

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA NY. S DENGAN MASALAH HIPERTENSI
DI DESA LEMPUYANG KECAMATAN WONOSALAM KABUPATEN DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Dosen Pembimbing:

Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep

Di Susun Oleh:

Rina Nazilatur Rahmah

(40901800085)

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

2021

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

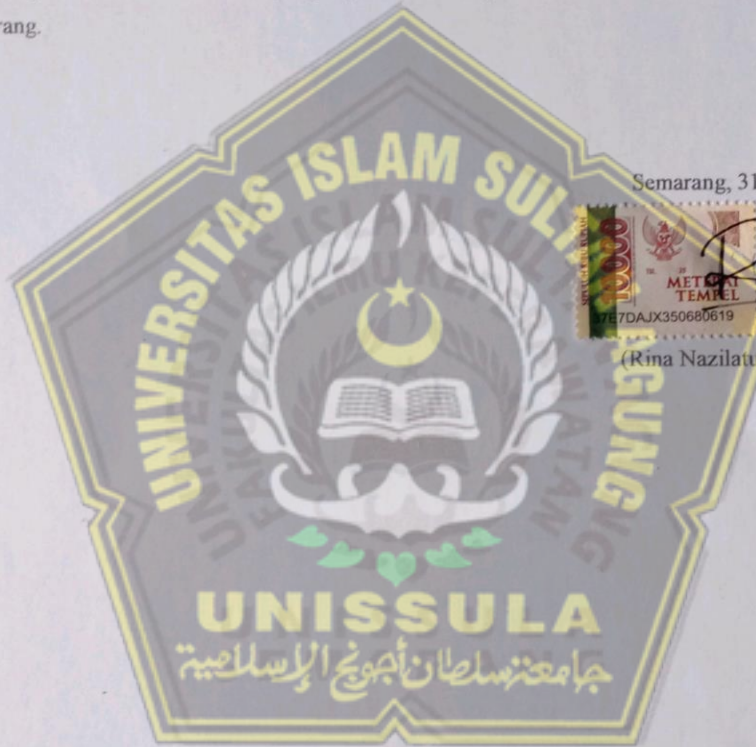
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini saya susun tanpa adanya tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari saya melakukan tindakan plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh pihak Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 31 Mei 2021



(Rima Nazilatur Rahmah)



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul:

Asuhan Keperawatan Pada Lansia Ny. S Dengan Masalah Hipertensi

Di Desa Lempuyang Kecamatan Wonosalam Kabupaten Demak

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Rina Nazilatur Rahmah

NIM : 40901800085

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dan diuji dihadapan penguji karya tulis ilmiah Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang, pada:

Hari : Selasa

Tanggal : 25 Mei 2021

UNISSULA
جامعة سلطان أحمد بن محمد الإسلامية
Semarang, 25 Mei 2021
UNISSULA
SEMARANG

Pembimbing



Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep

NIDN.06-0901-8004

HALAMAN PENGESAHAN

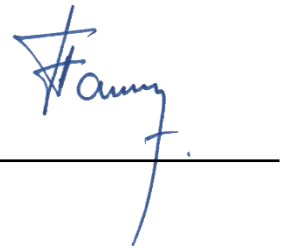
Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dan diuji dihadapan penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada hari Rabu tanggal 09 Juni 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan dan saran dari Tim Penguji.

Semarang, 09 Juni 2021

Penguji I

Ns. Moch. Aspihan, M.Kep, Sp.Kep.Kom

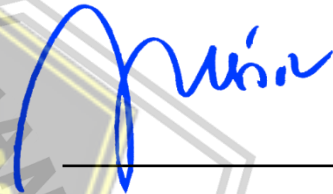
NIDN.06-1305-7602



Penguji II

Iwan Ardian, SKM, M.Kep

NIDN.06-2208-7403



Penguji III

Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep

NIDN.06-0901-8004



Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM, M.Kep

NIDN.06-2208-7403



MOTTO

“Disaat kamu hampir menyerah karena keadaan, ingatlah Allah SWT selalu bersamamu untuk mendengarkan segala keluh kesahmu”

“Pendidikan tidak menjamin menjadi kaya, tapi harus diketahui dengan pendidikan dapat mengubah cara pandang dan cara pikir seseorang yang diikuti dengan kesuksesan”

