

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA KLIEN Ny. A

DENGAN HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA

UPTD PUSKESMAS 1 DENPASAR SELATAN



OLEH

I PUTU SUPRIANTO SUPUTRA

(17E10025)

DIII KEPERAWATAN

INSTITUT TEKNOLOGI DAN KESEHATAN BALI

TAHUN 2020

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA KLIEN Ny. A
DENGAN HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA
UPTD PUSKESMAS 1 DENPASAR SELATAN

Proposal Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan pada Institut Teknologi dan Kesehatan Bali

I PUTU SUPRIANTO SUPUTRA

17E10025



INSTITUT TEKNOLOGI DAN KESEHATAN BALI
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
DENPASAR

2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : I Putu Suprianto Suputra

N I M : 17E10025

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Institut Teknologi dan Kesehatan Bali (ITEKES BALI)

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Studi Kasus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Denpasar,..... Maret 2020

Pembuat Pernyataan

Dosen Pembimbing

(I Putu Suprianto Suputra)

NIM: 17E10025

(Ns. Putu Noviana S, S.Kep.,M. Kes)

NIDN: 0819128705

MOTTO

“Siapapun Bisa Jadi Apapun”

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah oleh I Putu Suprianto Suputra NIM 17E100285 dengan judul **“Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Klien Ny. A Dengan Hipertensi Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas 1 Denpasar Selatan”** telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Denpasar,..... Maret 2020

Pembimbing

Ns. Putu Noviana Sagitarini, S.Kep.,M.Kes

NIDN: 0819128705

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh I Putu Suprianto Suputra dengan judul “**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA Ny. A DENGAN HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS 1 DENPASAR SELATAN**” telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal

Denpasar,.....

Disahkan Oleh :

Dewan Penguji Ujian Proposal

1. Ns. I Gusti Agung Tresna Wicaksana, S.Kep

NIDN : 0819088503

2. Ns. Putu Noviana Sagitarini, S.Kep.,M.Kes

NIDN: 0819128705

Mengetahui

Insititut Teknologi dan Kesehatan Bali (ITEKES BALI)

Rektor

I Gede Putu Darma Suyasa, S.Kp., M.Ng., Ph.D.

NIDN. 0823067802

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadapan Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat-Nyalah penulis dapat menyelesaikan laporan studi kasus dengan judul **“Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Klien Ny. A Dengan Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas 1 Denpasar Selatan**, laporan studi kasus ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan dari program studi DIII Keperawatan Institut Teknologi dan Kesehatan Bali (ITEKES) Bali.

Dalam menyusun laporan kasus ini penulis banyak mendapatkan pengarahan, masukan, dan bantuan dari berbagai pihak sehingga kasus ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Untuk itu melalui kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada :

1. Bapak I Gede Putu Darma Suyasa, S.Kp., M.Ng., PhD., selaku Rektor ITEKES Bali beserta staf yang telah memberikan izin dan petunjuk kepada penulis dalam menyelesaikan laporan studi kasus.
2. Ibu Ns. NLP Dina Susanti, S.Kep., M. Kep., selaku Wakil Rektor 1 ITEKES BALI yang telah memberikan arahan kepada penulis dalam menyelesaikan karya laporan studi kasus.
3. Bapak Ns. I Ketut Alit Adianta, S.Kep.,S.Pd., MNS, selaku Wakil Rektor II ITEKES BALI yang telah memberikan arahan kepada penulis dalam menyelesaikan karya laporan studi kasus.

4. Ibu Ida Ayu Lisandari, SE, selaku Sekertaris ITEKES BALI yang telah memberikan arahan khususnya dalam bidang administrasi kepada penulis dalam menyelesaikan karya laporan studi kasus.
5. Bapak Ns. I Gede Satria Astawa, S.Kep, selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan ITEKES BALI yang telah memberikan izin kepada penulis dalam menyelesaikan laporan studi kasus.
6. Ibu Ns. Putu Noviana Sagitarini, S.Kep., M.Kes selaku pembimbing yang telah banyak memberikan masukan dan petunjuk kepada penulis dalam menyelesaikan laporan kasus.
7. Bapak Ns. I Gusti Agung Tresna Wicaksana, S.Kep., MNS, selaku penguji akademik yang telah memberikan masukan, petunjuk dan motivasi dalam penyusunan laporan studi kasus.
8. Bapak, Ibu, Adik, Sahabat, Teman – teman, dan keluarga tercinta yang telah memberikan dukungan serta doa kepada penulis selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Rekan – rekan mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan ITEKES Bali yang telah memberikan dukungan dan bantuan selama perkuliahan ataupun dalam penyusunan laporan kasus ini.

Penulis menyadari laporan kasus ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun dari

semua pihak, guna kesempurnaan laporan kasus ini. Akhir kata penulis berharap semoga laporan kasus ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Denpasar, Maret 2020

Penulis

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA KLIEN Ny. A
DENGAN HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA
UPTD PUSKESMAS 1 DENPASAR SELATAN

I PUTU SUPRIANTO SUPUTRA
Program Studi DIII Keperawatan ITEKES BALI
supriantosuputra@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Semakin meningkatnya umur lansia maka permasalahan yang dihadapi juga semakin banyak. Adapun yang sering dialami lansia berupa terganggunya kualitas tidur, perubahan pola makan, kekurangan olahraga dan stress sehingga berdampak pada berbagai penyakit yang dialami lansia seperti hipertensi

Tujuan: Adapun tujuan umum penulisan ini adalah mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada lansia dengan Hipertensi

Metode: Pengumpulan data menggunakan metode studi kasus, dilakukan pada satu lansia dengan Hipertensi

Hasil: Asuhan Keperawatan gerontik dengan Hipertensi yang memunculkan diagnosa yaitu nyeri akut dan defisiensi pengetahuan serta prioritas diagnosa yaitu nyeri akut, dimana masalah yang muncul pada lansia sudah sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan dengan jangka waktu yang ditentukan.

Kesimpulan: Berdasarkan dari hasil analisis, kesimpulan yang diperoleh adalah masalah keperawatan gerontik pada Ny. A dengan Hipertensi dapat tercapai dan teratasi dengan baik

Kata Kunci: *Gerontik, Hipertensi, Nyeri Akut*

DAFTAR ISI

Halaman

SAMPUL DEPAN.	i
SAMPUL DALAM.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING.	v
LEMBAR PENGESAHAN	vi
KATA PENGANTAR.	vii
ABSTRAK	xi
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
DAFTAR BAGAN.	xiv
DAFTAR SINGKATAN.	xv
DAFTAR SIMBOL.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.	1
B. Rumusan Masalah.	4
C. Tujuan Studi Kasus.	4
D. Manfaat Studi Kasus.	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Tinjauan Teori Proses Menua.	7
1. Konsep Dasar Menua.	7
a. Pengertian Menua.....	7
b. Proses Menua	7
c. Teori-teori Proses Menua.....	8
d. Batasan Lansia.	12
e. Tipe-tipe Lanjut Usia.	12
f. Perubahan Akibat Proses Menua	14
2. Konsep Dasar Hipertensi.....	24
a. Definisi Hipertensi	24
b. Klasifikasi Hipertensi.....	24
c. Patofisiologi	25

1) Etiologi	25
2) Proses Terjadi	26
3) Manifestasi Klinis	29
d. Pemeriksaan diagnostik.....	29
e. Penatalaksana	30
B. Tinjauan Asuhan Keperawatan Pada Lansia dengan Hipertensi	31
a. Pengkajian	31
b. Diagnosa Keperawatan.....	47
c. Perencanaan	48
d. Pelaksanaan	57
e. Evaluasi	57
C. WOC	59
BAB III METODE PENELITIAN.....	61
A. Desain Rancangan Studi Kasus.....	61
B. Subjek Studi Kasus	61
C. Fokus Studi Kasus.....	61
D. Definisi Operasional Fokus Studi Kasus	62
E. Metode Pengumpulan Data	63
F. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	64
G. Analisa Data dan Penyajian Data.....	64
H. Etika Studi Kasus	65
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	68
A. Hasil	68
1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	68
2. Karakteristik Partisipan.....	68
3. Asuhan Keperawatan	69
a. Pengkajian	69
b. Diagnosa.....	85
c. Perencanaan.....	86
d. Pelaksanaan	89
e. Evaluasi	92
B. Pembahasan	93
1. Pengkajian	93
2. Diagnosa.....	94
3. Perencanaan.....	95
4. Pelaksanaan	46
5. Evaluasi	46
BAB V PENUTUP.....	98
A. Kesimpulan	98
B. Saran	99
DAFTAR PUSTAKA	101

DAFTAR TABEL

Tabel

Halaman

2.1 ADL (<i>Activity Daily Living</i>).....	36
2.2 Indeks KATZ.....	37
2.3 <i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i> (SPMSQ).....	38
2.4 Depresi Beck.....	40
2.5 APGAR Keluarga.....	44

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

A. Jadwal Kegiatan

B. Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian

C. Informasi dan Persyaratan Persetujuan (*Informed Consent*)

D. Bukti Proses Bimbingan

DAFTAR BAGAN

Halaman

Genogram.....	32
WOC	59

DAFTAR SINGKATAN

Singkatan

1. ADL : *Activity Daily Living*
2. BAB : Buang Air Besar
3. BAK : Buang Air Besar
4. BUM : *Blood Urea Nitrogen*
5. COP : *Cardiac Output Pressure*
6. DNA : Deoxyribose-Nucleic Acid
7. DM : Diabetes Melitus
8. EKG : Elektrokardiogram
9. FKUI : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
10. GCS : *Glasgow Come Scale*
11. HCT : Hydrochlorothiazide
12. HDL : High-Density Lipoprotein
13. IQ : *Intelegentia Quation*
14. IVP : *Intra Venous Pyelographi*
15. IPPA : Inspeksi Palpasi Perkusi dan Auskultasi
16. IDB : Inventaris Depresi Beck
17. IMA : , Infark Miocard Akut
18. LDL : Low-Density Lipoprotein
19. MMSE : *Mini Mental Status Exam*
20. PNS : Pegawai Negeri Sipil
21. ROM : *Range Of Motion*
22. STT : *Standar Triple Therapy*
23. SPMSQ : *Short Portabel Mental Status Questionaire*
24. THS : Thyroid-Stimulating Hormone
25. TD : Tekanan Darah
26. TIK : Tekanan Intrakranial

- 27. TIA : *Transient Ischemic Attack*
- 28. USU : Universitas Sumatera Utara
- 29. WOC : *Web Of Causation*
- 30. WHO : *World Health Organization*
- 31. WOD : Wawancara Observasi Dokumen

DAFTAR SIMBOL

□ : Laki-laki

✕ : Sudah meninggal

○ : Perempuan

— : Hubungan

↗ : Klien

-...- : Tinggal dalam satu rumah

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Semakin meningkatnya umur lansia maka permasalahan yang dihadapi juga semakin banyak. Adapun yang sering dialami lansia berupa terganggunya kualitas tidur, perubahan pola makan, kekurangan olahraga dan stress sehingga berdampak pada berbagai penyakit yang dialami lansia seperti hipertensi. Kualitas tidur lansia yang buruk akan berpengaruh besar terhadap kenaikan tekanan darah sehingga lansia bisa mengalami hipertensi sebagai pemicu timbulnya berbagai penyakit (Amanda, Hafiez., dkk, 2017).

Lansia cenderung mengalami masalah kesehatan yang disebabkan oleh penurunan fungsi tubuh akibat proses penuaan. Proses penuaan merupakan proses yang mengakibatkan perubahan-perubahan meliputi perubahan fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Pada perubahan fisiologis terjadi penurunan sistem kekebalan tubuh dalam menghadapi gangguan dari dalam maupun luar tubuh. Salah satu gangguan kesehatan yang paling banyak dialami oleh lansia adalah pada sistem kardiovaskuler. Secara alamiah lansia akan mengalami penurunan fungsi organ dan mengalami labilitas tekanan darah. Oleh sebab itu, lansia dianjurkan untuk selalu memeriksakan tekanan darah secara teratur agar dapat mencegah penyakit kardiovaskuler khususnya hipertensi (Astari, Putu Diah., dkk, 2012).

Berdasarkan data WHO (2010), sebanyak 27,6% populasi dunia atau 985 juta orang menderita hipertensi, dengan perbandingan 50,64% pada pria dan 49,36% pada wanita. 985 juta orang pengidap hipertensi, 34,15% berada di negara maju dan 65,85% sisanya berada di negara berkembang. Hipertensi membuka peluang 12 kali lebih besar bagi penderitanya untuk menderita stroke dan 6 kali lebih besar untuk serangan jantung, serta 5 kali lebih besar kemungkinan meninggal karena gagal jantung. (Arneliwati., Bayhakki.,dkk, 2015).

Menurut Riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa penderita hipertensi yang berusia di atas 18 tahun mencapai 34,1 % dari total keseluruhan penduduk Indonesia. Pada tahun 2007 penderita hipertensi mencapai 31,7 % sedangkan pada tahun 2013 penderita hipertensi mencapai 25,8 %. Pada tahun 2018 berjumlah lebih banyak yaitu 34,1 %. Hal ini menunjukkan bahwa penderita hipertensi terus mengalami peningkatan dikarenakan masih banyak penderita hipertensi yang tidak menjalani pengobatan sesuai anjuran tenaga kesehatan. Hal ini menyebabkan hipertensi menjadi salah satu penyebab kematian tertinggi di Indonesia.

Menurut Kemeskes (2010), hipertensi menduduki peringkat nomor 3 penyebab kematian setelah stoke dan tuberculosi yaitu mencapai 6,7 % dari populasi kematian pada semua umur di Indonesia. Menurut Dinkes Provinsi Bali (2012), prevalensi kejadian hipertensi pada usia lanjut di Provinsi Bali dari tahun 2006-2010 terus mengalami peningkatan. Pada tahun 2011 hipertensi menduduki peringkat nomor tiga sebagai penyakit yang sering

diderita oleh lanjut usia yaitu sebesar 9,3 % dari 6.182 kasus (Gunaharianti, N, dkk., 2014).

Data dari UPTD Puskesmas I Denpasar Selatan menunjukkan bahwa dalam kurun 3 bulan terakhir dari bulan November 2019 sampai bulan Januari 2020 tercatat bahwa penyakit terbanyak adalah hipertensi dan yang kedua penyakit diabetes melitus. Penyakit hipertensi tercatat sebanyak 138 orang lansia dari umur 60 sampai di atas 70 tahun baik yang datang dari kasus lama maupun baru. Penderita hipertensi pada bulan November 2019 sebesar 43 orang (31,1 %) dengan laki-laki 18 orang (41,8%) sedangkan perempuan 25 orang (58,1%), pada bulan Desember 2019 penderita hipertensi sebesar 49 (35,5%) dengan laki-laki 22 orang (44,8%) sedangkan perempuan 27 orang (55,1%), dan pada bulan Januari 2020 penderita hipertensi sebesar 46 orang (33,3%) dengan laki-laki 21 orang (45,6%) sedangkan perempuan 25 orang (54,3%). Dari data di atas dapat disimpulkan bahwa pada bulan November sampai Desember 2019 penderita hipertensi mengalami peningkatan sedangkan pada bulan Desember 2019 sampai Januari 2020 penderita hipertensi mengalami penurunan dari yang datang ke UPTD Puskesmas I Denpasar Selatan baik yang datang dari kasus lama maupun baru.

Adapun komplikasi yang dapat terjadi pada penyakit hipertensi menurut TIM POKJA RS Harapan Kita (2003:64) dan Dr. Budha Setianto (Depkes, 2007) adalah diantaranya: penyakit pembuluh darah otak seperti stroke, pendarahan otak, *transient ischemic attack* (TIA). Penyakit jantung

seperti gagal jantung, angina pectoris, infark miocard akut (IMA). Penyakit mata seperti pendarahan retina, penebalan retina, dan oedema pupil (Sharif La Ode, 2012).

