan ini dikatakan sebagai masa virilitas.
- Kelompok usia lanjut (55-64 tahun), sebagai masa premium.

- Kelompok-kelompok usia lanjut (>65tahun) yang dikatakan sebagai masa senium.

### 3. Tipe Lansia

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

#### a. Tipe Arif Bijaksana

Kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi dan menjadi panutan.

#### b. Tipe Mandiri

Mengganti kegiatan yang hiang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan tema, dan memnuhi undangan.

#### c. Tipe Tidak Puas

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

#### d. Tipe Pasrah

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



#### 4. Proses Menua

Menurut constantanides (1994, dalam Abdul Muhith, 2016). Penuaan adalah suatu proses yang mengubah suatu proses yang mengubah seorang dewasa sehat menjadi seorang yang frail dengan berkurangnya sebagian besar cadangan sistem fisiologis dan meningkatnya kerentanan terhadap berbagai penyakit dan kematian. Pada lanjut usia, individu mengalami banyak perubahan baik secara fisik maupun mental, khususnya kemunduran dalam berbagai fungsi dan kemampuan yang pernah dimilikinya. Penurunan tersebut mengenai berbagai sistem dalam tubuh seperti penurunan daya ingat, kelemahan otot, pendengaran, penglihatan, perasaan dan tampilan fisik yang berubah sebagai disfungsi biologis lainnya.

#### 5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Proses Menua

Menurut Siti Bandiyah (2009, dalam Abdul Muhith, 2016) penuaan dapat terjadi secara fisiologis dan patologis. Penuaan dapat terjadi sesuai dengan kronologis usia. Faktor yang mempengaruhi yaitu hereditas atau genetik, nutrisi atau makanan, status kesehatan pengalaman hidup, lingkungan, dan stress.

##### a. Hereditas atau Genetik

Kematian sel merupakan seluruh program yang dikaitkan dengan peran DNA yang penting dalam mekanisme

pengendalian fungsi sel. Secara genetik, perempuan ditentukan oleh sepasang kromosom X sedangkan laki-laki oleh satu kromosom X. Kromosom ini ternyata membawa unsur kehidupan sehingga perempuan berumur lebih panjang dari pada laki-laki.

b. Nutrisi/Makanan

Berlebihan atau kekurangan mengganggu keseimbangan reaksi kekebalan.

c. Status kesehatan

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

d. Pengalaman Hidup

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

e. Lingkungan

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

f. Stress

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

6. Teori Teori Proses Penuaan

Menurut Shaiera Saul (1974 dalam Abdul Muhith, 2016), secara individual individual tahap proses menua terjadi pada orang dengan usia berbeda-beda. Masing-masing lanjut usia mempunyai kebiasaan yang berbeda sehingga tidak ada satu faktor pun yang ditemukan untuk proses mencegah proses menua. Teori-teori itu dapat digolongkan dalam dua kelompok teori biologis dan teori kejiwaan sosial.

a. Teori Biologi

Teori biologi adalah ilmu alam yang mempelajari kehidupan dan organisme hidup, termasuk struktur, fungsi pertumbuhan, evolusi, persebaran, dan taksonominya.

Ada beberapa macam teori biologis, diantaranya sebagai berikut :

1) Teori Genetik dan Mutasi (Somatic Mutaty Theory)

Menurut Hayflick (1961 dalam Sri Surini Pudjiastuti, 2015), menua telah terprogram genetik untuk spesies-spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul-molekul atau DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi.

2) Teori Intraksi Seluler

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

3) Teori Reflikasi DNA

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

#### 4) Teori Ikatan Silang

Menurut Year & Gilchrest (2007, dalam Abdul Muhith, 2016), proses penuaan merupakan akibat dan terjadinya ikatan saling silang progresif antara protein intraseluler dan intraseluler serabut kolagen. Ikatan silang meningkat sejalan dengan bertambahnya umur . Hal ini mengakibatkan penurunan elastisitas dan kelenturan kolagen di membran basalis atausubstansi dasar jaringan penyambung. Keadaan ini mengakibatkan kerusakan fungsi organ.

#### 5) Teori Radikal Bebas

Menurut Cunningham (2003, dalam Sandu Siyoto, 2016), radikal bebas ini akan merusak enzim superoksida-dismutase (SOD) yang berfungsi mempertahankan fungsi sel sehingga fungsi sel menurun dan menjadi rusak. Proses penuaan pada kulit yang dipicu oleh sinar Ultraviolet merupakan salah satu bentuk implementasi dari teori ini.

#### 6) Reaksi dari Kekebalan Sendiri

Menurut Goldteris & Brocklehurs (1989, dalam Siti Bandiyah, 2014) di dalam proses metabolisme

tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh menjadi lemah dan sakit.

b. Teori Kejiwaan Sosial

1) Aktifitas atau Kegiatan (Activity Theory)

Menurut Maslow (1954, dalam Noorkasiani, 2016) menyatakan bahwa para lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial.

2) Kepribadian Berlanjut (Continuity Theory)

Menurut Kontijoro (2013), dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lanjut usia. Teori ini merupakan gabungan dan teori diatas, bahwa perubahan yang terjadi pada lansia seseorang yang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe kepribadian yang dimilikinya.

3) Teori Pembebasan (Disengagement Theory)

Teori ini menerangkan putusnya pergaulan atau hubungan dengan individu lainnya (Henry, 2013).

4) Teori Subkultur

Teori ini menerangkan kelompok kelompok lansia seperti terkoordinasi dengan baik dan dapat menyalurkan aspirasinya dimana hubungan antar

grup dapat meningkatkan proses penyesuaian pada masa lansia (Noorkasiani, 2016).

## 7. Perubahan Fisiologis Pada Lansia

### a. Perubahan Fisik

#### 1) Sistem indera

Ketajaman penglihatan dan adanya akomodasi dari jarak jauh atau dekat berkurang, penggunaan kacamata dan sistem penerangan yang baik dapat digunakan. Sistem pendengaran, prebiaskusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam (azizah, 2012).

#### 2) Sistem muskuloskeletal

Perubahan pada kolagen merupakan penyebab turunnya fleksibilitas pada lansia sehingga menimbulkan dampak berupa nyeri, penurunan kemampuan untuk meningkatkan kekuatan otot, kesulitan bergerak dari duduk ke berdiri, jongkok, berjalan dan hambatan dalam melakukan kegiatan sehari-hari (Azizah, 2012).

#### 3) Sistem Pernafasan

Paru kehilangan elastisitas, kapasitas residu meningkat, menarik napas lebih berat, ukuran alveoli

melebar, dan jumlahnya berkurang, reflek dan kemampuan untuk batuk berkurang (Nugroho, 2008).

4) Sistem Kardiovaskuler

Masa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertrofi dan kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat, konsumsi pada tingkat maksimal berkurang sehingga kapasitas paru menurun (Azizah, 2012).

5) Sistem Perkemihan

Menurut Eberslone dan Hess dalam Azizah (2012), pola berkemih tidak normal, seperti banyak berkemih di malam hari, sehingga menyebabkan mereka pergi ke toilet sepanjang malam. Hal ini menunjukkan inkontinensia urin meningkat.

6) Sistem Reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovary dan uterus. Terjadi atrofi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatoza, meskipun adanya penurunan secara berangsur angsur (Azizah, 2012).



## b. Perubahan Kognitif

### 1) Memori (Daya Ingat)

Kenangan jangka panjang, beberapa jam sampai beberapa hari yang lalu dan mencakup beberapa perubahan. Kenangan jangka pendek atau seketika (0-10) (Nugroho, 2012).

### 2) Intelegetia Quocient (IQ)

IQ tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal. Penampilan, persepsi, dan keterampilan psikomotor berkurang. Terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan faktor waktu (Nugroho, 2012).

### 3) Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial menurut Azizah (2012) meliputi pensiun, perubahan aspek kepribadian, perubahan dalam peran sosial di masyarakat, penurunan fungsi, dan potensial seksual.

## 8. Tugas Perkembangan Lansia

Seiring tahap kehidupan, lansia memiliki tujuh kategori utama tugas perkembangan lansia (perry& Potter, 2010) yaitu :

- a. Menyesuaikan terhadap penurunan kekuatan fisik dan kesehatan sering terjadinya penuaan sistem tubuh, perubahan penampilan dan fungsi. Bagaimana

meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit dengan pola hidup sehat.

- b. Menyesuaikan terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan Lansia umumnya pensiun dari pekerjaan purna waktu, dan oleh karena itu mungkin perlu menyesuaikan dan membuat perubahan karena hilangnya peran bekerja. Meskipun kebanyakan lansia diatas garis kemiskinan, sumer finansial secara jelas mempengaruhi permasalahan dalam masa pensiun.

- c. Menyesuaikan Terhadap Kematian Pasangan

Mayoritas lansia di hadapkan pada kematian pasangan, teman dan kadang anaknya. Kehilangan itu sering sulit diselesaikan, apalagi bagi lansia yang menggantungkan hidupnya dari seseorang yang meninggalkannya dan sangat berarti bagi dirinya. Dengan membantu lansia dengan proses berduka, dapat membantu mereka menyesuaikan diri terhadap kehilangan.

- d. Menyesuaikan Diri Sendiri sebagai Individu Lansia

Beberapa lansia menemukan kesulitan untuk menerima diri sendiri selama penuaan mereka dapat memperlihatkan ketidakmampuannya sebagai koping dengan menyangkal penurunan fungsi.

## **II. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN**

Asuhan keperawatan lanjut usia (gerontik) merupakan kegiatan yang dimaksudkan untuk memberikan bantuan atau bimbingan serta pengamasan, perlindungan, dan pertolongan kepada lanjut usia secara individu, kelompok, seperti di rumah atau lingkungan, dan pertolongan kepada lanjut usia secara maupun puskesmas, yang diberikan oleh perawat (Nugroho, 2012).

Sifat keperawatan gerontik adalah independent (mandiri), interdependent (kolaborasi), humanistik, dan holistik. Peran dan fungsi keperawatan gerontik adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan secara langsung, sebagai pendidik lansia, keluarga, dan masyarakat perawat juga dapat memotivator dan inovator dalam memerikan advokasi pada klien serta sebagai konselor (Azizah, 2011).