“Harus bisa sukses dengan jalan yang diridhai oleh Allah SWT, karena ada cita-cita yang harus dikejar dan harapan orang tua yang harus diwujudkan”

“Niatkan dengan hati yang tulus, jalani dengan hati yang ikhlas, insyaallah akan terbalaskan dengan hasil yang diluar batas”

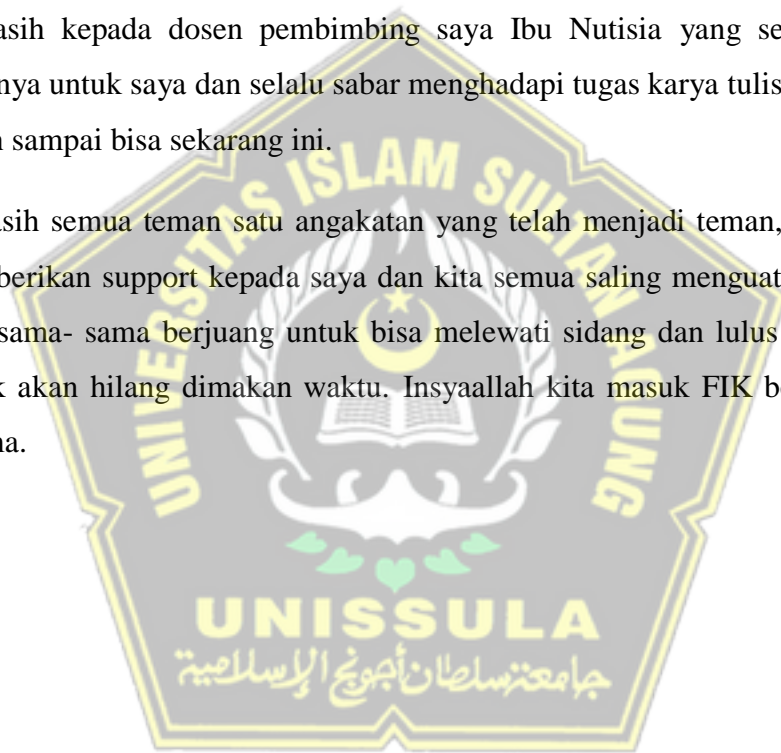


HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya tulis ini saya persembahkan untuk orang tua saya, bapak ibuk adik nenek serta kakek saya yang paling saya sayangi dan saya cintai yang selalu mendoakan dan memberi motivasi serta dukungan yang sangat tulus. Karena dengan doa restu yang diberikan orang tua saya dapat melaksanakan dan menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan sebaik mungkin. Terima kasih untuk orang tua saya karena selalu meluangkan waktunya untuk mendengarkan keluh kesah yang selama ini saya rasakan. Terimakasih juga untuk segala pengorbanan dalam hal materi, mental, dan lainnya yang sudah diberikan untuk saya selama saya kuliah.

Terima kasih kepada dosen pembimbing saya Ibu Nutisia yang selalu menyediakan waktu bimbingannya untuk saya dan selalu sabar menghadapi tugas karya tulis saya yang banyak sekali kekurangan sampai bisa sekarang ini.

Terima kasih semua teman satu angkatan yang telah menjadi teman, sahabat, keluarga yang saling memberikan support kepada saya dan kita semua saling menguatkan satu dan yang lain, karena kita sama- sama berjuang untuk bisa melewati sidang dan lulus bersama. Semoga kenangan kita tak akan hilang dimakan waktu. Inshaallah kita masuk FIK bersama, keluarpun juga harus bersama.



KATA PENGANTAR

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Sholawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada Nabi Agung Muhammad SAW beserta keluarganya, sahabatnya, hingga kepada umatnya sampai akhir jaman.