Untuk mencegah terjadinya komplikasi maka harus dilakukan penatalaksanaan. Tatalaksana hipertensi dapat dilakukan dalam dua kategori yaitu non farmakologis dan secara farmakologis. Upaya non farmakologis adalah dengan menjalani pola hidup sehat seperti menjaga berat badan, mengurangi asupan garam, melakukan olahraga, mengurangi konsumsi alkohol dan tidak merokok. Terapi farmakologis adalah tatalaksana hipertensi menggunakan obat (Rachmayanti, Riris Diana & Zaenurrohman, Destiara Hestriantika, 2017).

Dari data di atas dapat disimpulkan bahwa penulis tertarik mengangkat studi kasus “ **Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Klien Dengan Hipertensi** ”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas rumusan masalah yang muncul dalam studi kasus ini adalah “ Bagaimana asuhan keperawatan gerontik pada klien dengan Hipertensi ”

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada lansia dengan Hipertensi

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melaksanakan pengkajian keperawatan pada lansia dengan Hipertensi
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada lansia dengan Hipertensi
- c. Mampu membuat rencana keperawatan pada lansia dengan Hipertensi
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada lansia dengan Hipertensi
- e. Mampu melaksanakan evaluasi keperawatan pada lansia dengan Hipertensi

D. Manfaat Studi Kasus

1. Manfaat Teoritis

Hasil studi ini di harapkan bermanfaat untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK) keperawatan, terutama pelayanan pada lanjut usia.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Pelayan Kesehatan

Hasil studi kasus ini diharapkan menambah pengetahuan dalam rangka meningkatkan mutu dan kinerja pelayanan kesehatan, khususnya dalam asuhan keperawatan gerontik dengan Hipertensi pada lanjut usia.

b. Bagi institusi

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi institusi untuk mengembangkan ilmu pengetahuan tentang asuhan keperawatan gerontik dengan hipertensi pada lansia.

c. Bagi Klien dan Keluarga

Menambah pengetahuan dan pemahaman tentang Hipertensi sebagai pedoman keluarga untuk mengurangi resiko terjadinya Hipertensi pada keluarga.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori Proses Menua

1. Konsep Dasar Lansia

a. Pengertian menua

Menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup yang tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tahap-tahap kehidupannya, yaitu neonates, toddler, pra school, school, remaja, dewasa dan lansia. Tahap berbeda ini dimulai baik secara biologis maupun psikologis (Padila, 2013).

b. Proses Menua

Proses menua bersifat individu: dimana proses menua pada setiap orang terjadi dengan usia yang berbeda, setiap lanjut usia mempunyai kebiasaan atau *life style* yang berbeda, dan tidak ada satu faktor pun yang ditemukan dapat mencegah proses menua. Adakalanya seseorang belum tergolong tua (masih muda) tetapi telah menunjukkan kekurangan yang mencolok. Adapaun orang yang tergolong lanjut usia penampilannya masih sehat, bugar, badan tegap, akan tetapi meskipun demikian, harus diakui bahwa

ada berbagai penyakit yang sering dialami oleh lanjut usia. Misalnya hipertensi, diabetes mellitus, rematik, asam urat, dimensi senilis, sakit ginjal, DLL (Padila, 2013).

c. Teori-Teori Proses Menua

Menurut Padila (2013), menyatakan bahwa teori-teori proses menua yaitu:

1) Teori Biologis

Teori yang merupakan teori biologis adalah sebagai berikut:

a) Teori jam genetik

Menurut Hay ick (1965), secara genetik sudah terprogram bahwa material di dalam inti sel dikatakan bagaikan memiliki jam genetik terkait dengan frekuensi mitosis. Teori ini didasarkan pada kenyataan bahwa spesies-spesies tertentu memiliki harapan hidup (*life span*) yang tertentu pula. Manusia yang memiliki rentang kehidupan maksimal dekatar 110 tahun, sel-selnya diperkirakan hanya mampu membelah sekitar 50 kali, sesudah itu akan mengalami deteriorasi.

(1) Teori *cross-linkage* (rantai silang)

Kolagen yang merupakan unsur penyusun tulang diantara susunan moleculer, lama kelamaan akan meningkat kekakuannya (tidak elastis). Hal ini

disebabkan oleh karena sel-sel yang sudah tua reaksi kimianya menyebabkan jaringan yang sangat kuat.

(2) Teori radikal bebas

Radikal bebas merusak membrane sel yang menyebabkan kerusakan dan kemunduran secara fisik.

(3) Teori genetik

Menurut teori ini, menua telah terprogram secara genetic untuk spesies-spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang deprogram oleh molekul-molekul/DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi.

(4) Teori imunologi

(a) Di dalam proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh tertentu yang tidak dapat tahan terhadap zat tersebut sehingga jaringan tubuh menjadi lemah

(b) System immune menjadi kurang efektif dalam mempertahankan diri, regulasi dan responstibilitas.

(5) Teori stress-adaptasi

Menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal,

kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel-sel tubuh
lelah terpakai.

(6) *Teori wear and tear* (pemakain dan rusak)

Keadaan usaha dan stress menyebabkan sel-sel tubuh
lelah (terpakai)

2) Teori Psikososial

Teori yang merupakan teori psikososial adalah:

a) Teori integritas ego

Teori pengembangan ini mengidentifikasi tugas-tugas yang harus dalam tiap tahapan perkembangan. Tugas perkembangan terakhir merefleksikan kehidupan seseorang dan pencapaiannya. Hasil akhir dari penyelesaian konflik antara integritas ego dan keputusannya adalah kebebasan.

b) Teori stabilitas personal

Kepribadian seseorang terbentuk pada masa kanak-kanak dan tetap bertahan secara stabil. Perubahan yang radikal pada usia tua bisa jadi mengindikasikan penyakit otak.

3) Teori sosiokultural

Teori yang merupakan teori sosiokultural adalah sebagai berikut:

a) Teori pembebasan (*disengagement theory*)

Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang berangsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya, atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Hal ini mengakibatkan interaksi social lanjut usia menurun, sehingga sering terjadi kehilangan ganda meliputi:

- (1) Kehilangan peran
- (2) Hambatan kontak social
- (3) Berkurangnya komitmen

b) Teori aktivitas

Teori ini menyatakan bahwa penuaan yang sukses tergantung dari bagaimana seorang usia lanjut merasakan kepuasan dalam beraktifitas dan mempertahankan aktifitas tersebut selama mungkin. Adapun kualitas aktifitas tersebut lebih penting dibandingkan kuantitas aktifitas yang dilakukan.

4) Teori Konsekuensi Fungsional

Teori yang merupakan teori fungsional adalah:

- a) Teori ini mengatakan konsekuensi fungsional usia lanjut yang berhubungan dengan perubahan-perubahan karena usia dan factor resiko tambahan.
- b) Tanpa intervensi maka beberapa konsekuensi fungsional akan negative, dengan intervensi menjadi positif

d. Batasan Lansia

Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO), ada empat tahapan yaitu:

- 1) Usia pertengahan (*middle age*) usia 45-59 tahun
- 2) Lanjut usia (*elderly*) usia 60-74 tahun
- 3) Lanjut usia (*old*) usia 75-90 tahun
- 4) Usia sangat tua (*very old*) usia >90 tahun

(Nugroho, 2016)

a. Tipe – Tipe Lanjut Usia

Menurut Nugroho (2016), Lanjut usia dapat di kelompokkan dalam beberapa tipe yang bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonominya. Tipe ini antara lain:

- 1) Tipe optimis: lanjut usia santai dan periang, penyesuaian cukup baik, mereka memandang lanjut usia dalam bentuk bebas dari tanggung jawab dan sebagai kesempatan untuk menuruti kebutuhan pasifnya. Tipe ini sering disebut juga lanjut usia tipe kursi goyang (*the rocking chairman*)
- 2) Tipe konstruktif: lanjut usia ini mempunyai integritas baik, dapat menikmati hidup, mempunyai toleransi yang tinggi, *humoristic*, fleksibel, dan tahu diri. Biasanya, sifat ini terlihat sejak muda. Mereka dengan tenang menghadapi proses menua dan menghadapi akhir.
- 3) Tipe ketergantungan: lanjut usia ini masih dapat diterima di tengah masyarakat, tetapi selalu pasif, tidak berambisi, masih tahu diri, tidak mempunyai inisiatif dan bila bertindak yang tidak praktis. Ia senang pensiun, tidak suka bekerja, dan senang berlibur, banyak makan dan banyak minum.
- 4) Tipe defensif: lanjut usia biasanya sebelum mempunyai riwayat pekerjaan /jabatan yang tidak stabil, bersifat selalu menolak bantuan, emosi sering tidak terkontrol, memegang teguh kebiasaan bersifat kompulsif aktif, anehnya mereka takut menghadapi “ menjadi tua” dan menyenangi masa pensiun.
- 5) Tipe militan dan serius: lanjut usia yang tidak mudah menyerah serius, senang berjuang, bisa menjadi panutan.

- 6) Tipe pemaarah frustasi: lanjut usia yang pemaarah, tidak sabr, mudah tersinggung, selalu menyalahkan orang lain, menunjukkan penyesuaian yang buruk. Lanjut usia sering mengepresikan kepahitan hidupnya.
- 7) Tipe bermusuhan: lanjut usia yang selalu menganggap orang lain menyebabkan kegagalan, selalu megeluh, bersifat agresif, dan curiga. Biasanya, pekerjaan saat ia muda tidak stabil. Menganggap menjadi tua itu bukan hal yang baik, takut mati, iri hati pada orang yang muda, senang mengadu untung pekerjaan, aktif meghindari masa yang buruk.
- 8) Tipe putus asa, membenci dan menyalahkan diri sendiri: lanjut usia ini bersifat kritis dan menyalahkan diri sendiri, tidak mempunyai ambisi, mengalami penurunan sosio-ekonomi, tidak dapat menyesuaikan diri. Lanjut usia tidak hanya mengalami kemarahan, tetapi juga depresi, memandang lanjut usia sebagai tidak berguna.

b. Perubahan Akibat Proses Menua

Menurut Sri artinawati (2014), menyatakan bahwa perubahan akibat proses menua yaitu :

1) Perubahan Fisik

a) Sel

- b) Jumlah sel menurun
- c) Ukuran sel lebih besar
- d) Jumlah cairan tubuh dan cairan intraseluler berkurang
- e) Proporsi protein di otak, otot ginjal, darah dan hati menurun
- f) Jumlah sel otak menurun
- g) Mekanisme perbaikan sel terganggu
- h) Otak menjadi atrofik, beratnya berkurang 5-10%
- i) Lekukan otak akan menjadi lebih dangkal dan melebar

2) Sistem Persarafan

- a) Saraf pancaindra mengecil sehingga fungsinya menurun serta lambat dalam merespon dan waktu bereaksi khususnya yang berhubungan dengan stress.
- b) Defisit memori
- c) Kurang sensitive terhadap sentuhan
- d) Berkurangnya atau hilangnya lapisan myelin akson, sehingga menyebabkan kekurangan respon motorik dan reflex

3) Sistem Pendengaran

- a) Gangguan pendengaran, hilangnya daya pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi di atas umur 65 tahun.
- b) Membran tifani menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis.
- c) Terjadi pengumpulan serumen, dapat mengeras karena meningkatnya keratin.
- d) Fungsi pendengaran semakin menurun pada lanjut usia yang mengalami ketegangan/stress.
- e) Tinitus (bising yang bersifat mendengung, bisa bernada tinggi atau rendah, bisa terus-menerus atau intermitten)
- f) Vertigo (perasaan yang tidak stabil yang terasa seperti bergoyang atau berputar)

4) Sistem Penglihatan

- a) Respon terhadap sinar menurun
- b) Adaptasi terhadap gelap menurun
- c) Akomodasi menurun
- d) Lapang pandang menurun

e) Katara

5) Sistem Kardiovaskuler

a) Katup jantung menebal dan kaku

b) Kemampuan memompa darah menurun (menurunnya kontraksi dan volume)

c) Elastisitas pembuluh darah menurun

d) Meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat

6) Sistem Pengaturan Suhu Tubuh

Pada pengaturan suhu, hipotalamus dianggap bekerja sebagai suatu thermostat, yaitu menetapkan suatu suhu tertentu. Kemunduran terjadi pada berbagai faktor yang mempengaruhinya. Yang sering ditemui antara lain :

a) Temperatur suhu tubuh menurun (hipotermi) secara fisiologis $\pm 35^{\circ}\text{C}$ ini akibatnya metabolisme yang menurun.

b) Pada kondisi ini, lanjut usia akan merasa kedinginan dan dapat pula menggigil, pucat dan gelisah.

c) Keterbatasan reflex menggigil dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi penurunan aktivitas otot.

7) Sistem Respirasi

- a) Otot-otot pernafasan kekuatannya menurun dan kaku, elastisitas paru menurun, kapasitas residu meningkat sehingga menarik nafas lebih berat.
- b) Alveoli melebar dan jumlahnya menurun.
- c) Kemampuan batuk menurun.
- d) Penyempitan pada bronkus.

8) Sistem Pencernaan

- a) Kehilangan gigi, penyebab utama *periodontal disease* yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun. Penyebab lain meliputi kesehatan gigi dan gizi yang buruk
- b) Indra pengecap menurun, adanya iritasi selaput lendir yang kronis, atrofi indra pengecap ($\pm 80\%$), hilangnya sensitivitas saraf pengecap lidah, terutama rasa manis dan asin.
- c) Esofagus melebar.
- d) Rasa lapar menurun, asam lambung menurun, motilitas dan waktu pengosongan lambung menurun.
- e) Peristaltik melemah dan biasa timbul konstipasi.
- f) Fungsi absorbs melemah (daya absorbs terganggu, terutama karbohidrat)
- g) Hati semakin mengecil dan tempat penyimpanan menurun, aliran darah berkurang.

9) Sistem Reproduksi

Wanita

- a) Vagina mengalami kontraktur dan mengecil.
- b) Ovarium menciut dan uterus mengalami atrofi
- c) Atrofi payudara
- c) Atrofi vulva
- d) Selaput lender vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi berkurang, sifatnya menjadi alkali dan terjadi perubahan warna.

Pria

- a) Testis masih bisa memproduksi spermatozoa, meskipun ada penurunan secara berangsur-angsur.
- b) Dorongan seksual menetap sampai usia diatas 70 tahun, asala kondisi kesehatannya baik,yaitu :
 - (1) Kehidupan seksual dapan diupayakan sampai masa lanjut usia
 - (2) Hubungan seksual secara teratur membantu mempertahankan kemampuan seksual
 - (3) Tidak perlu cemas karena prosenya alamiah
 - (4) Sebanyak $\pm 75\%$ pria usia diatas 65 tahun mengalami pembesaran prostat

10) Sistem Genitourinaria

- a) Ginjal : ginjal mengecil, aliran darah ke ginjal menurun, penyaringan di glomerulus menurun, dan fungsi tubulus menurun sehingga kemampuan mengonsentrasi urin ikut menurun.
- b) Vesika Urinaria : otot-otot melemah, kapasitasnya menurun, dan resistensi urin, Prostat : Hipertrofi pada 75% lansia
- c) Vagina : Selaput lender mengering dan sekresi menurun

11) Sistem Endokrin

Kelenjar Endokrin adalah kelenjar buntu dalam tubuh manusia yang memproduksi hormon. Hormon berperan sangat penting dalam pertumbuhan, pematangan pemeliharaan dan metabolisme organ tubuh. Dimana pada lansia akan mengalami penurunan.