### **A. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Ermawati, 2009).

#### **1. Pengumpulan Data**

Pengumpulan data adalah mengumpulkan informasi yang sistematis tentang klien termasuk kekuatan dan kelemahan klien. Data dikumpulkan dari klien, keluarga, orang terdekat, masyarakat, grafik dan rekam medik. (Sugiono, 2009).

a. Biodata

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

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada pemeriksaan riwayat kesehatan pada pasien dengan hipertensi pada umumnya didapat klien mengeluh pusing, sakit kepala, nyeri dirasakan seperti ditimpa berat, sakit kepala akan tambah dirasakan apabila saat diistirahatkan, istirahat tidur terganggu, sehingga mengganggu aktivitasnya sehari hari.

Untuk setiap keluhan diperjelas dengan PQRST :

- Paliatif: Apa saja menjadi keluhan sehingga lebih berat atau lebih ringan.
- Quantitas : Bagaimana nyeri dirasakan, apakah seperti di tusuk-tusuk.
- Region : Di daerah mana nyeri dirasakan, apakah menyebar
- Skala : Intensitas dari keluhan utama, apakah sampai mengganggu aktivitas atau tidak, seperti bergantung pada derajat beratnya.
- Time : Kapan waktunya mulai terjadi keluhan

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Apabila klien mempunyai masalah kesehatan seperti hipetensi, hiperlipoproteinemia terdiri dari peningkatan serum kolesterol,

peningkatan trigliserida, peningkatan serum basa lemak bebas, dan klien biasanya mempunyai riwayat DM, rematik, dan menggunakan obat-obat tertentu.

d. Riwayat kesehatan Keluarga

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

e. Pemeriksaan Fisik

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

a) Tanda-Tanda Vital

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

b) Sistem Penginderaan (Penglihatan)

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

c) Sistem Pernafasan

Frekuensi pernafasan kemungkinan akan meningkat.

d) Sistem Kardiovaskuler

Peningkatan tekanan darah dan peningkatan denyut nadi.

e) Sistem Gastrointestinal

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

f) Sistem Integumen

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

g) Sistem Muskuloskeletal

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

h) Sistem Genitourinaria

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

i) Sistem Neurologi

- Nervus I (Olfactorius) = Penciuman
- Nervus II (Opticus) = Penglihatan
- Nervus III (Oculomotoris) = Gerak ekstraokuler mata dan kontriksi dilatasi pupil

- Nervus IV (Trochlearis) = Gerak bola mata ke atas ke bawah
- Nervus V (Trigeminus) = Sensori kulit wajah, penggerak otot rahang
- Nervus VI (Abducens) = Gerak bola mata ke atas kesamping
- Nervus VII (Facialis) = Ekspresi fasial dan pengecapan
- Nervus VIII (Glossopharyngeus) = Gangguan pengecapan, kemampuan menelan, gerak lidah
- Nervus IX (Vagus) = Sensasi faring, gerak vital suara
- Nervus X (Glossus) = Posisi lidah
- Nervus XI (Accessory) = Gerakan kepala dan bahu

f. Pengkajian Psikososial

Menurut (Marilynn E. Donge 2013) yang perlu di kaji pada pasien hipertensi, riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi, euforia atau marah kronis.

a) Aspek Sosial

Jelaskan kemampuan sosialisasi klien pada saat sekarang, sikap klien terhadap orang lain, harapan klien

dalam melakukan sosialisasi, kepuasan dalam sosialisasi.

b) Identifikasi masalah emosional

Pertanyaan tahap 1 :

- Apakah klien mengalami sukar tidur ?
- Apakah klien sering merasa gelisah ?
- Apakah klien sering murung ?
- Apakah klien khawatir ?

Lanjutkan kepercayaan tahap dua jika jawaban “ya” lebih dari satu atau saam dengan satu.

Pertanyaan tahap II :

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

Bila lebih dari satu sama dengan satu jawaban “ya” :  
masalah emosional positif (+)



g. Pengkajian Spiritual

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

h. Pemeriksaan Penunjang

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

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

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

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

**B. Analisa Data**

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Definisi : Adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari	Adanyan peningkatan curah jantung atau resistensi vascular sistemik	Nyeri Akut

	<p>tiga bulan.</p> <p>Gejala Dan Tanda Mayor</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengeluh nyeri</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak meringis</li> <li>• Bersikap protektif (mis : waspada, posisi menghindari nyeri)</li> <li>• gelisah</li> <li>• frekuensi nadi meningkat</li> <li>• sulit tidur</li> </ul> <p>Gejala Dan Tanda Minor</p> <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah meningkat</li> <li>• Pola nafas berubah</li> <li>• Nafsu makan berubah</li> <li>• Proses berfikir terganggu</li> <li>• Menarik diri</li> <li>• Berfokus pada diri sendiri</li> <li>• Diaforesis</li> </ul>		
2	<p>Definisi :</p> <p>Adalah perasaan kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikososial, lingkungan, dan sosial.</p> <p>Gejala Dan Tanda Minor</p> <p>DS :</p>	Resistensi pembuluh darah ke otak	Gangguan Rasa Nyaman

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengeluh tidak nyaman</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelisah</li> </ul> <p>Gejala Dan Tanda Minor</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengeluh sulit tidur</li> <li>• Tidak mampu rileks</li> <li>• Mengeluh kedinginan atau kepanasan</li> <li>• Mengeluh Lelah</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menunjukkan gejala distress</li> <li>• Tampak merintih</li> <li>• Pola eliminasi berubah</li> <li>• Postur tubuh berubah</li> <li>• Iritabilitas</li> </ul>		
3	<p>Definisi : Adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.</p> <p>Gejala Dan Tanda Mayor</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengeluh Lelah</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi jantung meningkat &gt;20% dari kondisi istirahat</li> </ul> <p>Gejala Dan Tanda Minor</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispnea saat atau setelah beraktifitas</li> <li>• Merasa tidak</li> </ul>	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi Aktivitas

	<p>nyaman setelah beraktifitas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Merasa lemah</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah berubah &gt;20% dari kondisi istirahat</li> <li>• Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat atau setelah aktifitas</li> <li>• Gambaran EKG menunjukkan iskemia</li> <li>• Sianosis</li> </ul>		
4	<p>Definisi : Adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.</p> <p>Gejala Dan Tanda Mayor</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• menanyakan masalah yang dihadapi</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran</li> <li>• Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah</li> </ul> <p>Gejala Dan Tanda Minor</p> <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat</li> <li>• Menunjukkan perilaku yang berlebihan (mis :</li> </ul>	Kurangnya informasi yang didapat terkait penyakit	Defisit Pengetahuan

	apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)		
5	<p>Definisi : Adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.</p> <p>Gejala Dan Tanda Mayor DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Merasa bingung</li> <li>• Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi</li> <li>• Sulit berkonsentrasi</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak gelisah</li> <li>• Tampak tegang</li> <li>• Sulit tidur</li> </ul> <p>Gejala Dan Tanda Minor DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengeluh pusing</li> <li>• Anoreksia</li> <li>• Palpitasi</li> <li>• Merasa tidak berdaya</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi nafas meningkat</li> <li>• Frekuensi nadi meningkat</li> <li>• Tekanan darah meningkat</li> <li>• Tremor</li> </ul>	Terjadinya perubahan kondisi Kesehatan menyebabkan stress yang menyebabkan peningkatan denyut jantung dan kontraksi otot jantung yang lebih kuat.	Ansietas

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muka tampak pucat</li> <li>• Suara bergetar</li> <li>• Sering berkemih</li> </ul>		
--	--	--	--

### C. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada masalah hipertensi berdasarkan standar diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI)(PPNI, 2017) :

1. Nyeri Akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemik.
2. Gangguan Rasa Nyaman berhubungan dengan gejala terkait penyakit.
3. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai oksigen.
4. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
5. Ansietas berhubungan dengan perubahan kondisi Kesehatan.

#### A. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang diharapkan, tindakan – tindakan keperawatan, dan kemajuan pasien secara spesifik. (Manurung, 2011).

Perencanaan keperawatan berdasarkan diagnose yang muncul pada masalah hipertensi berdasarkan standar luaran

keperawatan Indonesia (SLKI), dan standar intervensi keperawatan  
Indonesia (SIKI). (PPNI, 2018)

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1	Nyeri Akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemik	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama x24 jam, diharapkan tingkat nyeri dapat menurun. Dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu mengidentifikasi nyeri</li> <li>2. Keluhan nyeri berkurang</li> <li>3. Gelisah menurun</li> <li>4. Tanda – tanda vital dalam batas normal</li> </ol>	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknis non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis : TENS, hypnosis, akupressure, musik, pijat, ar oma terapi, kompres hangat dingin, dan lain-lain)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>2. Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol>	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien</li> <li>2. Untuk mengetahui tingkat nyeri</li> <li>3. Untuk mengetahui rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien</li> <li>4. Untuk mengetahui faktor yang dapat memperberat atau memperringan nyeri</li> <li>5. Untuk mengetahui pengetahuan klien terkait rasa nyeri</li> <li>6. Untuk mengetahui apakah budaya mempengaruhi rasa nyeri terhadap klien</li> <li>7. Untuk mengetahui apakah nyeri berpengaruh terhadap kualitas hidup klien</li> <li>8. Untuk melanjutkan intervensi selanjutnya</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh klien</li> </ol>