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Lansia Ny. S Dengan Masalah Hipertensi Di Desa Lempuyang Kecamatan Wonosalam Kabupaten Demak”

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tentunya tidak mulus begitu saja, tentunya ada kesulitan dan kendala, namun berkat dukungan, bimbingan, saran dan kerjasama dari berbagai pihak akhirnya penulis mampu menyelesaikan dengan baik. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat:

1. Drs. H. Bedjo Santoso, M.T., Ph.D, Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian, SKM., M. Kep, Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Muh. Abdurrouf., M.Kep selaku Kaprodi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah saya yang senantiasa bijaksana dan bersabar dalam memberikan bimbingan, semangat, nasehat, kepercayaan dan waktunya selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Tim penguji KTI yaitu Ns. Moch Aspihan, M.Kep, Sp.Kep.Kom, Iwan Ardian, SKM, M.Kep, dan Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep yang telah menguji Karya Tulis Ilmiah ini dan memberikan saran yang membangun untuk kedepannya.
6. Seluruh dosen pengajar dan staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan ilmu selama masa perkuliahan hingga dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Masyarakat Desa Lempuyang khususnya Ny. S selaku klien kelolaan saya yang bersedia mengikuti segala arahan dan instruksi yang saya lakukan, sehingga saya dapat

mengaplikasikan ilmu yang telah saya peroleh dari kampus dan dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.

8. Terimakasih kepada orang tua dan keluarga saya, bapak ibu adik nenek dan kakek saya yang saya sayangi atas limpahan doa, susah payah, kerja keras dan kesabaran yang ikhlas serta berjuang demi masa depan dan kesuksesan penulis dan tidak pernah berhenti memberikan semangat dan motivasi dalam proses penulisan dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Seluruh keluarga yang telah mendoakan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan tepat waktu.
10. Teman se-Departemen gerontik yang selalu memberikan semangat dan motivasi dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Teman-teman D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung angkatan 2018 yang saling mendukung dan memberikan motivasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuan dan kerjasamanya yang telah diberikan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Allah senantiasa memberikan balasan yang berlipat ganda kepada semua pihak yang telah dengan ikhlas membantu dalam penulisan dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Dengan senang hati penulis menerima jika ada kritik maupun saran yang membangun demi perbaikan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini. Penulis pasrahkan kepada Allah SWT semoga penulisan karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat khususnya bagi penulis serta bagi kita semua. Aamiin.

Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Semarang, 31 Mei 2021

Penulis

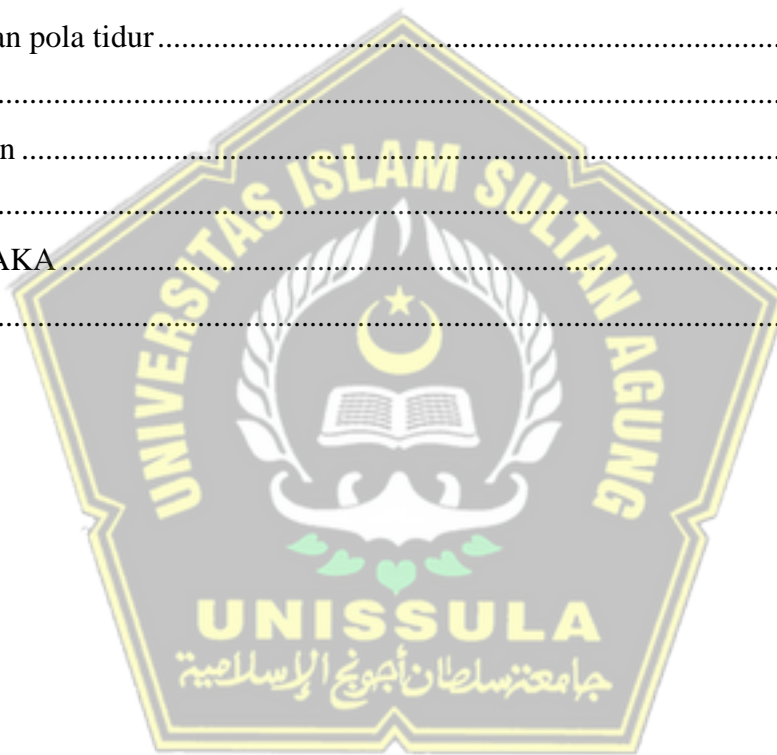


Rina Nazilatur Rahmah

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
MOTTO	v
HALAMAN PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I.....	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. TujuanPenulisan.....	2
C. Manfaat Penulisan.....	3
BAB II.....	4
A. Konsep Dasar Gerontik.....	4
1. Pengertian lansia	4
2. Aging proses.....	4
3. Penurunan fungsi lansia	5
4. Penyakit yang terjadi pada lansia.....	7
5. Konsep askep pada lansia.....	8
6. Konsep penatalaksanaan	13
B. Konsep Dasar Penyakit: Hipertensi	14
1. Pengertian.....	14
2. Etiologi.....	15
3. Patofisiologi	15
4. Manifestasi Klinis	16
5. Pemeriksaan Diagnostik.....	17
6. Komplikasi	17
BAB III	19