12) Sistem Integumen

- a) Keriput serta kulit kepala dan rambut menipis
- b) Rambut dalam hidung dan telinga melebar
- c) Elastisitas menurun
- d) Vaskularisasi menurun
- e) Kuku keras dan menebal
- f) Kuku kaki tumbuh berlebihan seperti tanduk

13) Sistem Muskuloskeletal

- a) Cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh (osteoporosis)
- b) Bungku (kifosis)
- c) Persendian membesar dan menjadi kaku
- d) Kram, Tremor, tendon mengerut dan mengalami sklerosis

14) Belajar dan memori

- a) Kemampuan belajar masih ada tetapi relatif menurun.
Memori (daya ingat) menurun karena proses encoding menurun.
- b) Kenangan jangka panjang
- c) nangan jangka panjang, beberapa jam sampai beberapa hari yang lalu dan mencakup beberapa perubahan.
Kenangan jangka pendek atau seketilka (0-10 menit),
kengan buruk (bisa kearah dimensia)

15) *Intelligence Quotient (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.

b. Perubahan Sosial

- 1) Peran : *post power syndrome, single woman, and single paren*
- 2) Keluarga : kesendirian, kehampaan
- 3) Teman : ketika lansia lainnya meninggal, maka akan muncul perasaan kapan akan meninggal, berada di rumah terus menerus akan cepat pikun (tidak berkembang)
- 4) Abuse : kekerasan berbentuk verbal (dibentak) dan non verbal (dicubit, tidak diberi makan)
- 5) Masalah hukum : berkaitan dengan perlindungan asset dan kekayaan pribadi yang di kumpulkan sejak mash muda
- 6) Pensiun : kalau menjadi PNS akan ada tabungan (dana pensin), kalau tidak, anak dan cucu yang akan memberikan uang
- 7) Ekonomi : kesempatan untuk mendapatkan pekerjaan yang cocok bagi lansia dan *income security*
- 8) Rekreasi : untuk ketenangan batin
- 9) Keamanan : jatuh, terpleset

- 10) Transportasi : kebutuhan akan sistem transportasi yang cocok bagi lansia
- 11) Politik : kesempatan yang sama untuk terlibat dan memberikan masukan dalam sistem politik yang berlaku
- 12) Pendidikan : berkaitan dengan pengentasan buta aksara dan kesempatan untuk tetap belajar sesuai dengan hak asasi manusia
- 13) Agama : melaksanakan ibadah
- 14) Panti jompo : merasa dibuang/diasingkan

c. Perubahan Psikologis

Perubahan psikologis pada lansia meliputi *short term memory*, frustrasi kesepian, takut kehilangan kebebasan, takut menghadapi kematian, perubahan keinginan, depresi, dan kecemasan.

d. Perkembangan Spiritual

- 1) Agama / kepercayaan semakin terintegrasi dalam kehidupan (Maslow, 1970)
- 2) Lanjut usia semakin matur dalam kehidupan keagamaannya. Hal ini terlihat dalam berpikir dan bertindak dalam sehari-hari (Murray dan Zentrner, 1970)
- 3) Perkembangan spiritual dalam umur 70 tahun menurut Folwer (1978), universalizing, perkembangan yang dicapai pada tingkat ini adalah

berpikir dan bertindak dengan cara member contoh cara mencintai dan keadilan.

2. Konsep Dasar Hipertensi

a. Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolic sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal, dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah, makin besar resikonya (Nurarif, Amin Huda & Kusuma, Hardhi, 2015).

b. Klasifikasi Hipertensi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan (Nurarif, Amin Huda & Kusuma, Hardhi, 2015):

2) Hipertensi Primer (esensial)

Disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. Faktor yang mempengaruhinya yaitu: genetic, lingkungan, hiperaktifitas saraf simpatis system renin. Angiotensin dan peningkatan $Na + Ca$ intraselular, factor-faktor yang meningkatkan resiko: obesity,as, merokok, dan polisitemia.

1) Hipertensi Sekunder

Penyebabnya yaitu: Penggunaan estrogen, penyait ginjal, sindrom chusing dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

3) Hipertensi pada usia lanjut dibedakan atas (Nurarif, Amin Huda & Kusuma, Hardhi, 2015):

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

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa penyebab hipertensi beragam diantaranya adalah stress, kegemukan, merokok, hipernatriunia, retensi air dan garam yang tidak normal, sensitifitas terhadap angiotensin, obesitas, hiperkolesteroemia, penyakit kelenjar adrenal, prnyakit ginjal, toxemia gravidarum, peningkatan tekanan intra cranial, yang disebabkan tumor otak, dan pengaruh obat tertentu missal obat kontrasepsi, asusapan garam yang tinggi, kurang olahraga, genetik, aterosklerosis, kelainan ginjal, tetapi sebagian besar tidak diketahui penyebabnya (Sharif La Ode, 2012).

c. Patofisiologi

1) Etiologi

Penyebab terjadinya hipertensi adalah terdiri dari berbagai faktor diantaranya Reeves & Lockhart (2001:114) mengemukakan bahwa faktor-faktor resiko yang dapat menyebabkan hipertensi

adalah stress, kegemukan, merokok, hipernatriumia). Sedang Long (19995:660), TIM POKJA RS Harapan Kita (2003:63) dan Yayasan Jantung Indonesia (2007) menambahkan bahwa penyebab hipertensi dapat dibedakan menurut jenis hipertensi yaitu hipertensi primer (essensial) merupakan tekanan darah tinggi yang disebabkan karena retensi air dan garam yang tidak normal, sensitifitas terhadap angiotensin, obesitas, hiperkolesteroemia, emosi yang terganggu / stress dan merokok. Sedangkan hipertensinsekunder merupakan tekanan darah tinggi yang disebabkan karena penyakit kelenjar adrenal, prnyakit ginjal, toxemia gravidarum, peningkatan tekanan intra cranial, yang disebabkan tumor otak, dan pengaruh obat tertentu missal obat kontrasepsi (Sharif La Ode, 2012).

2) Proses Terjadi

Kepastian mengenai patofisiologi hipertensi masih dipenuhi ketidakpastian. Sejumlah kecil pasien 9antara 2% dan 5% memiliki penyakit dasar ginjal atau adrenal yang menyebabkan peningkatan tekana darah. Namun, masih belum ada penyebab tunggal yang dapat diidentifikasi dan kondisi inilah yang disebut sebagai “hipertensi esensial”. Sejumlah mekanisme fisiologis terlibat dalam pengaturan tekana darah normal, yang kemudian dapat turut berperan dalam terjadinya hipertensi esensial.

Beberapa factor yang saling berhubungan mungkin juga turut serta menyebabkan peningkatan tekana darah pada pasien

hipertensi, dan peran mereka berbeda pada setiap individu. Diantara faktor-faktor yang telah dipelajari secara intensif adalah asupan garam, obesitas dan resistensi insulin, system renin-angiotensin, dan system saraf simpatis.

Pada beberapa tahun belakangan, faktor lainnya telah dievaluasi, termasuk genetic, disfungsi endotel, (yang tampak pada perubahan endotelin dan nitrat oksida).

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak kebawah melalui saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriktor. Individu dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bias terjadi.

Pada saat bersamaan dimana system saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsangan emosi, kelenjar adrenal juga terangsang mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mengsekresi epinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks nadrenal mengsekresi kortisol steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosterone oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung pencetus keadaan hipertensi.

Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh darah perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada lanjut usia. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat, dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curah jantung dan

peningkatan darah perifer (Brunner & Suddarth, 2005 dalam Wijaya dan Putri, 2013).

3) Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada hipertensi menurut Nuarif (2015) yaitu:

- a) Mengeluh sakit kepala
- b) Lemas, kelemahan
- c) Sesak nafas
- d) Gelisah
- e) Mual
- f) Muntah
- g) Epitaksis
- h) Kesadaran menurun

d. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang menurut FKUI (2003:64) dan dosen Fakultas Kedokteran USU, Abdul Madjid (2004), meliputi pemeriksaan laboratorium rutin yang dilakukan sebelum memulai terapi bertujuan menentukan adanya kerusakan organ dan faktor resiko lain atau mencari penyebab hipertensi. Biasanya diperiksa urin analisa, darah perifer lengkap, kimia darah (kalium, natrium, kreatinin, gula darah puasa, kolestrol total, HDL, LDL dan pemeriksaan EKG. Sebagai tambahan

dapat dilakukan pemeriksaan lain, seperti klirens kreatinin, protein, asam urat, TSH dan ekordiografi.

Pemeriksaan diagnostic meliputi BUM/creatinine (fungsi Ginjal), glucose (DM) kalium serum (meningkat menunjukan aldosterone yang meningkat), kalsium serum (peningkatan dapat menyebabkan hipertensi: kolestrol dan tri gliserit (indikasi pencetus hipertensi), pemeriksaan tiroid (menyebabkan vasokonstriksi), urinalisa protein, gula (menunjukan disfungsi ginjal), asam urat (faktor penyebab hipertensi) EKG (pembesaran jantung, gangguan konduksi), IVP (dapat mengidentifikasi hipertensi) (Sharif La Ode, 2012)

e. Penatalaksanaan

Terdapat 2 cara penanggulangan hipertensi menurut FKUI (1990:214-219) yaitu dengan nonfarmakologis dan dengan farmakologis. Cara non farmakologis yaitu dengan cara menurunkan berat badan pada penderita yang gemuk, diet rendah garam dan rendah lemak, mengubah kebiasaan hidup, olahraga secara teratur dan kontroll tekanan darah secara teratur. Sedangkan dengan cara farmakologis yaitu dengan cara membberikan obat-obatan anti hipertensi seperti diuretic seperti HCT, Hicroton, Lasix. Beta bloker seperti propranolol. Alfa bloker seperti phentolamin, prozazine, nitroprusside captopril. Simphatolitic seperti hidralazie, diazoxine. Antagonis kalsium seperti nefedipine.

Pengobatan hipertensi harus dilandasi oleh beberapa prinsip menurut FKUI (1990) yaitu pengobatan hipertensi sekunder harus lebih mendahulukan pengobatan kausal, pengobatan hipertensi esensial ditunjukan untuk menurunkan tekanan darah dengan harapan memperpanjang umur dan mengurangi timbulnya komplikasi, upaya menurunkan tekanan darah dicapai dengan menggunakan obat anti hipertensi, pengobatan hipertensi adalah pengobatan jangka panjang *standar triple therapy* (STT) menjadi dasar pengobatan hipertensi (Sharif La Ode, 2012).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan Pada Lansia dengan Hipertensi

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2013).

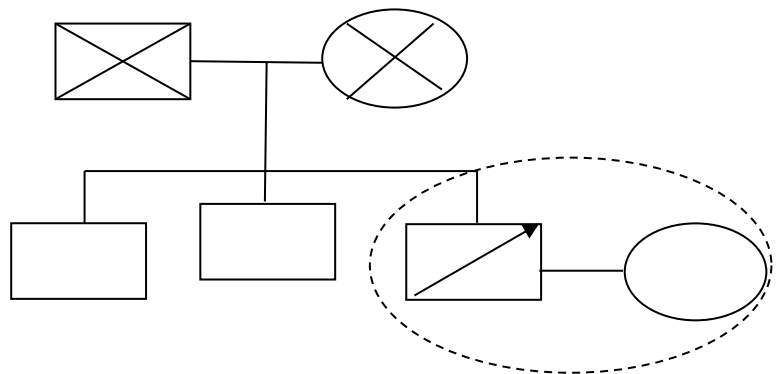
Pengkajian:

- a. Identitas : nama, jenis kelamin, umur, agama, status perkawinan, pekerjaan, alamat rumah
- b. Keluhan utama
- c. Riwayat Kesehatan
 - 1) Masalah kesehatan yang pernah dialami dan yang dirasakan saat ini.
 - 2) Masalah kesehatan keluarga/keturunan

3) Genogram :

Genogram dibuat berdasarkan tiga generasi ke atas dan generasi ke bawah menyesuaikan dengan jumlah anggota keluarga.

Gambar :



Keterangan gambar :

□ : Laki-laki

✕ : Sudah meninggal

○ : Perempuan

— : Hubungan

↗ : Klien

----- : Tinggal dalam satu rumah

d. Data dasar pengkajian

Menurut Wijaya & Putri (2013) data dasar pengkajian yaitu :

1) Aktivitas/ Istirahat.

- a) Gejala: kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton.

- b) Tanda: Frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea.

2) Sirkulasi

- a) Gejala: Riwayat Hipertensi
- b) aterosklerosis, penyakit jantung koroner/katup dan penyakit cerebroaskuler, episode palpitasi.
- c) Tanda: Kenaikan TD, Nadi denyutan jelas dari karotis, jugularis, radialis, tikikardi, murmur stenosis valvular, distensi vena jugularis, kulit pucat, sianosis, suhu, dingin (vasokonstriksi perifer) pengisian kapiler mungkin lambat/bertunda.

3) Integritas Ego

- a) Gejala: Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, factor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan.
- b) Tanda: Letupan suasana hat, gelisah, penyempitan continue perhatian, tangisan meledak, otot muka tegang, pernafasan menghela, peningkatan pola bicara.

4) Eliminasi

- a) Gejala : Gangguan ginjal saat ini atau (seperti obstruksi atau riwayat penyakit ginjal pada masa yang lalu).

5) Makanan/cairan

- a) Gejala: Makanan yang disukai yang mencakup makanan tinggi garam, lemak serta kolesterol, mual, muntah dan perubahan BB akhir akhir ini (meningkat/turun), riwayat penggunaan diuretik.
- b) Tanda: Berat badan normal atau obesitas, adanya edema, glikosuria.

6) Neurosensori

- a) Gejala: Keluhan pening pening/pusing, berdenyu, sakit kepala, subokspital (terjadi saat bangun dan menghilangkan secara spontan setelah beberapa jam) Gangguan penglihatan (diplobia, penglihatan kabur, epistakis).
- b) Tanda: Status mental, perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara, efek, proses piker, penurunan kekuatan genggam tangan.

7) Nyeri/ ketidaknyaman

- a) Gejala: Angina (penyakit arteri koroner/ keterlibatan jantung), sakit kepala.

8) Pernafasan

- a) Gejala: Dispnea yang berkaitan dari kativitas/kerja takipnea, ortopnea, dispnea, batuk dengan/tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok.

- b) Tanda: Distress pernafasan/penggunaan otot aksesori pernafasan bunyi nafas tambahan (krakties/mengi), sianosis.

9) Keamanan

- a) Gejala: Gangguan koordinasi/cara berjalan, hipotensi postural.

10) Pembelajaran/Penyuluhan

- a) Gejala: Faktor resiko keluarga: hipertensi, aterosporosis, penyakit jantung, DM. Faktor faktor etnik seperti: orang Afrika-amerika, Asia Tenggara, penggunaan pil KB atau hormone lain, penggunaan alcohol/obat.
- b) Rencana pemulangan: bantuan dengan pemantau diri TD/perubahan dalam terapi obat.

e. Aktivitas sehari-hari

Penilaian didasarkan pada tingkat bantuan orang lain dalam meningkatkan aktivitas fungsional. Penilaian meliputi makan, mandi, toiletingberpakaian, mobilisasi di tempat tidur, mobilisasi berpindah, berias dan ROM

Tabel 2.1. *Activity Daily Living*

Aktivitas (ADL)	0	1	2	3	4
Makan					
Mandi					
Toileting					
Berpakaian					
Mobilisasi di tempat tidur					
Mobilisasi berpindah					

sumber : Sunaryo, dkk (2016)

Dengan penilaian:

- 0 : Mandiri
- 1 : Membutuhkan alat bantu
- 2 : Membutuhkan pengawasan orang lain
- 3 : Membutuhkan bantuan orang lain
- 4 : Ketergantungan tota

f. Rekreasi

g. Indeks KATZ

Pengkajian menggunakan indeks kemandirian katz untuk aktivitas kehidupan sehari-hari yang berdasarkan pada evaluasi fungsi mandiri atau bergantung dari klien dalam hal : makan, kontinen (BAB/BAK), berpindah, ke kamar mandi, mandi dan

berpakaian. Indeks Katz adalah pemeriksaan disimpulkan dengan sistem penilaian yang didasarkan pada timngkat bantuan orang lain dalam melakukan aktifitas fungsionalnya. Salah satu keuntungan dari alat ini adalah kemmapuan untuk mengukur perubahan fungsi aktivitas dan latihan setiap waktu, yang diakhiri evaluasi dan aktivitas rehabilitasi.