			<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dipengaruhi oleh lingkungan</li> <li>3. Agar pasien dapat beristirahat dengan cukup</li> <li>4. Agar pemilihan terapi yang dipilih tepat untuk klien</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar klien mengetahui prosedur dalam terapi yang dipilih</li> <li>2. Agar klien dapat melakukan teknik non farmakologi</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk meredakan rasa nyeri klien</li> </ol>
2	Gangguan Rasa Nyaman berhubungan dengan gejala terkait penyakit	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x24 jam, diharapkan klien merasa lebih nyaman. Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesejahteraan fisik meningkat</li> <li>2. Kesejahteraan psikologis meningkat</li> <li>3. dukungan sosial dari keluarga meningkat</li> </ol>	<p>Terapi Relaksasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</li> <li>2. identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>3. identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya</li> <li>4. periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan</li> <li>5. monitor respon terhadap terapi relaksasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan tenang</li> <li>2. Gunakan pakaian longgar</li> <li>3. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> </ol> <p>Edukasi</p>	<p>Terapi Relaksasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui gejala yang mempengaruhi klien</li> <li>2. Untuk menumbuhkan kenyamanan klien</li> <li>3. untuk mengetahui kemampuan klien dalam teknik relaksasi</li> <li>4. untuk mengetahui tanda tanda vital klien</li> <li>5. untuk mengetahui perubahan yang dirasakan klien setelah dilakukan terapi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. agar klien merasakan ketenangan</li> <li>2. agar pasien dapat bergerak bebas</li> <li>3. komunikasi yang</li> </ol>



			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi (mis. Musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</li> <li>2. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> </ol>	<p>baik akan menciptakan ketenangan dan kepercayaan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. agar klien mengetahui tujuan dari setiap jenis relaksasi</li> <li>2. agar klien merasakan kenyamanan</li> </ol>
3	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidak-seimbangan suplai oksigen	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x24 jam, diharapkan toleransi aktifitas meningkat. Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatnya kemudahan melakukan aktivitas sehari – hari</li> <li>2. Meningkatnya kekuatan tubuh bagian atas dan bawah</li> <li>3. Keluhan Lelah dapat menurun</li> </ol>	<p>Terapi Aktivitas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tingkat aktivitas</li> <li>2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktifitas tertentu</li> <li>3. Identifikasi sumber daya untuk aktifitas yang diinginkan</li> <li>4. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</li> <li>5. Identifikasi makna aktivitas rutin seperti bekerja dan waktu luang</li> <li>6. Monitor respon emosional, fisik, social, dan spiritual terhadap aktivitas</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi fokus pada kemampuan bukan defisit yang dialami</li> <li>2. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas</li> <li>3. Fasilitasi untuk memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial</li> <li>4. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</li> <li>5. Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan melakukan</li> </ol>	<p>Terapi Aktivitas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui tingkat aktivitas klien</li> <li>2. Untuk mengetahui Batasan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas</li> <li>3. agar klien dapat beraktivitas sesuai dengan keinginannya</li> <li>4. agar dapat meningkatkan aktivitas sebelumnya</li> <li>5. agar klien tidak berdiam saja tanpa aktivitas</li> <li>6. agar mengetahui respon klien terhadap lingkungan.</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. untuk meningkatkan aktivitas klien</li> <li>2. agar klien dapat membuat jadwal untuk aktivitasnya</li> <li>3. agar klien dapat melakukan aktivitas tanpa keluhan</li> <li>4. Pemilihan aktivitas yang</li> </ol>

			<p>aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan Kesehatan</p> <p>2. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai</p>	<p>tepat sesuai usia</p> <p>5. Untuk mengurangi kejenuhan klien</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Agar fungsi tubuh klien tetap terjaga</p> <p>2. Agar klien memiliki kegiatan dilingkungan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Agar aktivitas yang dipilih dapat tepat dan benar</p>
4	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama x24 jam, diharapkan pengetahuan klien dapat meningkat. Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik</li> <li>2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat</li> <li>3. Dapat menunjukkan perilaku sesuai anjuran</li> </ol>	<p>Edukasi Kesehatan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>3. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan</li> <li>2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ol>	<p>Edukasi Kesehatan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar informasi dapat dipahami jika pasien siap</li> <li>2. Faktor yang menurunkan motivasi dapat dicegah</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Materi pendidikan Kesehatan yang tepat sesuai sasaran akan memudahkan dalam pembahasan</li> <li>2. menyediakan waktu yang tepat untuk menyampaikan</li> <li>3. untuk menanyakan hal yang kurang dipahami</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. untuk memberikan informasi mengenai hal yang mempengaruhi Kesehatan</li> </ol>

				2. untuk mencegah penyakit lainnya
5	Ansietas berhubungan dengan perubahan kondisi kesehatan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x24 jam, diharapkan ansietas menurun. Dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>3. Menurunnya perilaku gelisah</li> <li>4. Tanda – tanda vitas dalam batas normal</li> </ol>	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah misalnya kondisi, waktu, dan stressor</li> <li>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3. Monitor tanda – tanda ansietas (verbal dan non verbal)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li> <li>3. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>2. anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu</li> <li>3. latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>4. latih teknik relaksasi</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kolaborasi pemberian antiansietas, jika perlu</li> </ol>	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. untuk dapat mengetahui perubahan pada tingkat ansietas dari klien</li> <li>2. untuk mengetahui kemampuan pasien dalam mengambil keputusan</li> <li>3. untuk dapat mengetahui tanda ansietas pada klien</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. untuk dapat menumbuhkan kepercayaan klien kepada perawat</li> <li>2. agar pasien tidak merasa sendiri</li> <li>3. untuk dapat mengetahui situasi yang menyebabkan ansietas</li> <li>4. untuk mengetahui keluhan dari klien</li> <li>5. untuk dapat memberikan kepercayaan kepada klien</li> <li>6. untuk dapat mengetahui situasi apa saja yang menyebabkan atau pemicu ansietas</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. untuk dapat memberitahu-kan kepada klien mengenai diagnosis dan pengobatannya</li> <li>2. agar perawat dapat mengetahui perasaan klien</li> <li>3. untuk dapat</li> </ol>

				<p>menghilangkan ketegangan dari klien mengenai masalah yang sedang dihadapi</p> <p>4. untuk meningkatkan kenyamanan pada klien</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. untuk dapat meringankan gejala yang diderita klien</p>
--	--	--	--	--

#### **D. Implementasi**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien/keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Yustiana & Ghofur, 2016).

#### **E. Evaluasi**

Menurut suorijajo (2004) evaluasi adalah tahapan yang menentukan apakah tujuan tercapai atau tidak. Dalam kasus ini evaluasi dan saran yang dicapai baik jangka pendek atau jangka panjang, masalah kesehatan ini dinilai dari keberhasilan sasaran, evaluasi dilakukan dengan pendekatan dalam bentuk SOAPIE atau SOAPIER.

### **BAB III**

#### **TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN**

##### **A. TINJAUAN KASUS**

###### **1. Pengkajian**

###### **a. Identitas Klien**

Nama : Tn. E  
Umur : 70 Tahun  
Jenis Kelamin : Laki - Laki  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Menikah  
Alamat : Kp. Sumur Kondang RT 001 RW  
009, Desa Kertajaya, Kecamatan  
Cibatu, Garut  
Pendidikan : SD  
Pekerjaan : Buruh Pembersih Makam  
Suku Bangsa : Indonesia  
Tanggal Pengkajian : 22 November 2021  
Diagnosa Medis : Hipertensi  
Orang yang dapat di hubungi : Ny. S  
Hubungan dengan lansia : Istri

###### **b. Riwayat Kesehatan**

###### **a) Keluhan Utama**

Klien mengeluh nyeri kepala.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang (PQRST)

Pada saat di kaji tanggal 22 November 2021 pukul 09.00 WIB, klien mengeluh nyeri kepala, klien tampak memegang kepala dan tampak meringis kesakitan, nyeri dirasakan hilang timbul pada malam hari dan pagi hari ketika bangun tidur, dengan skala nyeri 4 dari (1-10) nyeri dirasakan seperti di tusuk-tusuk. Nyeri dirasakan apabila klien banyak beraktivitas dan berkurang jika klien istirahat, hasil pemeriksaan TD : 170/100 mmHg.

c) Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut penuturan klien, dahulu klien mengalami penyakit darah tinggi hingga sekarang. Pengobatan yang dilakukan memeriksakan dirinya ke puskesmas terdekat.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

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

c. Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

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

Penampilan : Tampak Lemah

b) Pemeriksaan TTV

Tekanan Darah : 170/100 mmHg

Nadi : 78 x/menit

Suhu : 37°C

Respirasi : 24 x/menit

c) Pemeriksaan Fisik

1) Sistem Respirasi

- Hidung : lubang hidung simetris antara lubang hidung kiri dan kanan, tidak ada pernafasan cuping hidung, tampak bersih, fungsi penciuman baik, tidak ada nyeri tekan di daerah hidung.
- Paru – paru : bunyi paru sonor, bunyi nafas vesikuler, irama teratur, frekuensi nafas 24 x/menit.

2) Sistem Kardiovaskuler

Bentuk dada simetris antara kanan dan kiri, tidak ada peningkatan JVP, nadi 78x/menit, irama jantung reguler, bunyi jantung lup dug (S1, S2), tekanan darah 170/100 mmHg.

3) Sistem Pencernaan

Mukosa bibir lembab, keadaan cukup bersih, warna bibir hitam kecoklatan, gigi tampak tidak lengkap, gigi

tampak kekuningan, tidak terdapat karang gigi, fungsi menelan baik, fungsi pengecapan baik, bunyi perut tympani, tidak terdapat nyeri tekan dan bising usus 12x menit.

4) Sistem Integumen

Penyebaran rambut merata, warna rambut hitam beruban, tercium bau pada rambut, warna kulit sawo matang, kulit keriput, turgor kulit  $\pm$  2 detik kembali, tidak ada lesi, bentuk kuku cembung, transparan, kuku panjang dan sedikit kotor.

5) Sistem Endokrin

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

6) Sistem Sensori

- Sistem Mata

Letak mata simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva pucat, sklera putih, reflek pupil baik terbukti saat diberi rangsangan gerak reflek mengikuti rangsangan tersebut dan pupil mengecil saat diberi rangsangan cahaya. Fungsi penglihatan kurang baik, terbukti klien tidak bisa membaca papan nama mahasiswa pada jarak  $\pm$  35 cm,



kadang kadang muncul penglihatan ganda (diplopia).

- Sistem Telinga

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

#### 7) Sistem Neurologi

- Nervus I (Olfactorius)

Klien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan parfum.