A. Pengkajian.....	19
B. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan.....	21
C. Intervensi atau Rencana Asuhan Keperawatan.....	22
D. Implementasi Keperawatan.....	22
E. Evaluasi atau Catatan Perkembangan	24
BAB IV	26
A. Pengkajian.....	26
B. Diagnosa Keperawatan	26
1. Nyeri akut.....	26
2. Gangguan pola tidur.....	29
BAB V	31
A. Kesimpulan	31
B. Saran	32
DAFTAR PUSTAKA.....	33
LAMPIRAN.....	36



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Kesediaan Membimbing
Lampiran 2	Surat Kesediaan Konsultasi
Lampiran 3	Lembar Konsultasi
Lampiran 4	Lembar Asuhan Keperawatan
Lampiran 5	Jurnal Implementasi



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Menurut Undang-Undang no. 13 tahun 1998 mengenai kesejahteraan lanjut usia pasal 1 ayat 2 berbunyi “Lanjut usia merupakan seorang individu yang telah memasuki usia 60 (enam puluh) tahun keatas”. Lanjut usia ialah alur proses penuaan yang akan dialami oleh tiap manusia meliputi berubahnya sistem anatomis, fisiologis dan biokimia pada jaringan tubuh dan sistem organ yang dapat berpengaruh terhadap keadaan fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan (Fatmah, 2010).

Seorang yang elah lanjut usia akan mengalami penurunan fungsi tubuh, salah satunya adalah penurunan fungsi kerja pada pembuluh darah. Penyakit yang sering ditemukan pada golongan lanjut usia adalah hipertensi atau tekanan darah tinggi. Hipertensi adalah suatu penyakit degenerative (proses penuaan) yang mempunyai tingkat morbiditas dan mortalitas yang cukup signifikan. Hipertensi adalah gangguan yang mengakibatkan meningkatnya tekanan darah arterial sistemik baik peningkatan pada sistolik maupun diastolikny (Arlita, 2014).

Data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2015, menunjukkan kira-kira 1,13 miliar manusia di alam semesta mengalami penyakit darah tinggi atau hipertensi. Berarti, satu dari tiga manusia di alam semesta terdiagnosa mengidap penyakit darah tinggi atau hipertensi. Total manusia yang menderita hipertensi di alam semesta terus mengalami peningkatan per tahun. Diperkirakan tahun 2025, orang yang bakal terkena hipertensi sejumlah 1,5 miliar. Setiap tahun juga diperkirakan ada 10,44 juta orang yang tewas akibat penyakit hipertensi dan komplikasinya.

Di Negara Indonesia, bersumber dari data Riskesdas tahun 2018, prevalensi hipertensi di Indonesia sejumlah 34,1%. Prevalensi penduduk di Provinsi Jawa Tengah dengan hipertensi sebesar 37,57% dengan jumlah penduduk sekitar 8.070.378 jiwa. Berdasarkan Data SPM Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2019, Kota Demak memiliki persentase 78,0% dengan hipertensi.

Apabila kesehatan lanjut usia tidak mendapatkan penanganan secara baik, akan mengakibatkan penurunan fungsi baik secara fisik maupun fisiologis, sehingga akan

mengakibatkan terjadinya kerusakan pada tubuh yang parah, dapat memunculkan banyak komplikasi dan dapat menyebabkan kematian. Faktor yang dapat mempengaruhi hipertensi ada dua yaitu, faktor yang dapat dikontrol dan faktor yang tidak dapat dikontrol. Faktor yang dapat dikontrol yaitu berat badan berlebihan, pengobatan, pola hidup, dan konflik dalam pikiran. Sedangkan faktor yang tidak dapat dikontrol yaitu umur, riwayat dari sanak saudara, dan gender (Junaedi, E dkk, 2013).