Tabel 2.2. Indeks KATZ

Indek	Keterangan
A	Mandiri dalam makan, kontinensia (BAB, BAK), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi
B	Mandiri semuanya kecuali salah satu dari fungsi diatas
C	Mandiri, kecuali mandi, dan satu lagi fungsi yang lain.
D	Mandiri, kecuali mandi, berpakaian dan satu lagi fungsi yang lain
F	Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan satu fungsi yang lain.
G	Ketergantungan untuk enam fungsi tersebut
Lain-lain	Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C, D, E, F, dan G

Sumber : Sunaryo, dkk (201

Keterangan:

Mandiri berrati tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan efektif dari orang lain, seseorang yang menolak untuk melakukan suatu fungsi diaanggap tidak melakukan fungsi meskipun ia dianggap mampu.

h. Status mental dan kognitif gerontik (SPMSQ dan MMSE)

- 1) SPMSQ (Short Portable Mental Status Questioner)
- 2) Digunakan untuk mendeteksi tingkat kerusakan intelektual terdiri dari 10 hal yang menilai orientasi, riwayat pribadi, memori dalam hubungan dengan kemampuan perawatan diri, memori jauh dan kemampuan matematis atau perhitungan. Metode penentuan skors sederhana meliputi tingkat fungsi intelektual, yang membantu dalam membuat keputusan yang khusus mengenai kapasitas perawatan diri.

Tabel 2.3. *Short Portabel Mental Status Questionaire*

Short Portabel Mental Status Questionaire (SPMSQ)			
Skore		No	Pertanyaan
+	-	1.	Tanggal berapa hari ini?
		2.	Hari apa hari ini?
		3.	Apa nama tempat ini?
		4.	Berapa nomor telepon anda
		4a.	Dimana alamat anda? Tanyakan hanya klien tidak mempunyai telepon
		5.	Berapa umur anda?
		6.	Kapan anda lahir?
		7.	Siapa presiden Indonesia sekarang?
		8.	Siapa presiden sebelumnya?
		9.	Siapa nama kecil ibu anda?
		10.	Kurangi 3 dari 30 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun
		Jumlah Kesalahan Total	

Sumber : Sunaryo., dkk. (2016)

Instruksi:

Ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar, catat semua jawaban. Ajukan pertanyaan 4A hanya jika klien tidak mempunyai telepon. Catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan.

Penilaian SPMSQ:

Kesalahan 8 – 10 fungsi intelektual berat

Kesalahan 5 – 7 fungsi intelektual sedang

Kesalahan 3 – 4 fungsi intelektual ringan

Kesalahan 0 – 2 fungsi intelektual utuh

3) MMSE (Mini Mental Status Exam)

Merupakan suatu alat yang berguna menguji kemajuan klien dengan menguji aspek kognitif dari fungsi mental, orientasi, regritasi, perhatian, dan kalkulasi, mengingat kembali dan Bahasa. (Folstein *et al* 1975 dikutip dalam Kushariyadi 2010). Nilai paling tinggi adalah 30, dimana nilai m21 atau kurang biasa indikasi adanya kerusakan kognitif yang memerlukan penyelidikan lanjut.

Alat pengukur status afektif digunakan untuk membedakan jenis depresi yang memengaruhi fungsi

susana hati. Depresi adalah hal yang umum terjadi pada lanjut usia. Keadaan ini sering dihubungkan dengan kacau mental dan disorientasi sehingga depresi pada lanjut usia sering disalahartikan dengan demensia. Pemeriksaan status mental tidak membedakan antara depresi dan demensia dengan jelas sehingga pengkajian afektif adalah alat tambahan yang penting.

i. Depresi (Beck/ Yesavage)

Menurut Beck & Beck (1972), Inventaris Depresi Beck (IDB) berisikan 13 hal tentang gejala dan sikap yang berhubungan dengan depresi, yaitu : Depresi Beck

Tabel 2.4. Depresi Beck

No	Uraian Depresi Beck	Skor
<i>A. Kesedihan</i>		
3	Saya sangat sedih atau tidak bahagia dimana saya tak dapat menghadapinya.	
2	Saya galau atau sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya.	
1	Saya merasa sedih atau galau.	
0	Saya tidak merasa sedih.	
<i>B. Pesimisme</i>		
3	Saya merasa bahwa masa depan saya adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat membaik.	
2	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang kedepan.	
1	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan.	
0	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan.	
<i>C. Rasa Kegagalan</i>		

3	Saya merasa saya benar-benar menjadi seseorang (orang tua, suami, istri).	
2	Seperti melihat ke belakang hidup saya, semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan.	
1	Saya merasa saya telah gagal melebihi orang pada umumnya.	
0	Saya tidak merasa gagal.	
<i>D. Ketidakpuasan</i>		
3	Saya tidak puas dengan segalanya.	
2	Saya tidak lagi mendapat kepuasan dari apapun.	
1	Saya menyukai cara yang saya gunakan.	
0	Saya tidak merasa tidak puas.	
<i>E. Rasa Bersalah</i>		
3	Saya merasa seolah-olah saya sangat buruk dan tak berharga.	
2	Saya merasa sangat bersalah.	
1	Saya merasa buruk atau tak berharga sebagai bagian dari waktu yang biak.	
0	Saya merasa tidak benar-benar bersalah.	
<i>F. Tidak Menyukai Diri Sendiri</i>		
3	Saya benci diri saya sendiri.	
2	Saya muak dengan diri saya sendiri.	
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri.	
0	Saya tidak mempunyai pikiran-pikiran mrengeni membahayakan diri sendiri.	
<i>G. Membahayakan Diri Sendiri</i>		
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan.	
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri.	
1	Saya merasa lebih baik mati.	
0	Saya tidak mempunyai pikiran-pikiran mengenai membahayakan diri sendiri.	
<i>H. Menarik Diri Dari Sosial</i>		
3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka semua.	
2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak sedikit perasaan pada mereka.	

1	Saya kurang berminat pada orang lain dari pada sebelumnya.	
0	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain.	
<i>I. Keragu-raguan</i>		
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali.	
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan.	
1	Saya berusaha mengambil keputusan.	
0	Saya membuat keputusan yang baik.	
<i>J. Perubahan Gambaran Diri</i>		
3	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikan.	
2	Saya merasa bahwa ada perubahan-perubahan yang permanen dalam penampilan saya dan membuat saya tidak menarik.	
1	Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tidak menarik.	
0	Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari pada sebelumnya.	
<i>K. Kesulitan Kerja</i>		
3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali.	
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu.	
1	Ini memerlukan upaya tambahan untuk memulai melakukan sesuatu.	
0	Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya.	
<i>L. Keletihan</i>		
3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu.	
2	Saya lelah untuk melakukan sesuatu.	
1	Saya lelah dari yang biasanya.	
0	Saya tidak lebih lelah dari biasanya.	
<i>M. Anoreksia</i>		
3	Saya tidak lagi mempunyai nafsu makan sama sekali.	
2	Nafsu makan saya sangat buruk sekarang.	
1	Nafsu makan saya tidak sebaik sebelumnya.	
0	Nafsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya.	

Sumber : Sunaryo, dkk (2016)

Setiap hal direntang menggunakan skala 4 poin untuk menandakan intensitas gejala. Alat mudah dinilai dan dapat dilakukan sendiri atau diberikan perawat dalam 5 menit. Penilaian dengan cepat membantu dalam memperkirakan beratnya depresi.

Penilaian :

0-4 = Depresi tidak ada atau minimal

5-7 = Depresi ringan

8-15 = Depresi sedang

> 15 = Depresi berat

j. Keadaan emosi

k. Konsep diri

1) Identitas diri :

2) Gambaran diri :

3) Ideal diri :

4) Peran diri :

5) Harga diri :

l. APGAR Keluarga

Suatu alat skrining yang digunakan mengkaji fungsi sosial lanjut usia (Smilkstein *et al.*, 1982). Adaptasi (*adaption*), hubungan (*partnership*), pertumbuhan (*growth*), dan pemecahan (*resolve*). [APGAR] adalah aspek fungsi keluarga yang digunakan pada klien

yang mempunyai hubungan sosial lebih intim dengan teman-temannya daripada keluarganya sendiri. Nilai kurang dari 3 menandakan disfungsi keluarga sangat tinggi, sedangkan nilai 4-6 disfungsi keluarga sedang. Instrumen skrining ini digunakan oleh klien yang mengalami peristiwa hidup penuh stress.

Tabel 2.5. APGAR Keluarga

APGAR Keluarga			
No	Fungsi	Uraian	Skor
1	Adaptasi	Saya puas bahwa dapat kembali pada keluarga saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya.	
2	Hubungan	Saya puas dengan cara keluarga saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya.	
3	Pertumbuhan	Saya puas bahwa keluarga saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru.	
4	Afeksi	Saya puas dengan cara keluarga saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.	
5	Pemecahan	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama.	

Sumber : Sunaryo, dkk (2016)

Penilaian :

Pernyataan yang dijawab :

Skor 2 jika selalu

Skor 1 jika kadang-kadang

Skor 0 jika hampir tidak pernah

m. Sosial

- 1) Dukungan keluarga
- 2) Hubungan dengan keluarga
- 3) Hubungan dengan orang lain

n. Spiritual

- 1) Pelaksanaan ibadah
- 2) Keyakinan tentang kesehatan

o. Pemeriksaan Fisik

Tujuan Sistem

- 1) Keadaan Umum
- 2) GCS : E...V...M...

a) Eye

- (1) Nilai 4 : Mata membuka spontan
- (2) Nilai 3 : Mata membuka dengan perintah
- (3) Nilai 2 : Dengan rangsangan nyeri
- (4) Nilai 1 : Tidak berespon

b) Verbal

- (1) Nilai 5 : Orientasi baik
- (2) Nilai 4 : Berbicara membingungkan
- (3) Nilai 3 : Kata-kata tidak jelas (tidak ada hubungannya dengan pertanyaan)
- (4) Nilai 2 : Mengerang

(5) Nilai 1 : Tidak berespon

c) Motorik

(1) Nilai 6 : Sesuai perintah

(2) Nilai 5 : Melokalisir nyeri

(3) Nilai 4 : Menjauhi rangsangan nyeri

(4) Nilai 3 : Fleksi abnormal

(5) Nilai 2 : Ekstensi abnormal

(6) Nilai 1 : Tidak ada respon

1) Tingkat Kesadaran

a) Compos mentis : 15-14

b) Apatis : 11-10

c) Somnolen : 9-7

d) Spoor : 6-4

e) Coma : 3

2) Tingkat Kesadaran : Compos mentis/ apatis/ somnolen/ spoor/ coma

Suhu :°C

Nadi : x/menit

Pernafasan : x/menit

Tekanan Darah : mmHg

Tinggi Badan : cm

Berat Badan : kg

- 3) Kepala (rambut)
- 4) Mata, telinga, hidung dan mulut
- 5) Leher
- 6) Dada dan punggung
- 7) Abdomen
- 8) Ekstremitas atas dan bawah
- 9) Kulit
- 10) Genetalia
- 11) Anus
- 12) Keadaan lingkungan

p. Informasi Penunjang

Informasi penunjang yang dimaksud adalah data dari hasil pemereiksaan laboratorium, rontgen, ataupun yang lainnya.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang mungkin muncul :

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload*, perubahan kontraktilitas, perubahan volume sekuncup.
- b. Gangguan perfusi jaringan Serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah, gangguan oklusif, hemoragi, vasospasme serebral, edema serebral.

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring.
- d. Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera biologis.
- e. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan nafsu makan
- f. Resiko jatuh berhubungan gangguan persepsi sensori pengelihatan
- g. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif, kurang informasi, kurang sumber pengetahuan.

3. Perencanaan

Perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, atau mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosa keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi (Nursalam, 2013).

a. Prioritas Masalah

- 1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, perubahan kontraktilitas, perubahan volume sekuncup.
- 2) Gangguan perfusi jaringan Serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah, gangguan oklusif, hemoragi, vasospasme serebral, edema serebral.

- 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring.
- 4) Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera biologis.
- 5) Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan nafsu makan
- 6) Resiko jatuh berhubungan gangguan persepsi sensori pengelihatan
- 7) Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif, kurang informasi, kurang sumber pengetahuan

b. Rencana keperawatan

- 1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, iskemia miokard, hipertropi ventricular**

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x 60 menit diharapkan afterload tidak meningkat, tidak terjadi vasokonstriksi, tidak terjadi iskemia miokard.

Hasil yang di harapkan :

- 1) Tanda-tanda vital dalam rentang normal (suhu, nadi, respirasi, tekanan darah).
- 2) Dapat menoleransi aktivitas.
- 3) Tidak ada edema paru, perifer, dan tidak ada ascites.

- 4) Tidak ada penurunan kesadaran.

Intervensi Keperawatan :

- 1) Pantau TD, ukur pada kedua tangan, gunakan manset dan teknik yang tepat.

Rasional: untuk mempertahankan kondisi pasien

- 2) Amati warna kulit, kelembaban, suhu dan masa pengisian kapiler.

Rasional: untuk mengetahui adanya pucat, dingin, kulit lembab mungkin berkaitan dengan vasokonstriksi/ mencerminkan penurunan COP.

- 3) Anjurkan teknik relaksasi, panduan imajinasi, aktivitas pengalihan.

Rasional: untuk membantu menurunkan rangsangan simpatis, meningkatkan relaksasi

- 4) Kolaborasi untuk pemberian obat-obatan sesuai indikasi

Rasional: untuk menurunkan stress dan ketegangan yang mempengaruhi tekanan darah

2) Gangguan perfusi jaringan Serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah, gangguan oklusif, hemoragi, vasospasme serebral, edema serebral.

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x 60 menit diharapkan tingkat kesadaran membaik, tanda-tanda vital dalam rentang normal, tidak ada peningkatan TIK

Hasil yang diharapkan:

- 1) Tanda-tanda vital stabil
- 2) Tingkat kesadaran, kognitif, motorik/ sensorik membaik
- 3) Tidak adanya tanda-tanda peningkatan tekanan intracranial

Intervensi:

- 1) Pantau tanda-tanda peningkatan TIK

Rasional: untuk mengetahui potensia peningkatan TIK

- 2) Pantau atau catat status neurologis sesering mungkin dan bandingkan dengan keadaan normalnya

Rasional: untuk mengetahui tingkat kesadaran dan potensial peningkatan TIK

- 3) Kaji karakteristik nyeri

Rasional: untuk penurunan tanda dan gejala neurologis atau kegagalan dalam pemulihanya merupakan awal pemulihan dalam memantau TIK

- 4) Kolaborasi dalam pemberian obat-obatan

Rasional: sebagai terapi terhadap kehilangan kesadaran akibat kerusakan otak, kecelakaan lalu lintas dan operasi otak

- 3) **Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring.**

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x 60 menit diharapkan masalah intoleransi aktivitas pasien teratasi.

Hasil yang diharapkan :

- 1) Pasien dapat berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan/ diperlukan.
- 2) Melaporkan peningkatan dalam toleransi aktivitas yang dapat diukur.
- 3) Menunjukkan penurunan dalam tanda-tanda intoleransi aktivitas.

Intervensi :

- 1) Kaji respons pasien terhadap aktivitas

Rasional: untuk menentukan pilihan intervensi selanjutnya
- 2) Instruksikan pasien tentang teknik penghematan energi, misalnya menggunakan kursi saat mandi, duduk saat menyisir rambut atau menyikat gigi, melakukan aktivitas dengan perlahan.

Rasional : untuk mengurangi penggunaan energi, juga membantu keseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

- 3) Berikan dorongan untuk melakukan aktivitas

Rasional: untuk kemajuan aktivitas dalam mencegah meningkatnya kerja jantung

- 4) Kolaborasi dengan tenaga rehabilitas medic dalam merencanakan program terapi yang tepat

Rasional: untuk menentukan terapi yang tepat

4) Nyeri Akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x 60 menit diharapkan nyeri berkurang.