- Nervus II (Opticus)

Klien tidak dapat melihat tulisan dalam jarak  $\pm$  35cm.

- Nervus III (Oculomotoris)

Klien dapat menggerakkan bola mata ke kanan ke sisi pupil isokor.

- Nervus IV (Trochlearis)

Klien dapat menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah.

- Nervus V (Abdusen)

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

- Nervus VI (Trigeminus)

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

- Nervus VII (Facialis)

Klien dapat menggerakkan alis dan mengerutkan dahi.

- Nervus VIII (Vestibulococlear)

Fungsi keseimbangan klien tidak baik, klien berjalan sempoyongan.

- Nervus IX, X (Glosopharingeus vagus)

Reflek menelan klien baik.

- Nervus XI (Hipoglossus)

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

- Nervus XII (Accesorius)

Klien dapat menggerakkan kedua bahunya dan menggerakkan kepalanya.

#### 8) Sistem Muskulosketal

Ekstremitas atas : Letak tangan simetris antara kiri dan kanan, kekuatan otot 4, tidak terdapat nyeri tekan di ekstremitas klien.

Ekstremitas bawah : Letak tangan simetris antara kiri dan kanan, reflek patela (+), kekuatan otot 4, tidak terdapat nyeri tekan dan edema di ekstremitas bawah, kadang-kadang terasa pegal kaki

Keterangan :

0 : Otot sama sekali tidak mampu bergerak

1 : Tampak kontraksi ada sedikit gerakan

2 : Mampu menahan tegak tapi dengan sentuhan akan jatuh

3 : Mampu menahan tegak walaupun di dorong tetapi tidak mampu melawan tekan

4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi lain

5 : Kekuatan otot utuh

#### 9) Sistem Perkemihan

Klien mengatakan tidak terdapat keluhan pada sistem perkemihan, dan tidak ada nyeri pada BAK, warna urine klien kuning jernih, menurut klien frekuensi berkemihnya 6-7x/ menit.

#### d. Pengkajian Psikososial dan Spiritual

##### 1) Psikososial

Klien mampu berinteraksi dengan orang lain, status emosi Tn. E stabil dan kooperatif ketika diajak bicara, sikap klien baik terhadap orang lain, komunikasi baik, meskipun kurang dimengerti/kurang jelas. Klien tampak bertanya tentang penyakitnya dan makanan pantangan serta cara pencegahan hipertensi.

Klien bisa mengenali orang lain yang ada di sekitar rumah. Baik para keluarga, ataupun masyarakat. Klien berharap selalu bisa bersosialisasi dengan orang lain dan bisa selalu mengikuti setiap kegiatan.

Klien mengatakan tidak mengetahui tentang kondisi penyakit yang di deritanya, klien sering bertanya tanya tentang kondisi penyakitnya, klien tampak bingung ketika mahasiswa memberikan pertanyaan tentang penyakit yang di deritanya, seperti menanyakan penyebab hipertensi, cara mencegah mengobati hipertensi, klien tidak bisa menjawabnya.

##### 2) Masalah Emosional

Pertanyaan tahap I :

- Apakah klien mengalami sukar tidur ? Ya
- Apakah klien sering merasa gelisah ? Ya
- Apakah klien sering murung dan menagis ? Tidak

- Apakah klien sering was-was atau khawatir ?

Tidak

Interprestasi : Dilihat dari pertanyaan di atas terdapat jawaban “Ya” lebih dari satu sehingga dilanjutkan ke pertanyaan ke tahap 2 sehingga dapat disimpulkan bahwa klien memiliki masalah emosional (+).

Pertanyaan tahap II :

- Adakah keluhan dari 3 kali dalam 1 bulan terakhir ?

Ya

- Adakah keluhan lebih dari 1 kali dalam 1 bulan terakhir ? Ya

- Adakah masalah atau keluhan ? Ya

- Adakah gangguan/ masalah dengan anggota keluarga ?  
Tidak

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

- Apakah klien cenderung mengurung diri ? Tidak

Interprestasi dan identifikasi masalah emosional yaitu : Positif (+).

### 3) Pengkajian Spiritual

Klien beragama islam, klien selalu mengikuti pengajian, dan selalu melaksanakan shalat 5 waktu dan mengaji, klien merasa sehat, klien selalu berdoa agar selalu di beri kelancaran dan

kemudahan. Klien juga beryakinan bahwa Allah SWT akan selalu melindungi hambanya.

#### 4) Lingkungan Tempat Tinggal

Kondisi tempat tinggal klien sedikit berantakan, lantai klien sedikit licin, jarak kamar klien ke toilet  $\pm$  5 meter, penerangan kamar klien cukup, ventilasi udara cukup.

#### 5) Pengkajian Fungsional

##### I. Katz Indeks

##### Pemeriksaan Katz Indeks

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

Interprestasi :

Tn. E mandiri semuanya, baik mandi, berpakaian, pergi ke toilet, BAB dan BAK, dan makan, berpindah (berjalan) dengan tingkat kemandirian Katz Indeks A.

## II. Modifikasi dan Bartel Indeks

### Pengkajian Fungsional Klien Dengan Menggunakan Bartel Indeks

No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan		10	Frekuensi : 3x/hari Jumlah makan: 1 porsi Jenis: nasi + lauk pauk
2	Minum		10	Frekuensi : 2-3 gelas/hari Jenis : air putih
3	Berpindah tempat		10	
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)		10	Frekuensi : 2x/hari
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)		10	
6	Mandi		10	Frekuensi : 2x/hari
7	Jalan dipermukaan datar		10	
8	Naik turun tangga	5		
9	Mengenakan pakaian		10	
10	Kontrol BAB		10	Frekuensi : 2x/hari Konsistensi: padat
11	Kontrol BAK		10	Frekuensi : 3x/hari Warna : putih ke kuning-kuningan
12	Olahraga/latihan		10	Frekuensi : 2x/minggu Jenis : jalan santai
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5		Frekuensi : setiap hari Jenis : nontotelevisi, mencuci baju
	Jumlah	125		

Keterangan :

0-20 : ketergantungan penuh total

21-61 : ketergantungan berat

62-90 : ketergantungan moderat

91-99 : ketergantungan ringan

>100 : mandiri

Kesimpulan :

Dilihan dari data diatas Tn. E skor 125, yaitu dengan keterangan Tn.E melakukan aktivitas ketergantugan sebagian.

### III. Pengkajian Status Mental

#### ➤ *Short portable Status Questioner ( SPMSQ)*

Benar	Salah	No	Pertanyaan
√		01	Tanggal berapa hari ini ?
√		02	Hari apa sekarang ?
√		03	Apa nama tempat ini ?
√		04	Dimana alamat anda ?
√		05	Berapa umur anda
√		06	Kapan anda lahir?
√		07	Siapa presiden indonesia sekarang ?
√		08	Siapa presiden indonesia sebelumnya ?
√		09	Siapa nama ibu anda ?
√		10	Kurang 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari tiap angka baru semua menurun
<b>Σ=10</b>	<b>Σ=0</b>		



Skor total : 10

Interprestasi hasil : Fungsi intelektual utuh

Keterangan :

Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : Kerusakan intelektual ringan

Salah 6-8 : Kerusakan intelektual sedang

Salah 9-10 : Kerusakan intelektual berat

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

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	2	3	4	5
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar: √ Tahun √ Musim √ Tanggal √ Hari √ Bulan
	Orientasi	5	5	Dimana kita berada: √ Negara indonesia √ Provinsi JABAR √ Kota Garut
2	Registrasi	3	3	Sbutkan nama 3 objek: √ Objek buku √ Objek pulpen √ Objek jam tangan
3	Perhatian dan kalkulasi	5	5	Meminta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat: 93, 86, 79, 72, 42.

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 sesuatu benda dan tanyakan namanya pada klien √ Kursi √ Meja √ Jam tangan
				Minta klien untuk mengulangi kata berikut: tidak, ada, jika, dan tetapi, bila benar nilai 1 poin Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah “ambil kertas di tangan anda, lipat dua dan taruh di lantai” <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambil kertas di tangan anda</li> <li>• Lipat dua</li> <li>• Taruh di lantai</li> </ul> Perintahkan pada klien untuk hl berikut (bila aktivitas sesuai perintah poin 1 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutup mata anda</li> </ul> Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tulis satu kalimat</li> <li>• Menyalin gambar</li> </ul>
	Nilai	30	30	

Keterangan :

24-30 : Tidak ada gangguan kognitif

18-23 : Gangguan kognitif sedang

0-17 : Gangguan kognitif berat

Interprestasi :

Tn. E memiliki skor 30 dengan keterangan bahwa Tn. E tidak ada gangguan kognitif.

### ➤ Pengkajian Keseimbangan

<b>KRITERIA</b>	<b>SKOR</b>
<b>1</b>	<b>2</b>
1. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bangun dari tempat duduk (dimasukan dalam analisis) dengan mata terbuka</li> <li>• Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi usila mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau gerakan ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.</li> </ul>	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duduk ke kursi (dimasukan dalam analisis) dengan mata terbuka Menjatuhkan diri e kursi, tidak duduk dari kursi</li> </ul>	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bangun dari tempat duduk (dimasukan dalam analisis) dengan mata terbuka tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi usila mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau gerakan ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.</li> </ul>	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duduk ke kursi (dimasukan dalam analisis) dengan mata tertutup Menjathkan diri ke kursi, tidak duduk di kursi. Ket. Kursi harus yang keras tanpa lengan</li> </ul>	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup Klien menggerakan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.</li> </ul>	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perputaran leher (klien sambil berdiri) Menggerakan kaki, menggenggam objek untuk dukungan</li> </ul>	1

kaki, keluhan pusing atau keadaan tidak stabil.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gerakan menggapai sesuatu Tidak mampu mnggapaisesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung jari-jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan</li> </ul>	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>	0
2. Komponen gaya berjalan atau pergerakan <ul style="list-style-type: none"> <li>Minta klien berjalan ke tempat yang di tentukan. Ragu-ragu, tersandung, memegang objek untuk dukungan</li> </ul>	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ketinggian langkah kaki Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (&gt;5cm)</li> </ul>	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kontinuitas langkah kaki Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai</li> </ul>	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kesimetrisan langkah Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit</li> </ul>	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>Penyimpangan jalur pada saat berjalan Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi</li> </ul>	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>Berbalik</li> <li>Berhenti sebelum memulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan.</li> </ul>	0
Skor total	3

Keterangan :

Interprestasi hasil dari pengkajian keseimbangan Tn. E yaiu 3, rentang ada masalah dengan kriteria resiko jatuh rendah.