Masalah keperawatan yang dapat terjadi pada lanjut usia dengan hipertensi berdasarkan SDKI adalah nyeri akut, gangguan pola tidur, risiko perfusi miokard tidak efektif, risiko perfusi renal tidak efektif, risiko perfusi serebral tidak efektif.

Berdasarkan latar belakang yang telah diulas, penulis berkeinginan untuk menyusun KTI dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Lansia Ny. S Dengan Masalah Hipertensi di Desa Lempuyang Kecamatan Wonosalam Kabupaten Demak”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Dapat melakukan tindakan asuhan keperawatan kepada lansia Ny. S dengan masalah hipertensi di Desa Lempuyang Kecamatan Wonosalam Kabupaten Demak.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pengkajian asuhan keperawatan kepada lansia Ny. S dengan masalah Hipertensi di Desa Lempuyang Kecamatan Wonosalam Kabupaten Demak.
- b. Mengidentifikasi diagnosa keperawatan kepada lansia Ny. S dengan masalah Hipertensi di Desa Lempuyang Kecamatan Wonosalam Kabupaten Demak.
- c. Mengidentifikasi rencana tindakan/intervensi asuhan keperawatan kepada lansia Ny. S dengan masalah Hipertensi di Desa Lempuyang Kecamatan Wonosalam Kabupaten Demak.
- d. Mengidentifikasi tindakan/implementasi keperawatan kepada lansia Ny. S dengan masalah Hipertensi di Desa Lempuyang Kecamatan Wonosalam Kabupaten Demak.
- e. Mengidentifikasi evaluasi keperawatan kepada lansia Ny. S dengan masalah Hipertensi di Desa Lempuyang Kecamatan Wonosalam Kabupaten Demak.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Penulis

- a. Mampu mengaplikasikan atau melakukan asuhan keperawatan gerontik kepada lanjut usia dengan masalah hipertensi
- b. Dapat meningkatkan wawasan dan pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan gerontik kepada lanjut usia dengan masalah hipertensi
- c. Mampu meningkatkan dan mengasah keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan gerontik kepada lanjut usia dengan masalah hipertensi

2. Bagi Lembaga Pendidikan

Penelitian ini diharapkan mampu menjadi pandangan terhadap lembaga pendidikan terkait pemberian asuhan keperawatan kepada lanjut usia dengan masalah hipertensi.

3. Bagi Profesi Perawat

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan mampu meningkatkan wawasan serta pengetahuan terhadap profesi keperawatan terkait penyakit hipertensi, terkhusus kepada lanjut usia. Serta dapat melakukan tindakan keperawatan secara akurat, yang bersifat promosi (promotif), pencegahan (preventif), pengobatan (kuratif), dan pengembalian ke dalam masyarakat (rehabilitatif).

4. Bagi Lahan Praktik

Dengan adanya penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini di harapkan mampu menjadi acuan dalam memberikan asuhan keperawatan untuk mengembangkan kualitas pelayanan yang lebih baik lagi, terutama kepada lanjut usia dengan masalah hipertensi.

5. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan informasi kepada masyarakat sekitar mengenai cara memberikan perawatan secara tepat dan benar, khususnya kepada lanjut usia dengan masalah hipertensi.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Gerontik

1. Pengertian lansia

Lanjut usia ialah suatu proses alami yang tidak mungkin dapat dihindari oleh setiap manusia di dalam alur kehidupannya. Perubahan yang dialami berupa perubahan fisiologis dan psikososial. Perubahan tersebut cenderung akan mengakibatkan masalah kesehatan baik secara fisik maupun psikologis (Annisa & Ifdil, 2016).

Lansia atau lanjut usia merupakan seorang individu yang telah mencapai usia >60 tahun dan tidak bisa untuk memenuhi kebutuhan dalam hidupnya sehari-hari serta tidak mampu lagi untuk mencari nafkah (Ratnawati, 2017).

2. Aging proses

Menurut (Listiana, 2012), Proses menua (aging process) merupakan suatu proses alami yang dilalui setiap manusia yang bersamaan dengan penurunan kondisi secara fisik, psikologis, maupun secara sosial yang saling berkaitan. Peristiwa tersebut memungkinkan akan menimbulkan suatu masalah kesehatan jiwa kepada seorang lanjut usia baik secara umum maupun secara khusus.