Hasil yang diharapkan :

- 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).
- 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri).

Intervensi :

- 1) Kaji skala nyeri klien dengan tehnik PQRST

Rasional: untuk mengetahui penyebab, kualitas, region, skala, dan waktu terjadinya nyeri

- 2) Ajarkan tehnik distraksi dan relaksasi

Rasional: untuk mengurangi rasa nyeri klien dan memberikan rasa nyaman

- 3) Beri HE mengenai manajemen nyeri

Rasional: Agar klien dapat mengelola nyeri

- 4) Kolaborasi dalam pemberian obat obat analgetik

Rasional: untuk menghilangkan rasa nyeri

5) Nutri kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang makan

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x 60 menit diharapkan kebutuhan nutrisinya terpenuhi

Hasil yang diharapkan:

- 1) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
- 2) Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan

Intervensi :

- 1) kaji pemahaman pasien tentang hubungan langsung antara hipertensi dan kegemukan.

Rasional: untuk mengetahui pemahaman pasien

- 2) Timbang berat badan klie setiap hari

rasional : untuk mengetahui peningkatan dan penurunan berat badan klie

- 3) Bicarakan pentingnya menurunkan masukan kalori dan membatasi masukan lemak dan garam

Rasional: untuk membantu meminimalkan tekanan darah tinggi

- 4) Kolaborasi dengan ahli gizi

Rasional: untuk memberikan konseling dan bantuan dengan memenuhi diet klien

6) Resiko jatuh berhubungan dengan persepsi sensori pengelihatannya : biologis penyakit vaskular.

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x 60 menit diharapkan tidak terjadi jatuh.

Hasil yang diharapkan:

- 1) Tidak ada kejadian jatuh
- 2) Lingkungan rumah pasien aman
- 3) Mampu memodifikasi gaya hidup untuk mencegah resiko jatuh

Intervensi :

- 1) Kaji adanya faktor-faktor resiko jatuh pada klien

Rasional: Untuk mengetahui faktor-faktor resiko jatuh pada klien

- 2) Sediakan lingkungan yang aman untuk klien

Rasional: agar klien terhindar dari cedera

- 3) Instruksikan keluarga pada pentingnya pegangan tangan untuk kamar mandi, tangga dan trotoar

Rasional: Untuk meminimalkan resiko jatuh

- 4) Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan pergerakan sendi untuk memperbaiki mobilitas, keseimbangan dan kekuatan

Rasional : Untuk memperbaiki pergerakan sendi, keseimbangan. dan kekuatan otot

7) Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif, kurang informasi, kurang sumber pengetahuan.

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x 60 menit diharapkan informasiklien terpenuhi tentang hipertensi.

Hasil yang diharapkan :

- 1) Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, dan program pengobatan.
- 2) Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.
- 3) Mempertahankan tekanan darah dalam parameter normal.

Intervensi :

- 1) Kaji kesiapan dan hambatan dalam belajar, termasuk orang terdekat

Rasional : untuk mengetahui kesiapan klien dan hambatan dalam belajar

- 2) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan klien tentang proses penyakitnya

Rasional : untuk mengetahui seberapa pengetahuan klien tentang penyakitnya

- 3) Jelaskan tentang proses penyakit yang spesifik

Rasional : agar klien atau keluarga memahami penyakit yang dialaminya

- 4) Diskusikan pemilihan terapi

Rasional : untuk mempercepat penyembuhan

4. Pelaksanaan

Implementasi adalah pelaksanaan dan terencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tanpa implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Nursalam, 2013).

5. Evaluasi

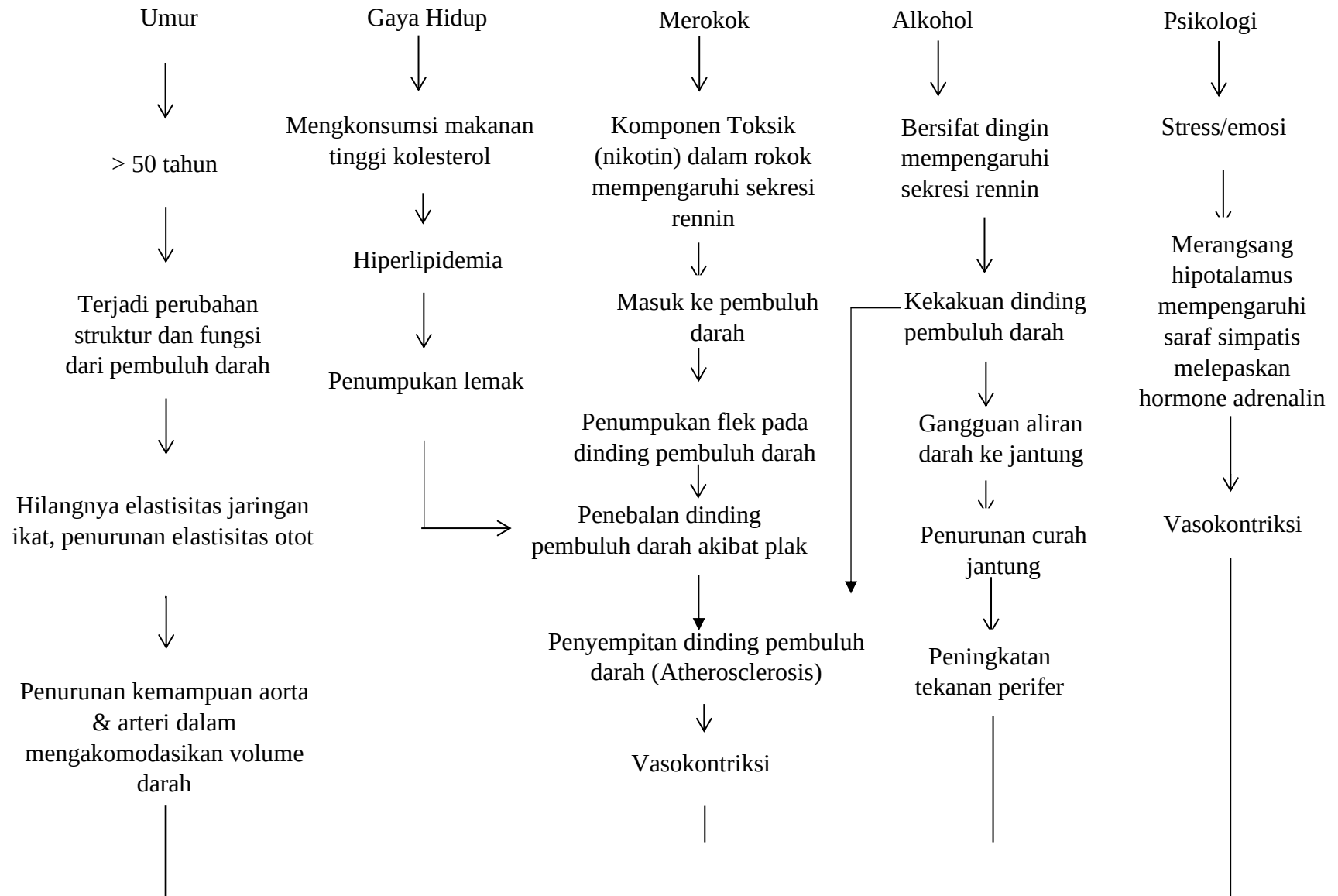
Tahan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya.

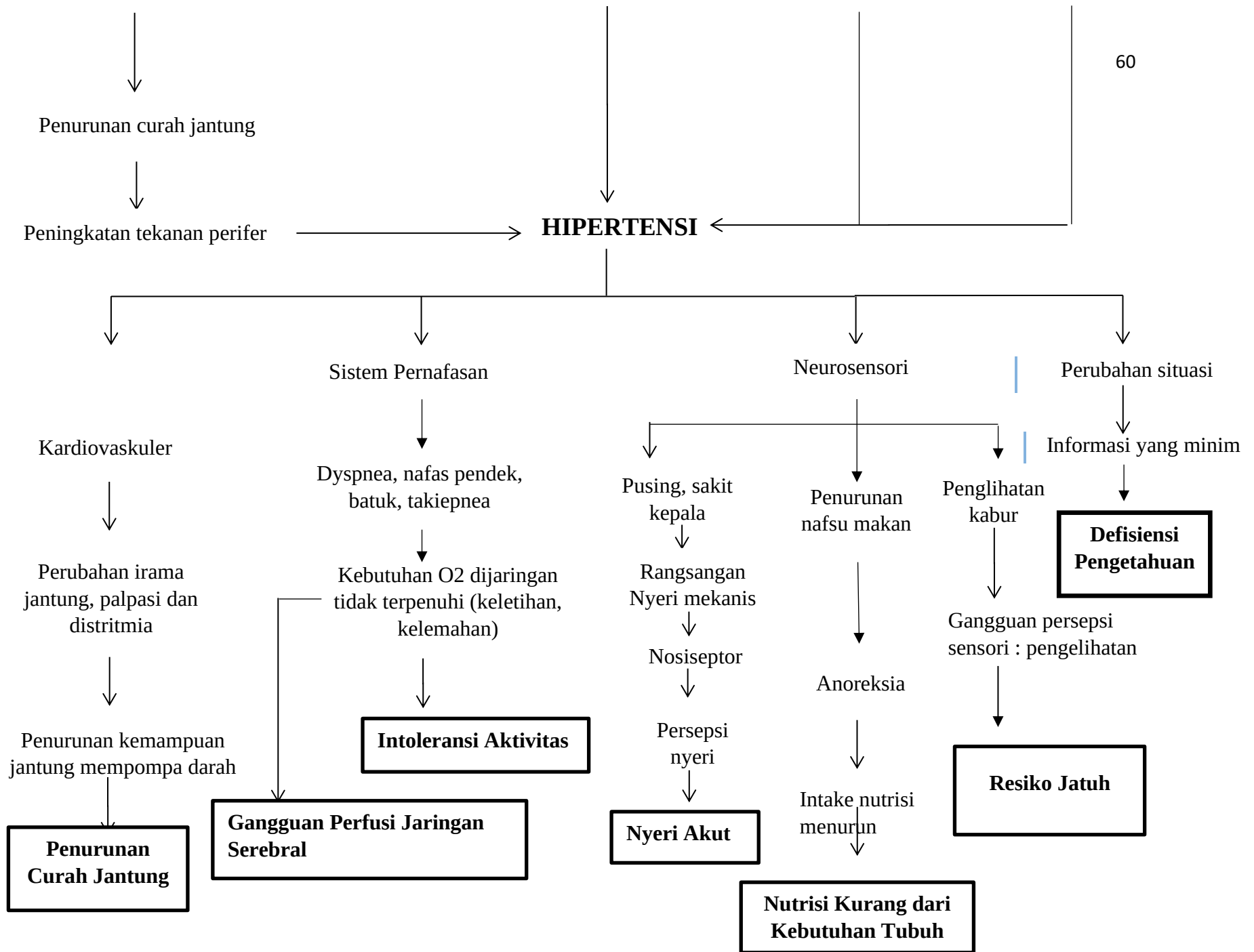
Evaluasi diartikan sebagai tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa

keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya (Nursalam, 2013), maka hasil yang diharapkan sesuai dengan rencana tujuan yaitu:

- a. Tidak ada penurunan kesadaran
- b. Tanda- tanda vital stabil
- c. Pasien dapat melakukan aktivitas sesuai toleransi
- d. Nyeri pasien berkurang
- e. Nutrisi pasien terpenuhi
- f. Klien terbebas dari kejadian jatuh
- g. Klien tahu informasi mengenai hipertensi

C. WOC HIPERTENSI





BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Desain Rancangan Studi Kasus

Metode yang digunakan adalah metode studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui satu kasus yang terdiri dari unit. Unit tunggal disini dapat berarti seseorang kelompok penduduk yang terkena suatu masalah, misalnya keracunan atau sekelompok masyarakat disuatu daerah.

Dalam studi kasus ini penulis melakukan studi untuk mengeksplorasi Masalah Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Klien Dengan Hipertensi

B. Subyek Studi Kasus

Dalam studi kasus ini mendeskripsikan mengenai karakteristik partisipan atau unit analisis atau subyek studi kasus yang akan diteliti. Unit analisis atau subyek studi kasus dalam keperawatan umumnya adalah klien dan keluarga. Dalam penelitian ini adapun yang menjadi subyek studi kasus yaitu 1 lansia dengan diagnosa medis Hipertensi dalam batasan usia 60 tahun.

C. Focus Studi kasus

Memberikan asuhan keperawatan gerontik pada klien dengan Hipertensi.

D. Definisi Oprasional Fokus Studi Kasus

1. Asuhan Keperawatan Gerontik

Salah satu definisi proses asuhan keperawatan pada usia lanjut adalah sebagaimana dikemukakan oleh Depkes (1993), yaitu kegiatan yang dimaksudkan untuk memberikan bantuan, bimbingan, pengawasan, perlindungan, dan pertolongan kepada lanjut usia secara individu, seperti di rumah/lingkungan keluarga, panti wreda, maupun puskesmas yang diberikan oleh perawat untuk asuhan keperawatan yang masih dapat dilakukan oleh anggota keluarga atau petugas sosial yang bukan tenaga keperawatan, diperlukan latihan sebelumnya atau bimbingan langsung pada waktu tenaga keperawatan, diperlukan latihan sebelumnya atau bimbingan langsung pada waktu tenaga keperawatan melakukan asuhan keperawatan di rumah atau panti (Sunaryo., dkk, 2016).

2. Pengertian Lansia

Lansia adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang terjadi (Padila, 2013).

3. Hipertensi

Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolic sedikitnya 90 mmHg.

Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal, dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah, makin besar resikonya (Nurarif, Amin Huda & Kusuma, Hardhi, 2015).

E. Metode Pengumpulan data

Bentuk pengumpulan data yang digunakan untuk penyusunan studi kasus yaitu:

1. Wawancara

Pada saat pengumpulan data perawat telah melakukan teknik wawancara untuk mengumpulkan data baik data subjektif maupun data objektif. Sumber data didapatkan dari pasien anak yang mengalami Hipertensi, keluarga dan perawat yang berjaga di ruangan.

2. Teknik Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Teknik observasi dan pemeriksaan fisik dimana perawat langsung mengamati kondisi pasien sesuai manifestasi klinis yang muncul serta dilakukan pemeriksaan fisik berdasarkan Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan Auskultasi (IPPA).

3. Pengumpulan data berdasarkan studi dokumentasi

Teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan mempelajari buku-buku referensi, laporan-laporan, jurnal-jurnal yang berkaitan dengan objek penelitian. Pada sub bab ini studi dokumentasi merupakan hasil dari pemeriksaan diagnostik atau pemeriksaan penunjang dan data-data lain seperti catatan rekam medis pasien, buku-buku referensi,

laporan-laporan hingga jurnal-jurnal yang berkaitan dengan penelitian ini.

F. Lokasi Dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini akan dilaksanakan di Wilayah Puskesmas 1 Denpasar Selatan. Dengan kunjungan ke rumah klien sebanyak 2 kali dalam 30 menit dan pengambilan kasus dari tanggal 15 sampai 16 Januari 2020

G. Analisa Data dan Penyajian data

Analisa data dilakukan sejak peneliti berada di UPTD Puskesmas 1 Denpasar Selatan dari pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan beberapa kasus yang sama dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Urutan dalam analisis adalah sebagai berikut :

1. Pengumpulan data

Data yang dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi (WOD) yang sebelumnya dituliskan pada catatan lapangan kemudian disalin dalam bentuk format (catatan terstruktur). Data yang diperoleh merupakan data subjektif dan data objektif.

2. Mereduksi data

Setelah data yang didapatkan berdasarkan pada pengumpulan data dengan teknik WOD, selanjutnya data lebih difokuskan kembali pada

bagian-bagian yang sesuai dengan data yang didapat di lapangan dan dituliskan pada format pengkajian yang telah disediakan.