Interprestasi hasil :

0-5 : Reiko jatuh rendah

6-10 : Resiko jatuh sedang

11-15 : Resiko jatuh tinggi

## 2. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : Klien mengeluh nyeri kepala DO : Klien tampak memegang kepala Skala nyeri 4 (1-10) Klien tampak lemah Klien tampak meringis TTV : TD : 170/100 mmHg Nadi : 78 x/Menit Suhu : 37°C Respirasi : 24 x/menit	Adanya peningkatan curah jantung atau resistensi vascular sistemik	Nyeri Akut
2	DS : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mudah Lelah saat melakukan banyak aktivitas</li> </ul> DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak lemah</li> <li>• TD : 170/100 mmHg</li> <li>• Respirasi : 24 x/menit</li> </ul>	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi Aktivitas
3	DS : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tidak mengetahui tentang kondisi penyakit yang dideritanya</li> </ul> DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak bingung</li> <li>• Klien tampak tidak dapat menjawab pertanyaan</li> </ul>	Kurangnya informasi yang didapat terkait penyakit	Defisit Pengetahuan

	perawat terhadap penyakit yang sedang dideritanya <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tidak mengetahui cara mencegah dan mengobati penyakit hipertensi</li> </ul>		
--	---	--	--

### 3. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemik, ditandai dengan :

DS :

- Klien mengeluh nyeri kepala

DO :

- Klien tampak memegang kepala
- Skala nyeri 4 (1-10)
- Klien tampak lemah
- Klien tampak meringis
- TTV :

TD : 170/100 mmHg

Nadi : 78 x/Menit

Suhu : 37°C

Respirasi : 24 x/menit

- b. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai oksigen, ditandai dengan :

DS :

- Klien mengatakan mudah Lelah saat melakukan banyak aktivitas

DO :

- Klien tampak lemah
- TD : 170/100 mmHg
- Respirasi : 24 x/menit

- c. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, ditandai dengan :

DS :

- Klien mengatakan tidak mengetahui tentang kondisi penyakit yang dideritanya

DO :

- Klien tampak bingung
- Klien tampak tidak dapat menjawab pertanyaan perawat terhadap penyakit yang sedang dideritanya
- Klien mengatakan tidak mengetahui cara mencegah dan mengobati penyakit hipertensi

## 4. Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemik, ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengeluh nyeri kepala</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak memegang kepala</li> <li>• Skala nyeri 4 (1-10)</li> <li>• Klien tampak lemah</li> <li>• Klien tampak meringis</li> <li>• TTV :</li> </ul> <p>TD : 170/100 mmHg  Nadi : 78 x/Menit  Suhu : 37°C  Respirasi : 24 x/menit</p>	<p>Setalah dilakukan Tindakan keperawatan selama x24 jam, diharapkan tingkat nyeri dapat menurun. Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu mengidentifikasi nyeri</li> <li>2. Keluhan nyeri berkurang</li> <li>3. Gelisah menurun</li> <li>4. Tanda – tanda vital dalam batas normal</li> </ol>	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>10. Identifikasi skala nyeri</li> <li>11. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>12. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>13. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>14. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>15. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>16. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Berikan teknis non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis : TENS, hypnosis, akupressure, musik, pijat, aroma terapi, kompres hangat dingin, dan lain-lain)</li> <li>6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>7. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>8. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri</li> </ol>	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <p>Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Untuk mengetahui tingkat nyeri</li> <li>10. Untuk mengetahui rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien</li> <li>11. Untuk mengetahui faktor yang dapat memperberat atau memperingan nyeri</li> <li>12. Untuk mengetahui pengetahuan klien terkait rasa nyeri</li> <li>13. Untuk mengetahui apakah budaya mempengaruhi rasa nyeri terhadap klien</li> <li>14. Untuk mengetahui apakah nyeri berpengaruh terhadap kualitas hidup klien</li> <li>15. Untuk melanjutkan intervensi selanjutnya</li> </ol>



			<p>dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>4. Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu.</li> </ol>	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh klien</li> <li>6. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dipengaruhi oleh lingkungan</li> <li>7. Agar pasien dapat beristirahat dengan cukup</li> <li>8. Agar pemilihan terapi yang dipilih tepat untuk klien</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Agar klien mengetahui prosedur dalam terapi yang dipilih</li> <li>4. Agar klien dapat melakukan teknik non farmakologi</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk meredakan rasa nyeri klien</li> </ol>
2	<p>Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai oksigen DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan mudah Lelah saat melakukan banyak aktivitas</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x24 jam, diharapkan toleransi aktifitas meningkat. Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Meningkatnya kemudahan melakukan aktivitas sehari – hari</li> <li>5. Meningkatnya kekuatan tubuh bagian atas dan bawah</li> </ol>	<p>Terapi Aktivitas Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Identifikasi tingkat aktivitas</li> <li>8. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktifitas tertentu</li> <li>9. Identifikasi sumber daya untuk aktifitas yang diinginkan</li> <li>10. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</li> <li>11. Identifikasi makna</li> </ol>	<p>Terapi Aktivitas Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Untuk mengetahui tingkat aktivitas klien</li> <li>8. Untuk mengetahui Batasan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas</li> <li>9. agar klien dapat beraktivitas sesuai dengan</li> </ol>

	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak lemah</li> <li>• TD : 170/100 mmHg</li> <li>• Respirasi : 24 x/menit</li> </ul>	<p>Keluhan Lelah dapat menurun</p>	<p>aktivitas rutin seperti bekerja dan waktu luang</p> <p>12. Monitor respon emosional, fisik, social, dan spiritual terhadap aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Fasilitasi fokus pada kemampuan bukan defisit yang dialami</li> <li>7. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas</li> <li>8. Fasilitasi untuk memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial</li> <li>9. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</li> <li>10. Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan Kesehatan</li> <li>4. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai</li> </ol>	<p>keinginannya</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. agar dapat meningkatkan aktivitas sebelumnya</li> <li>11. agar klien tidak berdiam saja tanpa aktivitas</li> <li>12. agar mengetahui respon klien terhadap lingkungan.</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. untuk meningkatkan aktivitas klien</li> <li>7. agar klien dapat membuat jadwal untuk aktivitasnya</li> <li>8. agar klien dapat melakukan aktivitas tanpa keluhan</li> <li>9. Pemilihan aktivitas yang tepat sesuai usia</li> <li>10. Untuk mengurangi kejenuhan klien</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Agar fungsi tubuh klien tetap terjaga</li> <li>4. Agar klien memiliki kegiatan dilingkungan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Agar aktivitas yang dipilih dapat tepat dan benar</li> </ol>
--	---	------------------------------------	---	--

3	<p>Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, ditandai dengan : DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tidak mengetahui tentang kondisi penyakit yang dideritany</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak bingung</li> <li>• Klien tampak tidak dapat menjawab pertanyaan perawat terhadap penyakit yang sedang dideritanya</li> <li>• Klien mengatakan tidak mengetahui cara mencegah dan mengobati penyakit hipertensi</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama x24 jam, diharapkan pengetahuan klien dapat meningkat. Dengan kriteri hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik</li> <li>5. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat</li> <li>6. Dapat menunjukkan perilaku sesuai anjuran</li> </ol>	<p>Edukasi Kesehatan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>5. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>6. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan</li> <li>4. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ol>	<p>Edukasi Kesehatan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Agar informasi dapat dipahami jika pasien siap</li> <li>4. Faktor yang menurunkan motivasi dapat dicegah</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Materi pendidikan Kesehatan yang tepat sesuai sasaran akan memudahkan dalam pembahasan</li> <li>5. menyediakan waktu yang tepat untuk menyampaikan</li> <li>6. untuk menanyakan hal yang kurang dipahami</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. untuk memberikan informasi mengenai hal yang mempengaruhi Kesehatan</li> <li>4. untuk mencegah penyakit lainnya</li> </ol>
---	--	---	--	--

## 5. Implementasi Dan Evaluasi

Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia	<p>Tanggal 22 November 2021 Jam 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji tingkat nyeri klien: skala nyeri 4 (1-10)</li> <li>2. Mengkaji TTV : TD : 170/100 mmHg. Nadi :78 x/ menit Respirasi : 24x/menit Suhu : 37°C</li> <li>3. Mengajarkan klien untuk tirah baring /beristirahat</li> <li>4. Membantu klien melakukan teknik relaksasi dan distraksi dengan cara menarik nafas dalam dan menganjurkan klien untuk mendengarkan musik yang di sukainya</li> <li>5. Memberikan pengobatan non-farmakologi (mentimun, tomat, belimbing)</li> </ol>	<p>Tanggal 22 November 2021 Jam 10.00 WIB</p> <p>S : Klien mengatakan masih merasa pusing dan nyeri kepala</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak lemah</li> <li>• Skala nyeri 4 (1-10)</li> <li>• Klien tampak meringis</li> <li>• TD : 170/100 mmHg</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji status nyeri (skala, durasi, lokasi)</li> <li>• Kaji TTV</li> <li>• Pertahankan tirah baring</li> <li>• Anjurkan teknik relaksasi dan distraksi.</li> </ul>
Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai oksigen	<p>Tanggal 22 November 2021 Jam 10.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</li> <li>2. Mengidentifikasi strategi meningkatkan aktifitas yang diinginkan</li> <li>3. Menganjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, dan spiritual.</li> </ol>	<p>Tanggal 22 November 2021 Jam 11.10 WIB</p> <p>S : Klien mudah Lelah saat melakukan banyak aktivitas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak lemah</li> <li>• TD : 170/100 mmHg</li> <li>• Respirasi : 24 x/menit</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi Sebagian</p>