3. Penyajian data

Data yang sebelumnya telah direduksi, kemudian data tersebut dapat disajikan dalam bentuk tabel analisa data keperawatan. Tabel ini berisikan data-data yang bersifat abnormal baik data subjektif maupun data objektif yang di dapat dalam format pengkajian lansia yang telah ditulis sebelumnya.

4. Kesimpulan

Berdasarkan data yang telah difokuskan pada tabel analisa data keperawatan, dari data tersebutlah kesimpulan dapat diambil. Kesimpulan diambil berdasarkan gejala dan tanda minor serta tanda mayor yang disesuaikan dengan manifestasi klinis yang dimunculkan oleh pasien, selanjutnya akan dituangkan dalam diagnosa keperawatan sesuai dengan penelitian-penelitian ataupun buku-buku referensi diagnosa keperawatan yang valid.

H. Etika Studi Kasus

Dalam studi kasus asuhan keperawatan pada pasien anak dengan Hipertensi di UPTD Puskesmas 1 Denpasar Selatan, etika yang perlu diperhatikan adalah:

1. *Information Sheet*

Information sheet atau lembar informasi yang berisikan lembar yang berisikan tentang segala informasi yang akan peneliti (perawat) lakukan pada pasien lansia yang mengalami Hipertensi, diantaranya mengenai manfaat tindakan, tujuan tindakan, serta prosedur tindakan yang akan dilakukan pada pasien anak yang mengalami Hipertensi di UPTD Puskesmas 1 Denpasar Selatan.

2. *Inform Consent*

Inform consent yaitu suatu lembar yang berisikan tentang permintaan persetujuan kepada keluarga pasien bahwa bersedia untuk menjadi narasumber atau partisipan dalam penelitian ini. Apabila pasien dan keluarga pasien menyetujui untuk berpartisipasi dalam penelitian ini maka pasien dan keluarga pasien akan menandatangani lembar *inform consent* sebagai tanda pasien dan keluarga mengerti dengan apa yang akan perawat lakukan sesuai dengan lembar informasi yang telah dijelaskan oleh perawat sebelumnya.

3. *Anonimity*

Perawat akan menjaga identitas pasien dengan tidak membubuhkan nama lengkap, ataupun nama singkat dari pasien akan tetapi perawat hanya membubuhkan inisial pasien dalam penelitian ini.

4. *Confidentiality*

Perawat akan menjaga kerahasiaan data pasien dengan cara menaruh segala data-data penting di dalam komputer dalam file-file

penulis dan dikunci dengan kata sandi akan tetapi kata sandi hanya diketahui penulis.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Lokasi pengambilan data pada klien yaitu di wilayah kerja UPTD Puskesmas 1 Denpasar Selatan yang berlokasi di Jl. Gurita No. 8, Sesetan Selatan, Kec. Denpasar selatan, Kota Denpasar. Pengumpulan data klien dilakukan di rumah klien yang beralamat Jl. Sidakarya No. 134 pada tanggal 15 Januari 2020. Wilayah kerja puskesmas 1 Denpasar Selatan terdiri dari 2 kelurahan yaitu Kelurahan sesetan dan Kelurahan Sidakarya. Puskesmas 1 Denpasar Selatan memiliki 2 gedung yaitu gedung barat dan gedung timur. Gedung barat terdiri dari ruang kepala puskesmas, ruang pendaftaran, UGD, layanan umum, layanan gigi dan konsultasi gigi, apotek, Gedung logistic, gedng umum, ruang TU, dan ruang pertemuan. Gedung timur terdiri dari layanan KIA, layanan KB, imunitas, dan layanan anak.

2. Karakteristik Partisipan

Klien bernama Ny. A berusia 62 tahun tinggal di Jl. Sidakarya No. 134, beragama hindu, klien mampu menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diberikan oleh perawat, klien sangat kooperatif terhadap perawat sehingga perawat lebih mudah mendapatkan data dari klien

3. Asuhan Keperawatn

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 April 2020 pukul 14.20 Wita pada Klien Ny. A. Pengkajian dilakukan di rumah klien dengan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan catatan medis klien.

1) Pengumpulan Data

a) Identitas Klien

No	Identitas Klien	Klien Ny. A
1.	Nama	Ny. A
2.	Jenis Kelamin	Perempuan
3.	Umur	62 th
4.	Agama	Hindu
5.	Pendidikan	Sarjana Muda
6.	Pekerjaan	Guru Honorer
7.	Status Perkawinan	Menikah
8.	Suku/Bangsa	Bali/Indonesia
9.	Alamat	Jl. Sidakarya No. 134
10.	No.Telepon	082147xxx
11.	Dx Medis	Hipertensi

b) Riwayat Penyakit

(1) Klien Tn.R

(a) Keluhan Utama saat pengkajian

Klien mengatakan belum mengetahui tentang penyakitnya karena kurangnya informasi

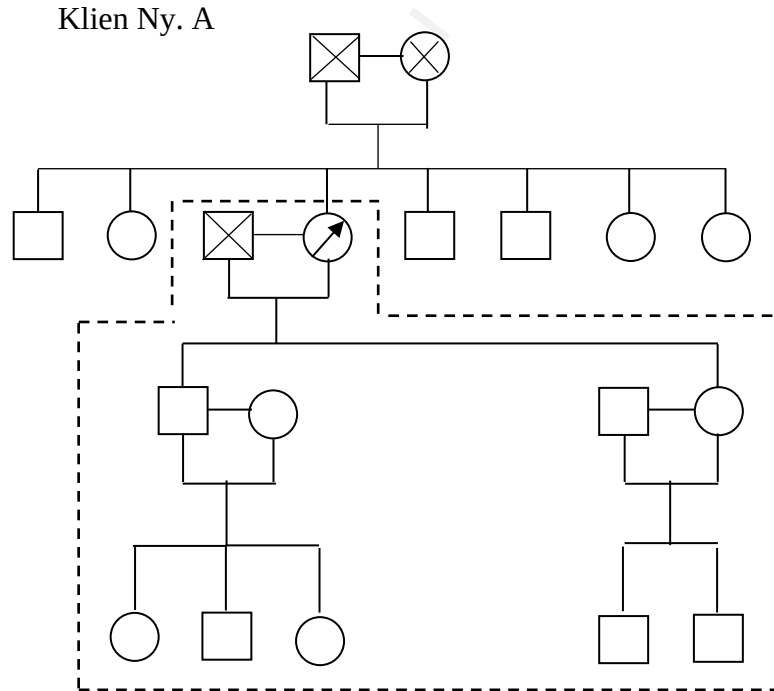
(b) Masalah Kesehatan yang pernah dialami dan dirasakan saat ini

Klien mengatakan kadang-kadang merasa pusing dan sakit di belakang kepala, nyeri seperti tertimpa benda berat, nyeri hilang timbul dengan skala nyeri 3-4 dari skala nyeri yang diberikan dan lama nyeri 15 detik, klien juga mengatakan sudah lebih dari 2 tahun yang lalu menderita hipertensi.

(c) Masalah Kesehatan Keluarga / Keturunan

Klien mengatakan memiliki riwayat keturunan seperti hipertensi

c) Genogram
Klien Ny. A



Keterangan :

- : Laki-laki
- × : Sudah meninggal
- : Perempuan
- : Hubungan
- ↗ : Klien
- - - - : Tinggal dalam satu rumah

Keterangan Genogram :

Klien memiliki 2 anak laki-laki, klien tinggal serumah dengan kedua anaknya dan kedua menantunya, klien mempunyai seorang cucu yaitu 4 cucu laki-laki, dan 1 cucu perempuan.

d) Status Fungsional

(1) Biologis

No	Biologis	Klien Ny. A
1.	Pola Makan	Sebelum sakit dan saat pengkajian Klien mengatakan biasa makan 3 kali sehari
2.	Pola Minum	Sebelum sakit dan saat pengkajian klien mengatakan biasa minum air putih 5-7 gelas perhari ($\pm 1000-1400$ cc sehari).
3.	Pola Istirahat Tidur	Sebelum sakit dan saat pengkajian pola tidurnya normal
4.	Pola Eliminasi	BAK: Sebelum sakit dan saat pengkajian klien mengatakan BAK 3-4 kali sehari dengan warna kencing kuning, tidak ada darah/nanah dan aliran lancar. BAB: Sebelum sakit dan saat pengkajian klien mengatakan biasa BAB 1 kali dalam sehari dengan konsistensi lembek dan bau khas feces.
5.	Rekreasi	Klien mengatakan sering jalan-jalan dan berolahraga di hari libur

e) Aktivitas Sehari – hari

	Klien Ny. A				
Aktivitas (ADL)	0	1	2	3	4
Makan	√				
Mandi	√				
Toileting	√				
Berpakaian	√				
Mobilisasi ditempat tidur	√				
Mobilisasi berpindah	√				
Berias	√				
ROM	√				

Keterangan:

0 : Mandiri

1 : Membutuhkan alat bantu

2 : Membutuhkan pengawasan orang

3 : membutuhkan bantuan orang lain

4 : Ketergantungan total

Hasil :

Klien Ny. A dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari seperti makan, mandi, toileting, berpakaian, mobilisasi ditempat tidur, mobilisasi berpindah, berias, dan ROM klien lakukan secara mandiri.

d) Indeks KATZ

Indek	Keterangan
Klien Ny. A	
A	Mandiri dalam makan, kontinensia (BAB, BAK), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah, dan mandi.
B	Mandiri semuanya kecuali salah satu dari fungsi diatas.
C	Mandiri, kecuali mandi, dan satu lagi fungsi yang lain.
D	Mandiri, kecuali mandi, berpakaian dan satu lagi fungsi yang lain.
E	Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan satu
F	Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan satu fungsi yang lain.
G	Ketergantungan untuk enam fungsi tersebut
Lain – lain	Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasi sebagai C, D, E, F dan G
Keterangan	Klien Tn.R termasuk ke dalam indeks KATZ A karena Mandiri dalam makan, kontinensia (BAB dan BAK), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah, dan mandi.

(1) Psikologis

(a) Status Mental (SPMSQ/ MMSE)

Short Portabel Mental Status Questionnaire (SPMSQ)			
Skore		N0	Pertanyaan
Klien Ny. A			
+	-		
√		1.	Tanggal berapa hari ini?
√		2.	Hari apa sekarang ini?
√		3.	Apa nama tempat ini?
√		4.	Berapa nomer telepon anda?
		4a.	Dimana alamat anda? Tanyakan hanya klien tidak mempunyai telepon
√		5	Berapa umur anda?
√		6	Kapan anda lahir?
√		7	Siapa presiden indonesia sekarang?
√		8	Siapa presiden sebelumnya?
√		9	Siapa nama kecil ibu anda?
√		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun
	0	Jumlah kesalahan total	

Keterangan Penilaian SPMSQ :

Kesalahan 8 - 10 fungsi intelektual berat

Kesalahan 5 – 7 fungsi intelektual sedang

Kesalahan 3 - 4 fungsi intelektual ringan

Kesalahan 0 - 2 fungsi intelektual utuh

Penilaian skor klien 0 = fungsi intelektual utuh

Hasil:

Klien Ny. A jumlah kesalahan adalah 0 yang artinya fungsi intelektual klien utuh.

(b) Depresi (Beek/Yasavage)

No	Uraian Depresi Beck	Skore
A. Kesedihan		Klien Ny. A
3	Saya sangat sedih atau tidak bahagia dimana saya tak dapat menghadapinya	
2	Saya galau atau sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya	
1	Saya merasa sedih atau galau	
0	Saya tidak merasa sedih	0
B. Pesimisme		
3	Saya merasa bahwa masa depan saya adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat membaik	
2	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang kedepan	
1	Saya merasa terkecil hati mengenai masa depan	
0	Saya tidak begitu pasimis atau kecil hati tentang masa depan	0
C. Rasa kegagalan		
3	Saya merasa saya benar-benar gagal sebagai seseorang (orang tua, suami, Istri)	
2	Seperti melihat ke belakang hidup saya, semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan	
1	Saya merasa saya telah gagal melebihi orang pada umumnya	

0	Saya tidak merasa gagal	0
D. Ketidakpuasan		
3	Saya tidak puas dengan segalanya	
2	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun	
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan	
0	Saya tidak merasa tidak puas	0
E. Rasa Bersalah		
3	Saya merasa seolah-olah saya sangat buruk atau tak berharga	
2	Saya merasa sangat bersalah	
1	Saya merasa buruk atau tak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik	
0	Saya tidak merasa benar-benar bersalah	0
F. Tidak Menyukai Diri Sendiri		
3	Saya benci diri saya sendiri	
2	Saya muak dengan diri saya sendiri	
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri	
0	Saya tidak mempunyai pikiran-pikiran mengenai membahayakan diri sendiri	0
G. Membahayakan Diri Sendiri		
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan	
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri	
1	Saya merasa lebih baik mati	
0	Saya tidak mempunyai pikiran-pikiran mengenai membahayakan diri sendiri	0
H. Menarik Diri dari Sosial		
3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka semua	

2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak sedikit perasaan pada mereka	
1	Saya kurang berminat pada orang lain dari pada sebelumnya	
0	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain	0
I. Keragu-raguan		
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali	
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan	
1	Saya berusaha mengambil keputusan	
0	Saya membuat keputusan yang baik	0
J. Perubahan Gambaran Diri		
3	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikkan	
2	Saya merasa bahwa ada perubahan-perubahan yang permanet dalam penampilan saya dan ini membuat saya tidak menarik	
1	Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tidak menarik	
0	Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk daripada sebelumnya	0
K. Kesulitan Kerja		
3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali	
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu	
1	Ini memerlukan upaya tambahan untuk memulai melakukan sesuatu	
0	Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya	0
L. Keletihan		

3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu	
2	Saya lelah untuk melakukan sesuatu	
1	Saya lelah lebih dari yang biasanya	1
0	Saya tidak lebih lelah dari biasanya	
M. Anoreksia		
3	Saya tidak lagi mempunyai nafsu makan sama sekali	
2	Nafsu makan saya sangat buruk sekarang	
1	Nafsu makan saya tidak sebaik sebelumnya	
0	Nafsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya	0

Keterangan Penilaian :

0-4 = Depresi tidak ada atau minimal

5-7= Depresi ringan

8-15= Depresi sedang

>15 =depresi berat

Hasil :

Skore klien Ny. A adalah 1 yang artinya pada klien tidak ada depresi atau minimal.

(c) Keadaan Emosi

1. Keadaan emosi: selama diwawancara klien Ny. A selalu menjawab dengan ramah

(d) Konsep Diri

1. Identitas diri: klien mampu menyebutkan nama, alamat, tempat tinggal sekarang, jenis kelamin, umur dan agama
2. Gambarn diri: klien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya
3. Ideal diri: klien mengatakan biasa dan senang bergaul dengan tetangga disekitarnya.
4. Peran diri: klien mengatakan diusia senjanya masih masih dapat bekerja
5. Harga diri: Klien mengatakan dirinya sudah tua, tetapi anak-anaknya tetap menghormatinya

(e) APGAR Keluarga

APGAR Keluarga			Skore
No	Fungsi	Uraian	Klien Ny. A
1	Adaptasi	Saya puas bahwa dapat kembali pada keluarga saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	2
2	Hubungan	Saya puas dengan cara keluarga saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	2
3	Pertumbuhan	Saya puas bahwa keluarga saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru.	2
	Afeksi	Saya puas dengan cara keluarga saya mengekspresikan afek dan berespon	2

4		terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.	
5	Pemecahan	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	2

Keterangan :

Skor 2 jika selalu

Skor 1 jika kadang-kadang

Skor 0 jika hampir tidak pernah

Hasil :

1. Hasil Adaptasi: Klien Ny. A mengatakan selalu merasa puas karena keluarga dapat membantu saat ada sesuatu menyusahkan saya.

2. Hasil hubungan: Klien Ny. A mengatakan selalu merasa puas dengan cara keluarga membicarakan sesuatu dan mengungkapkan masalah dengan saya.
3. Hasil Pertumbuhan: Klien Ny. A mengatakan kadang-kadang merasa puas saat keluarga menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru,
4. Hasil Apeksi: Klien Ny. A mengatakan selalu merasa puas dengan cara keluarga mengekspresikan afek dan respon terhadap emosi-emosi, seperti marah, sedih atau mencintai.
5. Hasil Pemecahan: Klien Ny. A mengatakan kadang-kadang merasa puas dengan cara teman-teman dan menyediakan waktu bersama-sama.

(2) Status Sosial

- (a) Dukungan sosial: klien mengatakan mendapat dukungan dari seluruh anggota keluarganya, seperti kontrol ke Puskesmas untuk mengontrol tekanan darah.
- (b) Hubungan dengan keluarga: klien mengatakan hubungan klien dengan keluarga berjalan dengan baik dan harmonis.
- (c) Hubungan dengan keluarga lain: Klien mengatakan hubungan dengan tetangga di rumahnya berjalan baik karena sering berinteraksi.

(3) Data sosial

Saat dan sesudah pengkajian: klien mengatakan belum mengetahui tentang penyakitnya, klien tampak bingung dan bertanya-tanya tentang penyakitnya

(4) Data Spiritual

- (a) Pelaksanaan ibadah: klien mengatakan beragama hindu, biasanya menghaturkan canang di tempat suci.
- (b) Keyakinan tentang kesehatan: klien meyakini jika penyakit klien dapat dikontrol dengan melakukan pengobatan teratur di Puskesmas dan klien meyakini sakitnya adalah sakit medis.

(3) Pemeriksaan Fisik

No	Observasi	Klien Ny. A
1.	Keadaan Umum	Baik
2.	GCS	(E4V5M6)
3.	Tingkat Kesadaran	Compos Mentis
4.	Tanda-tanda vital: Suhu Nadi Respirasi Tekanan Darah : Posisi Duduk	37 °C 86 kali/menit 21 kali/menit 130/90 mmhg Normal
5.	Tinggi Badan	156 cm
6.	Berat Badan	61 kg
7.	Kepala	Inspeksi : Rambut tampak sedikit uban, tidak ada luka, kebersihan kepala cukup, pertumbuhan rambut merata Palpasi : tidak ada nyeri tekan
8.	Mata	Inspeksi : Bentuk mata kiri dan kanan simetris, reflek pupil +/-, pupil isokor, pergerakan bola mata terkoordinir, tampak ada lingkaran hitam dibawah mata dan pasien tampak menggunakan kacamata. Palpasi : Nyeri tekan tidak ada
9.	Hidung	Inspeksi : Bentuk simetris, mukosa hidung merah muda, sekret tidak

		ada, benjolan tidak ada, pernapasan cuping hidung tidak ada Palpasi : Nyeri tekan tidak ada.				
10.	Telinga	Inspeksi : Klien berespon terhadap suara, bentuk simetris, serumen tidak ada Palpasi : Nyeri tekan tidak ada.				
11.	Mulut	Inspeksi: Mukosa bibir lembab lidah tampak bersih, perdarahan gusi tidak ada Palpasi: Tidak ada pembesaran tonsil.				
12.	Leher	Inspeksi: Pembesaran kelenjar tiroid tidak ada Palpasi: nyeri tekan tidak ada, bendungan vena jugularis tidak ada.				
13.	Thorax	Inspeksi: Pergerakan dada simetris, retraksi otot dada tidak ada Palpasi: Nyeri tekan tidak ada Auskultasi: Ronchi tidak ada, wheezing tidak ada, bunyi jantung S1S2 tunggal reguler, suara napas vesikuler. Perkusi : Suara paru sonor				
14.	Abdomen	Inspeksi: Tidak ada lesi, tidak ada lebam dan pembengkakan Auskultasi: Bising usus 8 kali/menit Palpasi: Tidak ada nyeri tekan . Perkusi: Suara abdomen tympani				
	Ekstremitas: Atas Bawah	Pergerakan terkoordinir, capillary refile time < 2 detik, edema tidak ada, nyeri tekan tidak ada, cyanosis tidak ada Pergerakan terkoordinir, lesi tidak ada, edema tidak ada, refek patela +/-. Kekuatan otot : <table><tr><td>555</td><td>555</td></tr><tr><td>555</td><td>555</td></tr></table>	555	555	555	555
555	555					
555	555					
15.	Kulit	Warna kulit sawo matang, turgor kulit kurang elastic, kulit bersih, tidak terdapat luka				
16.	Genetalia	Tidak terkaji				

(4) Keadaan Lingkungan

Lingkungan rumah klien cukup bersih, ventilasi udara cukup baik, lantai dari semen, dan sumber air bersih didapat dari pam

(5) Pemeriksaan Diagnostik

Tidak ada data penunjang

2) Analisa Data

ANALISA DATA PADA KLIEN Ny. A**DENGAN HIPERTENSI****DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS 1 DENPASAR SELATAN****TANGGAL 15-16 JANUARI 2020**

Analisa Data	Etiologi	Masalah
Ny. A		
1. Data Subyektif: a. Klien mengatakan belum mengetahui tentang penyakitnya karena kurangnya informasi 2. Data Objektif: a. Klien tampak bingung dan bertanya-tanya tentang penyakitnya	Hipertensi ↓ Perubahan situasi ↓ Informasi yang minim ↓ Defisiensi pengetahuan	Defisiensi Pengetahuan
1. Data Subyektif: a. Klien mengatakan kadang-kadang merasa pusing dan nyeri di belakang kepala, nyeri seperti tertimpa benda berat, nyeri hilang timbul dengan skala nyeri 3-4 dari skala nyeri yang diberikan, lama nyeri sekitar 15 detik 2. Data Objektif: a. Hasil TTV klien: Suhu: 37 °C Nadi: 86 kali/menit RR: 21 kali/menit TD: 130/90 mmHg	Hipertensi ↓ Neurosensori ↓ Pusing, sakit kepala ↓ Rangsangan nyeri mekanis ↓ Nosiseptor ↓ Persepsi nyeri ↓ Nyeri akut	Nyeri Akut

B. Diagnosis Keperawatan

1. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif, kurang informasi, kurang sumber pengetahuan ditandai dengan pasien mengatakan belum mengetahui tentang penyakitnya karena kurangnya informasi, pasien tampak bingung dan bertanya-tanya tentang penyakitnya.
2. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral ditandai dengan klien mengatakan kadang-kadang merasa pusing dan nyeri di belakang kepala, nyeri seperti tertimpa benda berat, nyeri hilang timbul dengan skala nyeri 3-4 dari skala nyeri yang diberikan, lama nyeri sekitar 15 detik dan TTV klien: TD: 130/90 mmHg, Suhu: 37 °C, Nadi: 86 kali/m
RR: 21 kali/menit

C. Perencanaan Keperawatan

1) Prioritas Diagnosis Keperawatan

Masalah keperawatan klien diprioritaskan berdasarkan keluhan yang paling dirasakan klien:

1. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral ditandai dengan klien mengatakan kadang-kadang merasa pusing dan nyeri di belakang kepala, nyeri seperti tertimpa benda berat, nyeri hilang timbul dengan skala nyeri 3-4 dari skala nyeri yang diberikan, lama nyeri sekitar 15 detik dan TTV klien: TD: 130/90 mmHg, Suhu: 37 °C, Nadi: 86 kali/m RR: 21 kali/menit
2. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif, kurang informasi, kurang sumber pengetahuan ditandai dengan pasien mengatakan belum mengetahui tentang penyakitnya karena kurangnya informasi, pasien tampak bingung dan bertanya-tanya tentang penyakitnya.

2) Rencana Keperawatan

RENCANA KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny. A
DENGAN HIPERTENSI
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS 1 DENPASAR SELATAN
TANGGAL 15-16 JANUARI 2020

No	Diagnosa keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral ditandai dengan klien mengatakan kadang-kadang merasa pusing dan nyeri di belakang kepala, nyeri seperti tertimpa benda berat, nyeri hilang timbul dengan skala nyeri 3-4 dari skala nyeri yang diberikan, lama nyeri sekitar 15 detik dan TTV klien: TD: 130/90 mmHg, Suhu: 37 °C, Nadi: 86 kali/m RR: 21 kali/menit	Setelah diberikan asuhan keperawatan 2 kali kunjungan selama 60 menit diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1. skala nyeri klien berkurang menjadi skala nyeri 1-2 2. tekanan darah klien menjadi normal yaitu TD: 120/80 mmHg 3. klien tampak nyaman	1. Observasi TTV pasien dan kaji nyeri klien dengan tehnik PQRST 2. Ajarkan tehnik distraksi dan relaksasi 3. Beri HE tentang manajemen nyeri 4. diskusikan pemilihan terapi	1. Mengetahui TTV klien dan penyebab, kualitas, region, skala dan waktu terjadinya nyeri 2. untuk mengurangi rasa nyeri pasien dan memberikan rasa nyaman 3. agar klien dapat mengelola nyeri 4. untuk mempercepat penyembuhan
2	Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif, kurang informasi, kurang sumber pengetahuan ditandai dengan pasien mengatakan belum paham dengan penyakit yang dideritanya karena kurangnya informasi dan pasien tampak bingung tentang penyakitnya.	Setelah diberikan asuhan keperawatan 2 kali kunjungan selama 60 menit diharapkan informasi klien terpenuhi tentang hipertensi: 1. klien menyatakan pemahaman tentang penyakitnya 2. klien mampu melaksanakan	1. kaji kesiapan dan hambatan pasien dalam belajar 2. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan klien tentang penyakitnya 3. jelaskan tentang proses	1. untuk mengetahui kesiapan dan hambatan dalam belajar 2. untuk mengetahui seberapa pengetahuan klien tentang penyakitnya 3. agar klien memahami

		prosedur yang dijelaskan secara benar 3.mempertahankan tekanan darah klien	penyakit yang spesifik 4. Delegatif pemberian obat Amlodipine 10 mg per hari	penyakit yang dialaminya 4. untuk mempercepat penyembuhan
--	--	--	---	---

D. Pelaksanaan

PELAKSANAAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny. A
DENGAN HIPERTENSI
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS 1 DENPASAR SELATAN
TANGGAL 15-16 JANUARI 2020

Hari/Tgl/ Jam	No Dx	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Rabu/15 Januari 2020/15.00 Wita	1	Mengobservasi TTV pasien dan mengkaji nyeri klien dengan tehnik PQRST	Ds: klien mengatakn masih merasa nyeri skala nyeri maish 3-4 Do: Hasil TTV klien: Suhu: 37 °C Nadi: 86 x/m RR: 21 x/m TD:130/90 mmHg	
Pukul 15.10 wita	1	Mengajarkan tehnik distraksi dan relaksasi	Ds: klien mengatakan sudah merasa sedikit nyaman Do: klien tampak kooperatif	
Pukul 15.20 Wita	1	Memberikan HE tentang manajemen nyeri	Ds: klien bersedia mengikuti intruksi perawat Do: klien tampak kooperatif	
Pukul 15.30 Wita	1	Mendiskusikan pemiliha terapi	Ds: klien mengatakan bersedia mengikuti intruksi perawat Do: klien tampak kooperatif	
Pukul 15.40 Wita	2	Mengkaji kesiapan dan hambatan pasien dalam belajar	Ds: klien mengatakan kesiapannya untuk belajar Do: klien tamapak kooperatif	
Pukul 15.50 Wita	2	Memberikan penilaian tentang pengetahuan klien tentang penyakitnya	Ds: klien mengatakan tidak paham dengan penyakitnya Do: klien tampak kebingungan	
Pukul 16.00 Wita	2	Menjelaskan tentang proses penyakit yang spesifik	Ds: klien mengatakan sudah sedikit paham dengan penyakitnya	

			Do: klien tampak kooperatif	
Pukul 16.10 Wita	2	Delegatif pemberian obat Amlodipine 10 mg per hari	Ds: klien mengatakan bersedia mengikuti intruksi perawat Do: klien tampak kooperatif	
Kamis/16 Januari 2020/16.00 Wita	1	Mengobservasi TTV pasien dan mengkaji nyeri klien dengan tehnik PQRST	Ds: klien megatakan nyerinya sudah berkurang menjadi 1-2 Do: Hasil TTV klien: Suhu: 37 °C Nadi: 86 x/m RR: 21 x/m TD: 120/80 mmHg	
Pukul 16.10 Wita	1	Mengajarkan tehnik distraksi dan relaksasi	Ds: klien mengatakan sudah merasa nyaman Do: klien tampak kooperatif dan tampak nyaman	
Pukul 16.20 Wita	1	Memberikan HE tentang manajemen nyeri	Ds: klien mengatakan nyerinya berkurang dengan menggunakan manajmen nyeri Do: klien tampak kooperatif	
Pukul 16.30 Wita	1	Mendiskusikan pemilihan terapi	Ds:klien mengatakan bersedia mengikuti intruksi perawat Do: klien tampak kooperatif	
Pukul 16.40 Wita	2	Mengkaji kesiapan dan hambatan pasien dalam belajar	Ds: klien mengatakan kesiapannya untuk belajar Do: Klien tamapak kooperatif	
Pukul 16.50 Wita	2	Memberikan penilaian tentang pengetahuan klien tentang penyakitnya	Ds: klien mengatakan sudah sedikit paham dengan penyakitnya Do: klien tampak kooperatif	
Pukul 17.00 Wita	2	Menjelaskan tentang proses penyakit yang spesifik	Ds: klien mengatakan sudah paham dengan penyakitnya Do: klien tampak kooperatif	

Pukul 17.10 Wita	2	Delegatif pemberian obat Amlodipine 10 mg per hari	Ds: klien mengatakan bersedia mengikuti intruksi perawat Do: klien tampak kooperatif	
---------------------	---	---	---	--

E. Evaluasi

EVALUASI KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny. A
DENGAN HIPERTENSI
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS 1 DENPASAR SELATAN
TANGGAL 15-16 JANUARI 2020

Hari/tgl	Dx	Evalusi (SOAP)	Paraf
Kamis/16 Januari 2020	1	S: klien mengatakan nyerinya berkurang dengan skala nyeri 1-2 dan merasa nyaman O: Tekanan darah pasien dalam batas normal klien yaitu TD: 120/80 mmHg dan tampak nyaman A: Tujuan 1, 2, 3 tercapai masalah teratasi P: Pertahankan Intervensi	
	2	S: klien mengatakan paham dengan penyakitnya O: klien tampak kooperatif A: Tujuan 1,2,3 tercapai masalah teratasi P: Pertahankan intervensi	

B. Pembahasan

Pembahasan dalam bab ini akan membahas tentang kesenjangan antara konsep teori dengan kenyataan yang terjadi dalam kasus. argumentasi terhadap kesenjangan yang terjadi dan solusi atau pemecahan yang diambil untuk mengatasi masalah yang terjadi saat memberikan asuhan keperawatan pada Ny. A dengan hipertensi di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas I Denpasar Selatan. Asuhan keperawatan tersebut dilaksanakan pada tanggal 15-16 Januari 2020 pada Ny. A. Pembahasan ini meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2013). Proses keperawatan dilaksanakan pada Ny. A melalui beberapa tehnik yaitu wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan home visit. Menurut tinjauan teori ada 8 tanda dan gejala hipertensi yaitu mengeluh sakit kepala, lemas, kelemahan, sesak nafas, gelisah, mual, muntah, epitaksis, kesadaran menurun

Data pengkajian yang diperoleh pada Ny. A dari 8 tanda dan gejala hipertensi menurut teori yang muncul pada Ny. A adalah 1 tanda dan gejala yaitu sakit kepala dan sedangkan 7 tanda dan gejala yang tidak muncul pada Ny. A yaitu lemas, kelemahan, sesak nafas, gelisah, mual, muntah, epitaksis, kesadaran menurun.