	<p>4. Mengajukan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi. memberikan aktivitas distraksi (seperti memutar lagu yang disukai)</p> <p>5. Mengajukan melakukan aktivitas secara bertahap</p>	<p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pertahankan aktifitas yang diinginkan , yaitu pengajian dan bercocok tanam dirumah</li> <li>• pertahankan aktivitas distraksi (seperti memutar lagu yang disukai)</li> <li>• mempertahankan aktivitas bertahap</li> </ul>
Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	<p>Tanggal 22 November 2021 Jam 11.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji tingkat pengetahuan klien tentang penyakitnya, misalnya dengan menanyakan terlebih dahulu yang diketahui penyakitnya</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</li> <li>3. Memberikan pendidikan Kesehatan tentang penyakit hipertensi</li> <li>4. Memberikan dukungan dan motivasi</li> </ol>	<p>Tanggal 23 November 2021 Jam 12.00 WIB</p> <p>S :</p> <p>Klien sedikit mengetahui tentang penyakitnya</p> <p>O :</p> <p>Klien tampak terus bertanya – tanya tentang penyakitnya</p> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi Sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji tingkat pengetahuan klien</li> <li>• Berikan Pendidikan kesehatan tentang hipertensi</li> <li>• Berikan dukungan dan motivasi</li> <li>• Evaluasi tingkat pengetahuan</li> </ul>

#### 6. Catatan Perkembangan

Nama : Tn.E

Umur : 70 tahun

Diagnosa : Hipertensi

## CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 1-2

TGL/BLN/JAM	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
<p>22 November 2021 Jam 09.00 WIB</p> <p>Jam 10.00 WIB</p> <p>Jam 12.30 WIB</p>	Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia	<p>S : Klien mengatakan masih merasa pusing dan nyeri kepala</p> <p>O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak lemah</li> <li>• Skala nyeri 4 (1-10)</li> <li>• Klien tampak meringis</li> <li>• TD : 170/100 mmHg</li> </ul> </p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkaji status nyeri (skala, durasi, lokasi)</li> <li>• Mengkaji TTV</li> <li>• Mempertahankan tirah baring</li> <li>• Anjurkan teknik relaksasi dan distraksi.</li> </ul> </p>	Taufik Addy Fauzi
<p>22 November 2021 Jam 10.20 WIB</p> <p>Jam 11.10 WIB</p> <p>Jam 12.30 WIB</p>	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai oksigen	<p>S : Klien mudah Lelah saat melakukan banyak aktivitas</p> <p>O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak lemah</li> <li>• TD : 170/100 mmHg</li> <li>• Respirasi : 24 x/menit</li> </ul> </p> <p>A : Masalah teratasi Sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempertahankan aktifitas yang diinginkan, yaitu pengajian dan bercocok tanam dirumah</li> <li>• Mempertahankan</li> </ul> </p>	Taufik Addy Fauzi

		<p>aktivitas distraksi (seperti memutar lagu yang disukai)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempertahankan aktivitas bertahap</li> </ul>	
<p>22 November 2021 Jam 11.20. WIB</p> <p>Jam 12.00 WIB</p> <p>Jam 12.30 WIB</p>	<p>Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p>	<p>S : Klien sedikit mengetahui tentang penyakitnya</p> <p>O : Klien tampak terus bertanya – tanya tentang penyakitnya</p> <p>A : Masalah teratasi Sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkaji tingkat pengetahuan klien</li> <li>• Memberikan Pendidikan kesehatan tentang hipertensi</li> <li>• Memberikan dukungan dan motivasi</li> <li>• Mengevaluasi tingkat pengetahuan</li> </ul>	<p>Taufik Addy Fauzi</p>

TGL/BLN/JAM	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
<p>23 November 2021 Jam 08.30 WIB</p> <p>Jam 09.00 WIB</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia</p>	<p>S : Klien mengatakan nyeri kepala sedikit berkurang</p> <p>O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak lemah</li> <li>• Skala nyeri 3 (1-10)</li> <li>• Klien tampak tidak meringis</li> <li>• TD : 150/100 mmHg</li> </ul> </p> <p>A : Nyeri akut</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>I :  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkaji skala nyeri, skala nyeri 2 (1-10)</li> <li>• mengkaji TTV, TD : 150/100 mmHg</li> <li>• Menganjurkan klien minum obat secara teratur</li> </ul> </p>	<p>Taufik Addy Fauzi</p>

Jam 11.20 WIB		atau minum obat herbal (jus tomat, belimbing) E : Masalah belum tertasi	
23 November 2021 Jam 09.20 WIB  Jam 10.00 WIB  Jam 11.20 WIB	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai oksigen	S : Klien sudah dapat beraktivitas kecil seperti menanam tanaman di halaman, pergi pengajian  O : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak lemah</li> <li>• TD : 150/100 mmHg</li> <li>• Respirasi : 20 x/menit</li> </ul> A : Intoleransi aktivitas P : Lanjutkan intervensi I : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempertahankan aktifitas yang diinginkan , yaitu pengajian dan bercocok tanam dirumah</li> <li>• Mempertahankan aktivitas distraksi (seperti memutar lagu yang disukai)</li> <li>• Mempertahankan aktivitas bertahap</li> </ul> E : masalah belum teratasi	Taufik Addy Fauzi
23 November 2021 Jam 10.10. WIB  Jam 11.00 WIB  Jam 11.20 WIB	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	S : Klien sudah mengetahui dan memahami tentang penyakitnya O : Klien sudah bisa menjawab dengan benar pertanyaan perawat mengenai hipertensi A : Defisit Pengetahuan P : Lanjutkan intervensi I : <ul style="list-style-type: none"> <li>• mengkaji tingkat pengetahuan klien</li> <li>• memberikan Pendidikan kesehatan tentang hipertensi</li> <li>• memberikan dukungan dan motivasi</li> <li>• mengevaluasi tingkat pengetahuan</li> </ul> E : Masalah Teratasi	Taufik Addy Fauzi



## B. PEMBAHASAN

Dalam pembahasan penulis akan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus selama 5 hari melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Tn. E Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Hipertensi Di Puskesmas Cibatu Garut, dengan memperhatikan dan menganalisa tinjauan kasus dengan tinjauan teoritis. Dari hasil perbandingan tersebut akan muncul kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kenyataannya, maka perlu beberapa aspek yang perlu dibahas mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

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

### 1. Tahap Pengkajian

Kriteria Hipertensi menurut (Crowin dan Novianti 2014)

- a. Nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah
- b. Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi
- c. Ayunan langkah yang tidak menutup karena kerusakan susunan saraf pusat (pusing)
- d. Muka merah

- e. Edema dependen dan perkembangan akibat peningkatan tekanan kapiler
- f. Keluar darah dari hidung secara tiba-tiba, tengkuk pegal dan tidak nyaman.

Pada hasil pengkajian yang ditemukan pada Tn. E hanya muncul tanda dan gejala yang didapatkan adalah :

- a. Nyeri kepala yang disebabkan karena berawal dari proses penuaan menyebabkan terjadinya perubahan-perubahan pada elastisitas dinding aorta terjadi penurunan, katup jantung menebal dan menjadi kaku menyebabkan hipertensi/tekanan darah tinggi. Akibat hipertensi tersebut terjadi kerusakan vaskuler pembuluh darah. Sehingga terjadi penyumbatan pada pembuluh darah dan mengakibatkan vasokonstriksi atau penyempitan pembuluh darah. Vasokonstriksi tersebut mengakibatkan gangguan sirkulasi di otak sehingga resistensi pembuluh darah otak meningkat dan terjadilah nyeri kepala.
- b. Pusing yang disebabkan karena dari proses penuaan menyebabkan terjadinya perubahan-perubahan pada elastisitas dinding aorta terjadi penurunan, katup jantung menebal dan menjadi kaku menyebabkan hipertensi/tekanan darah tinggi. Akibat hipertensi tersebut terjadi kerusakan vaskuler pembuluh darah. Sehingga terjadi penyumbatan pada pembuluh darah dan mengakibatkan vasokonstriksi atau penyempitan pembuluh darah.

Vasokonstriksi tersebut mengakibatkan gangguan sirkulasi di otak sehingga suplay oksigen ke otak menurun. Selain itu pada orang dengan lanjut usia terjadi kehilangan elastisitas pembuluh darah. Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah untuk oksigen.

- c. Kurang pengetahuan disebabkan karena kurang terpaparnya informasi tentang penyakit.

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

## 2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada masalah hipertensi berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2017) :

6. Nyeri Akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemik.
7. Gangguan Rasa Nyaman berhubungan dengan gejala terkait penyakit.
8. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai oksigen.
9. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

#### 10. Ansietas berhubungan dengan perubahan kondisi Kesehatan.

Tetapi setelah dilakukan tahap pengkajian kepada Tn. E berdasarkan analisa data yang diperoleh terdapat beberapa masalah keperawatan yaitu :

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemik.
- b. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai oksigen.
- c. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Masalah keperawatan tersebut muncul berkaitan dengan adanya nyeri akut (nyeri kepala), klien merasa mudah lelah saat beraktivitas Selain itu, klien belum memahami dan belum mengerti tentang penyakit yang dideritanya tersebut.

Kesenjangan yang terjadi pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus yaitu klien tidak mengalami gangguan rasa nyaman karena klien merasa nyaman dan sempurna atas kondisi fisik, spiritual, lingkungan, budaya, dan sosialnya. Klien juga tidak merasa ansietas karena menganggap penyakit yang di deritanya hal yang biasa akibat kurangnya pengetahuan penyakit yang di derita.

#### 3. Tahap Perencanaan

Perencanaan merupakan suatu dokumentasi tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan dan intervensi keperawatan yang

meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurai atau mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosa keperawatan (Nursalam, 2013).