Dari data pengkajian lainnya yang diperoleh pada Ny. A seperti keluhan saat pengkajian, status fungsional, aktivitas sehari-hari, indeks KATZ yaitu psikologi (status mental, depresi: keadaan emosi, konsep diri, APGAR keluarga), status sosial, data sosial, data spiritual, pemeriksaan fisik, dan keadaan lingkungan hanya beberapa saja yang diperoleh dari data-data yang mengacu pada hipertensi seperti pemeriksaan fisik: tekanan darah klien yang didapat yaitu 130/90 mmHg, data sosial (belajar) dan keluhan saat pengkajian: klien mengatakan belum mengetahui penyakitnya karena kurangnya informasi.

Jika dilihat berdasarkan data yang diperoleh dari klien tidak semua tanda dan gejala hipertensi yang didapat penulis sesuai dengan tinjauan teori hal ini dikarenakan klien selalu melakukan kontrol dan minum obat setiap hari. Perbedaan hasil data pengkajian dari Ny. A pada hipertensi diperoleh hasil: tanda gejala yang muncul atau terlihat pada kasus Ny. A yaitu ada 1 tanda dan gejala dari 8 tanda dan gejala menurut konsep teori Nuarif (2015).

2. Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan teori Nuarif (2015) ada 7 diagnosa keperawatan yang dijelaskan yaitu penurunan curah jantung, gangguan perfusi jaringan serebral, intoleransi aktivitas, nyeri akut, nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, resiko jatuh, dan defisiensi pengetahuan. Dari tinjauan teori dan keluhan saat pengkajian dapat dirumuskan 2 diagnosa keperawatan pada klien Ny. A dengan hipertensi yaitu nyeri akut dan defisiensi pengetahuan. Dari masalah tersebut jika dibandingkan dengan tinjauan teori asuhan keperawatan dua diagnosa ini sudah sesuai dengan teori yaitu nyeri akut berhubungan dengan peningkatan

tekanan vaskuler serebral: klien mengatakan kadang-kadang mengeluh pusing dan sakit di belakang kepala dan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif, kurang informasi, kurang sumber pengetahuan: klien mengatakan belum mengetahui tentang penyakitnya karena kurangnya informasi. Sedangkan 5 diagnosa keperawatan yang lain yang tidak muncul dikarenakan data yang diperoleh dari klien tidak semua tanda dan gejala hipertensi yang didapat penulis sesuai dengan tinjauan teori hal ini dikarenakan klien selalu melakukan kontrol dan minum obat setiap hari.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk pencegahan, mengurangi atau mengoreksi masalah - masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosa keperawatan. Tahap ini dimulai setelah menemukan diagnosa keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi (Nursalam, 2013).

Secara umum pada klien Ny. A sudah disusun rencana keperawatan sesuai diagnosa yang pertama berdasarkan keluhan yang paling dirasakan klien yaitu nyeri akut. Tujuan keperawatan yang ditetapkan penulis yaitu skala nyeri klien berkurang menjadi skala nyeri 1-2, tekanan darah klien menjadi normal yaitu TD: 120/80 mmHg, dan klien tampak nyaman. Rencana keperawatan yang diberikan yaitu observasi TTV klien dan kaji nyeri klien dengan tehnik PQRST, ajarkan tehnik distraksi dan relaksasi, beri HE tentang manajemen nyeri, diskusikan pemilihan terapi, sedangkan diagnosa yang kedua yaitu defisiensi pengetahuan. Tujuan keperawatan yang ditetapkan penulis yaitu klien menyatakan pemahaman tentang penyakitnya, klien mampu melaksanakan

prosedur yang dijelaskan secara benar, mempertahankan tekanan darah klien. Rencana keperawatan yang diberikan yaitu . kaji kesiapan dan hambatan pasien dalam belajar, berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan klien tentang penyakitnya, jelaskan tentang proses penyakit yang spesifik, delegatif pemberian obat Amlodipine 10 mg per hari.

4. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan (Nursalam, 2013). Tindakan keperawatan merupakan implementasi dari rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya dimana tujuan dari pelaksanaan.

Pelaksanaan keperawatan pada Ny. A sudah sesuai dengan rencana tindakan yang dibuat, semua strategi pelaksanaan (SP) pada pasien dapat dilaksanakan dalam 2 kali kunjungan dengan interval waktu 1 kali kunjungan selama 60 menit sesuai dengan waktu yang telah ditentukan pada rencana tindakan. Pelaksanaan keperawatan pada Ny. A dilakukan pada tanggal 15-16 januari 2020. Pelaksanaan keperawatan yang direncanakan sudah dapat dilaksanakan semua. Hal ini dapat terlaksana karena klien bersedia mengikuti intruksi perawat dan klien sangat kooperatif

4. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi diartikan sebagai tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana intervensi dan implementasinya (Nursalam, 2013). Evaluasi keperawatan dapat

dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai acuan untuk mengetahui tercapai atau tidaknya tindakan keperawatan yang dilakukan.

Evaluasi pada Ny. A dilakukan pada tanggal 16 Januari 2020. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. A yaitu nyeri akut dan defisiensi pengetahuan sudah dapat teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang telah direncanakan sebelumnya sehingga masalah keperawatan dapat teratasi. Hal ini disebabkan oleh tidak adanya keluhan pada pasien sehingga pasien dapat beraktivitas dan menjalani pola hidup sehat

BAB V

PENUTUP

Berdasarkan dari pembahasan pada BAB IV maka penulis mengemukakan kesimpulan dan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

Melakukan pengkajian pada asuhan keperawatan gerontik dengan Hipertensi di UPTD Puskesmas 1 Denpasar Selatan telah dapat dilakukan dengan baik. Pada proses pengumpulan data, data yang diperoleh dari klien tidak semua tanda dan gejala hipertensi yang didapat penulis sesuai dengan tinjauan teori hal ini dikarenakan klien selalu melakukan kontrol dan minum obat setiap hari. Perbedaan hasil data pengkajian dari Ny. A pada hipertensi diperoleh hasil: tanda gejala yang muncul atau terlihat pada kasus Ny. A yaitu ada 1 tanda dan gejala dari 8 tanda dan gejala menurut konsep teori nuarif (2015)

Merumuskan diagnosa pada asuhan keperawatan gerontik dengan Hipertensi di UPTD Puskesmas 1 Denpasar Selatan telah dapat dilakukan dengan baik. Pada tinjauan teori dan keluhan saat pengkajian dapat dirumuskan 2 diagnosa keperawatan pada klien Ny. A dengan hipertensi yaitu : nyeri akut dan defisiensi pengetahuan. Dari masalah tersebut jika dibandingkan dengan tinjauan teori asuhan keperawatan dua diagnosa ini sudah sesuai dengan teori yaitu nyeri akut berhubungan dengan peningkatan

tekanan vaskuler serebral dan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif, kurang informasi, kurang sumber pengetahuan.

Dalam perencanaan keperawatan penulis merencanakan asuhan keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditegakkan. Secara umum pada klien Ny. A sudah disusun rencana keperawatan sesuai diagnosa yang pertama berdasarkan keluhan yang paling dirasakan klien yaitu nyeri akut, sedangkan diagnosa yang kedua yaitu defisiensi pengetahuan

Pelaksanaan tindakan keperawatan sudah dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun Hal ini dapat terlaksana karena pasien bersedia mengikuti intruksi perawat dan pasien sangat kooperatif

Evaluasi pada Ny. A dilakukan pada tanggal 16 Januari 2020. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. A yaitu nyeri akut dan defisiensi pengetahuan sudah dapat teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang telah direncanakan sebelumnya sehingga masalah keperawatan dapat teratasi.

B. Saran

Adapun saran yang ingin di sampaikan oleh penulis, antara lain kepada :

1. Kepada klien Ny.A agar memperhatikan perawat disarankan untuk tetap menjalankan program pengobatan yang telah didapatkan dengan rajin minum obat dan rajin melakukan kontrol ke pelayanan kesehatan.
2. Kepada petugas kesehatan khususnya di UPTD Puskesmas 1 Denpasar selatan diharapkan melakukan inovasi baru pada lansia

seperti menerapkan *brain gym*, sehingga dengan adanya *brain gym* dapat mengatasi penurunan fungsi kognitif pada lansia.

3. Kepada Institut Teknologi dan Kesehatan Bali (ITEKES BALI)

Kepada insitut diharapkan meningkatkan mutu dan kinerja pelayanan kesehtan terutama pelayanan pada lansia

4. Kepada Perawat

Diharapkan perawat mampu lebih meningkatkan pelayanan yang tepat dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien lansia dengan hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Astari, P.D., dkk. (2012). *Pengaruh Senam Lansia Terhadap Tekanan Darah Lansia Dengan Hipertensi Pada Kelompok Senam Lansia Di Banjar Kaja Sesetan Denpasar Selatan*. Diakses pada tanggal 10 Februari 2020. http://kajianenismeja.com/wp-content/uploads/2019/09/PENGARUH_SENAM_LANSIA_TERHADAP_TEKANAN_D.pdf
- Arneliwati., Bayhakki., dkk. (2015). *Efektifitas Latihan Refleksi Kaki Dengan Menggunakan Tempurung Kelapa Terhadap Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Primer*. Diakses pada tanggal 10 Februari 2020. <https://media.neliti.com/media/publications/185147-ID-efektifitas-latihan-refleksi-kaki-dengan.pdf>
- Amanda, Hafiez., dkk. (2017). *Hubungan Kualitas Tidur Dengan Tingkat Kekambuhan Hipertensi Pada Lansia Di Kelurahan Tlogomas Kota Malang*. Diperoleh pada tanggal 10 Februari 2020. <https://publikasi.unitri.ac.id/index.php/fikes/article/download/680/541>
- Artinawati, S. (2014). *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Bogor : In Media
- Brunner & Suddarth.(2005) dalam Wijaya dan Putri. *Keperawatan Medical Bedah 1*. Yogyakarta: Medika
- Gunaharianti, N., dkk. (2014). *Pengaruh Pemberian Jus Lidah Buaya (Aloe Vera) Dan Jus Belimbing (Averrhoa Carambola L.) Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Penderita Hipertensi Di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Wana Saraya Denpasar*. Diakses pada tanggal 10 Februari 2020. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/coping/article/view/10813/8163>
- Nursalam. (2013). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta : Selembah Medika
- Nurarif A.H & Kusuma. H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogyakarta: MediAction
- Padila. (2013). *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Riset Kesehatan Dasar. (2018). *Hasil Utama RISKESDAS 2018*. Diakses pada tanggal 10 Februari 2020 http://www.kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018_1274.pdf

- Rachmayanti, R.D. dan Zaenurrohmah, D.H. (2017). *Hubungan Pengetahuan Dan Riwayat Hipertensi Dengan Tindakan Pengendalian Tekanan Darah Pada Lansia*. Diakses pada tanggal 10 Februari 2020
<https://pdfs.semanticscholar.org/e2f6/a9db75bcc7f917ad9b237980ad0933a96844.pdf>
- Sunaryo., dkk. (2016). *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : ANDI.
- Sharif La Ode. (2012). *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Wijaya, A dan Putri, Y. (2013). *Keperawatan Medical Bedah 1*. Yogyakarta: Medika
- Wahjudi, Nugroho. (2016). *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik*. Edisi 3. Jakarta : EGC, 2008.

**WAKTU PELAKSANAAN KEGIATAN PENYUSUNAN KARYA TULIS
ILMIAH**

**MAHASISWA TINGKAT III SEMESTER VI PRODI D III
KEPERAWATAN**

ITEKES BALI TAHUN 2020

NO.	KEGIATAN	TANGGAL
1.	Pengundian kasus	8 Januari 2020
2.	Pengusulan tema	13 – 18 Januari 2020
3.	Penyusunan proposal	10 Pebruari – 26 Pebruari 2020
4.	Pengumpulan proposal	27 Pebruari 2020
5.	Penyebaran proposal	2-4 Maret 2020
6.	Ujian proposal	9-11 Maret 2020
7.	Persiapan PKK IV	12-14 Maret 2020
	Pelaksanaan studi kasus	16 Maret – 11 April 2020
	Pelaksanaan PKK IV	16 -28 Maret 2020
	Pelaksanaan PKK V	30 Maret – 11 April 2020
8.	Peyusunan laporan hasil KTI	12 – 19 April 2020
9.	Pengumpulan KTI dan penyebaran KTI	20 – 25 April 2020
10.	Ujian sidang KTI	27-29 April 2020
11.	Persiapan OSCE	30 April-2 Mei 2020
12.	OSCE	4-6 Mei 2020
13.	Yudisium semester VI	15 Mei 2020
14.	Yudisium general	16 Mei 2020

Mengetahui,
Kaprod D III Keperawatan STIKES Bali

Ns. I Gede Satria Astawa, S.Kep., M.Kes.
NIR. 83011

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

(PSP)

1. Kami adalah Peneliti berasal dari institusi/ jurusan/ program studi Diploma III dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul Asuhan Keperawatan Gerontik dengan hipertensi dengan nyeri akut dan defisiensi pengetahuan Di Puskesmas 1 Denpasar Selatan.
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah Mendapatkan Gambaran Asuhan Keperawatan Gerontik dengan hipertensi dengan nyeri akut dan defisiensi pengetahuan Di Puskesmas 1 Denpasar Selatan yang dapat memberi manfaat berupa memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang pelaksanaan keperawatan pada lansia dengan hipertensi dengan nyeri akut dan defisiensi pengetahuan Di Puskesmas 1 Denpasar Selatan penelitian ini akan berlangsung selama menyelesaikan tugas akhir.
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan cara wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung lebih kurang 15- 20 menit. Cara ini menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitin ini untuk kepentingan pengembangan asuhan/pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan/tindakan yang diberikan
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.

6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini silakan menghubungi peneliti pada nomor Hp: 085737412820

PENELITI

I Putu Suprianto Suputra

NIM:17E10025

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

(Persetujuan menjadi partisipan) Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengertimengenai penelitian yang akan dilakukan oleh I Putu Suprianto Suputra dengan judul Asuhan Keperawatan Gerontik Dengan Hipertensi Dengan Nyeri Akut Dan Defisiensi Pengetahuan Di Puskesmas 1 Denpasar Selatan..Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun

Denpasar, 2020

Saksi

Yang memberikan
Persetujuan

(.....)

(.....)

Denpasar, 2020

Peneliti

(I Putu Suprianto Suputra)

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN PROPOSAL

NAMA MAHASISWA : I Putu Suprianto Suputra

NIM/NPN : 17E10025

NAMA PEMBIMBING : Ns. Putu Noviana Sagitarini, S. Kep., M. Kes.

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	13/01/2020	Bimbingan judul proposal	
2	10/02/2020	Bimbingan BAB I	
3	13/02/2020	Revisi BAB I	
4	15/02/2020	ACC BAB I dan bimbingan BAB II	
5	22/02/2020	Revisi BAB II	
6	25/02/2020	ACC BAB II dan bimbingan BAB III	
7	27/02/2020	Revisi BAB III	
8	29/02/2020	ACC BAB III	

Mengetahui

Ketua Program Studi

Ns. I Gede Satria Astawa, S.Kep., M.Kes.

NIR. 83011

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : I Putu Suprianto Suputra

NIM/NPN : 17E10025

NAMA PEMBIMBING : Ns. Putu Noviana Sagitarini, S. Kep., M. Kes.

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	3/04/2020	Bimbingan BAB IV	
2	8/04/2020	Revisi BAB IV	
3	11/04/2020	Bimbingan BAB IV	
4	15/04/2020	Revisi BAB IV dan bimbingan BAB V	
5	20/04/2020	Revisi BAB V	
6	23/04/2020	Bimbingan BAB I-V	
7	26/04/2020	Revisi BAB I-V	
8	28/04/2020	ACC BAB I-V	

Mengetahui

Ketua Program Studi

Ns. I Gede Satria Astawa, S.Kep., M.Kes.

NIR. 83011