Adapun intervensi yang diberikan untuk masalah keperawatan pada Tn. E yakni :

- a. Nyeri akut, untuk mengatasinya maka diberikan intervensi mengkaji tanda-tanda vital, menggunakan manajemen nyeri (mengajarkan penggunaan teknik non farmakologi : relaksasi, distraksi. Hal ini sesuai dengan intervensi utama manajemen nyeri dijelaskan sebagai pengurangan atau penurunan nyeri hingga mencapai tingkat kenyamanan yang dapat di terima oleh pasien. (PPNI, 2018).
- b. Intoleransi aktivitas, untuk mengatasinya maka diberikan intervensi identifikasi tingkat aktivitas klien, fasilitasi aktivitas yang diinginkan dengan aktivitas secara bertahap. Sehingga intervensi yang dilakukan sesuai dengan masalah keperawatan pada klien dengan hasil klien mampu untuk melakukan aktivitas sederhana secara bertahap. Untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari – hari yang harus atau yang ingin dilakukan. (PPNI, 2018)
- c. Defisit pengetahuan, kurangnya pengetahuan, untuk mengatasinya maka diberikan intervensi dengan cara memberikan kaji tingkat kemampuan/pengetahuan klien tentang

penyakit hipertensi, dan pendidikan kesehatan tentang penyakit hipertensi meliputi pengertian, penyebab, tanda gejala, cara pencegahan. Sehingga intervensi yang dilakukan sesuai dengan masalah keperawatan pada klien dengan hasil. Klien bisa memahami pengetahuan tentang kondisi penyakitnya dengan hipertensi (PPNI, 2018).

#### 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 membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan (Nursalam, 2013). Adapun implementasi yang dilakukan terhadap masalah keperawatan Tn. E yakni :

- a. Nyeri (kepala), implementasi yang dilakukan yaitu dengan menggunakan manajemen nyeri (teknik relaksasi dan teknik distraksi), seperti mengajarkan klien teknik relaksasi dan teknik distraksi yang dilakukan dengan cara nafas dalam, mengkaji tanda-tanda vital, membantu memberikan obat pengobatan non-farmakologi seperti (jus tomat, mentimun, belimbing, pepaya), serta mengajarkan senam hipertensi. Setelah dilakukan tindakan Tn. E merasakan tenang dan berkurang rasa sakit kepala. Implementasi tersebut merupakan tindakan fokus yang dapat meningkatkan kenyamanan. (PPNI, 2018)

- b. Intoleransi aktivitas, untuk mengatasinya maka diberikan intervensi identifikasi tingkat aktivitas klien, fasilitasi aktivitas yang diinginkan seperti menanam tanaman di halaman rumah, dan melakukan pengajian rutin. dengan aktivitas secara bertahap. Setelah dilakukan tindakan Tn. E sudah mampu untuk melakukan aktivitas sederhana dalam kehidupan sehari - hari. Implementasi tersebut merupakan tindakan yang dapat meningkatkan aktivitas sehari – hari yang harus atau yang ingin dilakukan. (PPNI, 2018)
- c. Defisit pengetahuan, untuk mengatasi dengan mengkaji tingkat kemampuan klien, memberikan pendidikan kesehatan terkait konsep penyakit hipertensi sesuai dengan kondisi klien, diman Tn. E bisa menambah ilmu dan pengetahuan tentang kondisi penyakitnya hipertensi agar klien bisa menjaga dan merawat sekaligus cara mencegah makanan yang harus dikonsumsi maupun makanan yang tidak boleh dikonsumsi. Implementasi tersebut merupakan domain fisiologis dasar yang mencakup perawatan yang meliputi cara pencegahan maupun pengobatan herbal secara alami dalam penyakit hipertensi (PPNI, 2018)

##### 5. Tahap Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana intervensi dan implementasinya. Tahap evaluasi

memungkinkan perawat untuk memonitori “kealpaan” yang terjadi selama tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi evaluasi (Nursalam, 2013).

Dari ke tiga masalah yang muncul pada klien, masalah yang dapat diatasi yaitu defisit pengetahuan. Sedangkan masalah teratasi sebagian yaitu nyeri akut (nyeri kepala) dan intoleransi aktivitas karena memerlukan waktu yang panjang dalam proses keperawatan dan pengobatan untuk mencapai pemulihan kondisi yang optimal serta merupakan hal yang normal terjadi sebagai akibat proses penuaan, mengingat usia klien yang sudah memasuki tahapan lanjut usia.

#### 6. Tahap Dokumentasi

Dokumentasi adalah suatu proses informasi, penerimaan, pengiriman, dan evaluasi pusat rencana yang dilaksanakan oleh seorang perawat profesional. Format rencana membantu perawat untuk memproses informasi yang di dapat selama tahap pengkajian dan diagnosa keperawatan (Nursalam, 20123).

Pada tahap ini saya menggunakan proses pengkajian lansia dengan menggunakan komunikasi terapeutik sehingga data yang di dapat bisa akurat dan benar terjadi pada permasalahan yang ada pada diri Tn. E.

Tertulis pada bab III data data yang di dapat sehingga menghasilkan beberapa diagnosa dan yang di prioritas utamakan adalah “Hipertensi” karena data yang banyak timbulnya mengenai hipertensi diantaranya tekanan darahnya mencapai 170/100 mmHg,



dalam tahap pendokumentasian ini saya selaku penulis menemukan beberapa kendala dalam tahap pendokumentasian dan dengan beberapa kali pertemuan dengan pembimbing dan memperbaiki beberapa kekurangannya sehingga pada tahap pendokumentasian bisa dilanjutkan pada tahap sidang prodi D3 Keperawatan, sehingga pendokumentasian ini saya buat dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah.

## **BAB IV**

### **KESIMPULAN DAN REKOMENDASI**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada klien dengan hipertensi, masalah-masalah yang ditemukan pada klien hanya sebagian saja yang dapat teratasi dikarenakan waktu pelaksanaan intervensi yang begitu singkat. Meskipun begitu, sebagian masalah dapat teratasi berkat kerjasama antara penulis dengan perawat, klien dan tim kesehatan lainnya yang benar-benar ikut berperan dalam mengatasi masalah keperawatan yang dialami klien.

Setelah dilakukan proses keperawatan yang meliputi tahap Pengkajian Data, Diagnosa, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi serta hasil Keperawatan pada Tn. E dengan hipertensi maka didapatkan kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Tn. E dengan Hipertensi di Puskesmas Cibatu Garut. Dengan menggunakan komunikasi terapeutik sehingga terkumpul data-data yaitu klien mengatakan nyeri kepala, klien tampak memegang kepala, klien tampak lemah, tekanan darah : 170/100 mmHg, nadi : 78 x/Menit, suhu : 37°C, respirasi : 24 x/menit, klien mengatakan mudah Lelah saat banyak aktivitas, klien tidak mengetahui tentang penyakitnya. Dan masalah-masalah yang ditemukan yaitu nyeri akut, intoleransi aktivitas, dan defisit pengetahuan.

Dalam melakukan pengumpulan data sangat tergantung dari keterlibatan klien serta tingkat perkembangan klien, sehingga dapat dikumpulkan data yang lengkap saat pengkajian dan diatasi secara akurat dan benar pada saat pelaksanaan.

2. Penulis mampu menentukan diagnosa pada Tn. E dengan Hipertensi di Puskesmas Cibatu Garut. Respon manusia terhadap suatu masalah yang muncul dari koping individu atau klien itu sendiri.
3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Tn. E dengan hipertensi di Puskesmas Cibatu Garut. Intervensi yang utama yaitu manajemen nyeri, terapi aktivitas, dan edukasi Kesehatan. Seperti melakukan teknik relaksasi dan distraksi, serta memberikan pengobatan non farmakologi (mentimun, tomat, belimbing), menganjurkan aktivitas sederhana secara bertahap, dan menganjurkan mendengarkan lagu yang disukai.

Dalam merencanakan tindakan diperlukan pengetahuan tentang penyakit atau masalah yang muncul serta disesuaikan dengan kebutuhan, dalam merencanakan tindakan pada klien, penulis tidak menemukan hambatan, karena pelaksanaan sesuai dengan rencana dan kerja sama antara perawat dan tim kesehatan lainnya.

4. Penulis mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Tn. E dengan Hipertensi di Puskesmas Cibatu Garut.

Pada tahap ini penulis melakukan Asuhan Keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan Seperti melakukan teknik

relaksasi dan distraksi, serta memberikan pengobatan non farmakologi (mentimun, tomat, belimbing), menganjurkan aktivitas sederhana secara bertahap, dan menganjurkan mendengarkan lagu yang disukai.

Hal yang mendukung dalam melaksanakan Asuhan keperawatan pada kasus ini adalah klien yang dapat diajak bekerjasama dengan baik juga ada dukungan pada saat pelaksanaan, dalam pelaksanaan ini penulis sangat memperhatikan sarana dan prasarana yang tersedia untuk melaksanakan tindakan.

5. Penulis mampu mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan pada Tn. E dengan Hipertensi di Puskesmas Cibatu Garut.

Dari tiga masalah yang muncul pada klien, masalah yang teratasi yaitu defisit pengetahuan. Sedangkan masalah yang belum teratasi yaitu, nyeri akut (nyeri kepala) dan intoleransi aktivitas.

Masalah keperawatan yang memerlukan waktu yang panjang pada saat proses keperawatan dan pengobatan untuk mencapai pemulihn kondisi yang optimal.

## **B. REKOMENDASI**

Setelah penulis memberi Asuhan Keperawatan pada Tn. E secara sistematis dan kompeherensif penulis akan mengemukakan beberapa saran tentunya yang bersifat membangun ke arah perbaikan bagi pihak-pihak yang terkait, saran-saran tersebut diantaranya ditunjukkan kepada :

### **1. Bagi Tn. E**

Diharapkan klien dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan sekitar secara teratur minimal 1 bulan sekali, Tn. E dapat memanfaatkan waktu luang dengan melakukan mengontrol tekanan darah, serta mempertahankan sesuatu yang telah dicapai oleh Tn. E dan jika perlu ditingkatkan lagi, agar tujuan diperoleh tidak hanya sesaat, melainkan tetap bisa mempertahankannya untuk mendapat kondisi yang lebih baik dalam meningkatkan status kesehatan Tn. E.

### **2. Bagi Puskesmas Cibatu Garut**

Perlu peningkatan dalam pelayanan kesehatan dan meningkatkan kerjasama antara perawat serta seluruh komponen yang terlibat dalam melakukan Asuhan Keperawatan. Dengan demikian diharapkan terjalin kerjasama yang baik dengan keluarga klien dalam membantu proses penyembuhan klien.

### **3. Bagi Institut Pendidikan**

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

### **4. Bagi Mahasiswa**

Agar mahasiswa mampu menerapkan ilmu yang telah didapatkan dari profesi keperawatan yang dipelajari. Sebagai bahan evaluasi tentang pengetahuan penerapan konsep keperawatan gerontik yang didapatkan

selama pendidikan untuk diaplikasikan dalam praktik keperawatan secara nyata sehingga menambah wawasan pengetahuan dan keterampilan asuhan keperawatan gerontik dengan hipertensi, khususnya pada klien Tn. E yang dilaksanakan dari tanggal 22 November 2021.

## DAFTAR PUSTAKA

- Kementrian kesehatan republic Indonesia. 2013. PEDOMAN TEKNIS PENEMUAN DAN PENATALAKSANAAN HIPERTENSI. Jakarta
- Kholifah, Siti Nur. 2016. Keperawatan Gerontik. Jakarta : Pusdik SDM Kesehatan
- Tambunan, Fauziah Fitri. 2021. HIPERTENSI. Medan : CV.Pusdikra Mitra Jaya
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan : Dewan Pengurus Pusat.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan : Dewan Pengurus Pusat.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan : Dewan Pengurus Pusat.

**SATUAN ACARA PENYULUHAN**

**HIERTENSI**



STIKes Karsa Husada  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Garut

Disusun Oleh :

Taufik Addy Fauzi

KHGA 19132

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**TA. 2022/2023**



## **SATUAN NACARA PENYULUHAN (SAP)**

Pokok Bahasan	: Hipertensi
Sub Pokok Bahasan	: Klien Mengetahui Tentang Hipertensi
Sasaran	: Klien
Tanggal Pelaksanaan	: 23 November 2021
Waktu	: 1x45 Menit
Penyaji	: Taufik Addy Fauzi

---

### **A. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM**

Setelah mendapatkan penyuluhan, klien mampu memahami dan mengaplikasikan materi penyuluhan dalam kehidupan sehari-hari.

### **B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS**

Setelah mengikuti penyuluhan selama 1x30 menit, klien mampu :

1. Menjelaskan kembali pengertian hipertensi dengan bahasanya sendiri dengan benar.
2. Menyebutkan 4 penyebab hipertensi dengan baik
3. Menyebutkan 5 tanda dan gejala hipertensi dengan baik
4. Menyebutkan contoh makanan yang dianjurkan untuk penderita hipertensi
5. Menyebutkan penatalaksanaan hipertensi dengan baik cara mengatasi dan mencegah hipertensi.

### **C. MATERI PENYULUHAN**

1. Pengertian hipertensi
2. Penyebab hipertensi
3. Klasifikasi hipertensi
4. Tanda dan gejala hipertensi
5. Komplikasi hipertensi

6. Cara mengatasi dan mencegah hipertensi

7. Pengobatan tradisional

#### **D. MEDIA PENYULUHAN**

1. Materi pengajaran
2. Leaflet
3. Laptop

#### **E. MEDIA PENYULUHAN**

1. Ceramah dan diskusi / tanya jawab tentang hipertensi

#### **F. KEGIATAN PENYULUHAN**

<b>No</b>	<b>Waktu</b>	<b>Kegiatan Penyuluh</b>	<b>Kegiatan Peserta</b>
1	3 menit	Pembukaan <ul style="list-style-type: none"><li>- Salam perkenalan</li><li>- Mengingat kontrak</li><li>- Tujuan penyuluhan</li><li>- Menyebutkan materi yang akan diberikan</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Menjawab salam</li><li>- Mendengarkan</li><li>- Mendengarkan</li><li>- memperhatikan</li></ul>
2	15 menit	Pelaksanaan Menjelaskan tentang : <ul style="list-style-type: none"><li>- pengertian hipertensi</li><li>- penyebab hipertensi</li><li>- klasifikasi hipertensi</li><li>- tanda dan gejala hipertensi</li><li>- komplikasi hipertensi</li><li>- cara mengatasi dan</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- memperhatikan</li><li>- memperhatikan dan bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan</li><li>- memperhatikan bertanya dan menjawab</li></ul>

		<p>mencegah hipertensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pengobatan tradisional</li> <li>- membuka sesi pertanyaan</li> <li>- diskusi dengan klien</li> </ul>	<p>pertanyaan yang diajukan</p>
3	10 menit	<p>Evaluasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengajukan pertanyaan pada klien</li> <li>- memberikan reinforcemen positif atas jawaban yang diberikan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- menjawab pertanyaan</li> </ul>
4	2 menit	<p>Terminasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengucapkan terima kasih atas peran serta klien</li> <li>- mengucapkan salam penutup</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mendengarkan</li> <li>- menjawab salam</li> </ul>

## G. EVALUASI

Evaluasi yang dilakukan dengan tanya jawab adalah :

1. Bagaimana pengertian hipertensi
2. Apa saja penyebab hipertensi
3. Menyebutkan klasifikasi hipertensi
4. Bagaimana tanda dan gejala hipertensi
5. Apa saja komplikasi hipertensi
6. Bagaimana cara mengatasi dan mencegah hipertensi
7. Pengobatan tradisional

## **MATERI HIPERTENSI**

### **A. PENGERTIAN**

Hipertensi adalah kenaikan tekanan darah melebihi normal, yaitu systole lebih dari 140 mmHg.

### **B. PENYEBAB HIPERTENSI**

Penyebab hipertensi antara lain :

- Stress
- Usia
- Diet
- Merokok
- Obeitas (kegemukan)
- Alkohol
- Faktor keturunan
- Faktor lingkungan (gaduh/bising)

### **C. KLASIFIKASI**

<b>KATEGORI</b>	<b>SISTOLIK mmHg</b>	<b>DIASTOLIK mmHg</b>
Optimal	<120	<80
Normal	<130	<85
High Normal	130-139	85-89
Hipertensi		
Dderajat 1	140-159	90-99
Derajat 2	160-179	100-109
Derajat 3	>180	>110

#### **D. TANDA DAN GEJALA**

- a. Gelisah
- b. Kepala pusing
- c. Jantung berdebar
- d. Tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg
- e. Gangguan penglihatan
- f. Nafsu makan menurun
- g. Sulit konsentrasi
- h. Mual muntah
- i. Mudah tersinggung

#### **E. KOMPLIKASI**

- a. Stroe
- b. Gagal Jantung
- c. Kerusakana gagal ginjal
- d. Keursakan jaringan otot
- e. Kebutaan

#### **F. CARA MENGATASI DAN PENCEGAHANNYA**

Cara mengatasi dan mencegah hipertensi adalah :

- a. Makan – makanan yang bergizi
- b. Menghindari makanan yang berlemak dan mengurangi asin
- c. Menghindari makanan dengan bahan pengawet
- d. Menjaga berat badan agar tetap stabil
- e. Menghindari minum – minuman keras
- f. Menghindari merokok
- g. Istirahat yang cukup
- h. Belajar untuk tenang, menikmati hidup dan selalu bersyukur
- i. Peran keluarga dan individu sangat ditekankan dalam rangka mengatasi hidup orang dengan hipertensi dan mencegah hipertensi.

## **G. PENGOBATAN TRADISIONAL**

- a. Dua buah timun di makan pagi dan sore atau di parut, di peras, diambil airnya diminum pagi dan sore
- b. Dua buah belimbing dimakan pagi dan sore atau parut, diperas, dan diambil airnya diminum pagi dan sore hari
- c. Sepuluh lembar daun salam direbus dalam 2 gelas air sampai rebusannya tinggal 1 gelas, diminum pagi dan sore
- d. Sepuluh lembar daun alpukat direbus dalam 2 gelas air sampai airnya tinggal satu gelas
- e. Satu genggam daun saledri di tumbuk dengan sedikit air di peras lalu di minum pagi dan sore.

## DAFTAR PUSTAKA

Budiarto, Eko dan Dewi Anggraini. 2012. Keperawatan Kardiovaskuler edisi 2.  
Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC

Bustan MN. 2012. Pengantar Kardiologi, Jakarta : Rineka Cipta

[Http://www.google.com/book-6341P](http://www.google.com/book-6341P) hipertensi pada lansia-ed2

## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

### **A. Data Pribadi**

Naman Lengkap : Taufik Addy Fauzi  
NIM : KHG.A. 19132  
Tempat, Tanggal Lahir : Garut, 10 Februari 2001  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Belum Kawin  
Alamat : Kp. Bojongsalam, Kadungora Garut  
Email : addyfauzitaufik@gmail.com

### **B. Riwayat Pendidikan**

Tahun 2007 s/d 2013 : SDN Karang Mulya 3  
Tahun 2013 s/d 2016 : SMP IT Siliwangi  
Tahun 2016 s/d 2019 : SMAN 2 Garut  
Tahun 2019 s/d sekarang : STIKes Karsa husada Garut  
Program Studi D-III Keperawatan










**FORMAT BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : Taufik Addy Fauzi

NIM : KHGA 19132

Nama Pembimbing : H. Engkus Kusnadi,S.Kep.,M.Kes.

NO	TANGGAL	MATERI	SARAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING	PARAF MAHASISWA
1	5 Juli 2022	BAB I	Revisi BAB I		
2	6 Juli 2022	Revisi BAB I	Revisi BAB I		
3	9 Juli 2022	Revisi BAB I	ACC BAB I		
4	21 Juli 2022	Pengajuan BAB II	Revisi BAB II		
5	22 Juli 2022	Revisi BAB II	ACC BAB II		
6	23 Juli 2022	Pengajuan BAB III dan BAB IV	ACC BAB III Revisi BAB IV		

<b>7</b>	<b>24 Juli 2022</b>	<b>Revisi BAB IV</b>	<b>Revisi BAB IV</b>		
<b>8</b>	<b>25 Juli 2022</b>	<b>Revisi BAB IV</b>	<b>ACC Keseluruhan</b>	