Penurunan kondisi fisiologis yang dialami oleh lansia salah satunya adalah pola tidur yang tidak teratur. Kebutuhan tidur seorang individu tergantung pada tingkat perkembangannya. Menurut (Fauziah, 2013) kebutuhan tidur pada manusia adalah sebagai berikut:

Usia	Tingkat perkembangan	Jumlah Kebutuhan
0-1 bulan	Bayi baru	14-18 jam/hari
1-18 bulan	Masa bayi	12-14 jam/hari
18 bulan-3 tahun	Masa anak	11-12 jam/hari
3-6 tahun	Masa pra-sekolah	11 jam/hari
6-12 tahun	Masa sekolah	10 jam/hari

12-18 tahun	Masa remaja	8,5 jam/hari
18-40 tahun	Masa dewasa	7-8 jam/hari
40-60 tahun	Masa muda paruh baya	7 jam/hari
60 tahun ke atas	Masa dewasa tua	6 jm/hari

Untuk faktor yang mempengaruhi pola tidur pada lansia menurut (Nurlia, 2016), adalah seperti: penyakit, stress emosional, obat-obatan, lingkungan, dan kebiasaan atau aktivitas.

3. Penurunan fungsi lansia

a. Perubahan/Penurunan Fisiologis

Proses penuaan normal secara intrinsik yang telah diatur oleh genetik yang dapat terjadi akibat adanya pengaruh dari luar seperti penyakit, pencemaran udara maupun dari sinar ultraviolet. Perubahan atau penurunan yang dapat terjadi karena penuaan fisik antara lain:

1) Perubahan/penurunan fungsi sel

Seseorang yang telah lanjut usia akan mengalami perubahan sel yang dapat mengakibatkan menurunnya tampilan dan fungsi fisik. Lanjut usia relatif lebih pendek karena berkurangnya lebar pada bahu, lingkaran dada, perut serta diameter pada pelvis. Perubahan sel ini juga berakibat pada kulit lansia yang menjadi lebih transparan dan keriput, serta berat badan tubuh lansia menjadi berkurang dan bertambahnya lemak didalam tubuh lansia.

2) Perubahan kardiovaskular

Perubahan dan penurunan struktur jantung serta sistem vaskuler akan berakibat ketidakefisienan kemampuan berfungsi. Keadaan katup jantung yang menjadi lebih tebal dan kaku dari biasanya akan mengakibatkan arteri jantung kehilangan elastisitasnya dan akan mengakibatkan kalsium dan lemak tertimbun di dinding arteri. Keadaan tersebut akan mengakibatkan resistensi pembuluh darah perifer meningkat dan akhirnya mengakibatkan tekanan darah meningkat (Fatimah, 2010).

3) Perubahan sistem pernafasan

Bertambahnya usia akan memberikan perubahan pada sistem pernafasan yang berpengaruh terhadap kapasitas dan fungsi dari paru-paru antara lain:

- a) Diafragma menjadi lemah akibat penyusutan atau pengecilan jaringan pada otot pernapasan, vitalitas hilang dan kaku.
- b) Nafas menjadi lebih berat saat tarik napas karena kapasitas maksimum dan kedalaman pernapasan menjadi menurun karena paru kehilangan elastisitasnya.
- c) Bronkus mengalami pengurangan elastisitas.
- d) Alveoli mengalami pelebaran ukuran (membesar secara progresif) dan jumlahnya menjadi berkurang.
- e) Terjadi gangguan pertukaran gas (Fatimah, 2010)

b. Perubahan/Penurunan Psikologis

Munculnya perasaan ketakutan, rasa kecemasan, ketegangan, stress, mudah terharu, emosi, menjadi perasa atau sensitif, dan labil merupakan gejala psikologis yang biasanya dialami oleh seorang lansia. Perubahan mental/psikologis yang dapat terjadi pada lansia adalah sebagai berikut:

- 1) Bersikap egois, suuzdan, dan pelit atau rakus apabila mempunyai sesuatu merupakan perubahan yang dialami oleh lansia pada bidang mental atau psikis.
- 2) Rasa serakah terhadap hak dan hartanya yang selalu ingin dipertahankan serta merasa berwibawa.
- 3) Tetap mengharapkan diberi tugas atau pekerjaan didalam lingkup komunitas.

Menurut (Nugroho, 2008) faktor yang dapat berpengaruh terhadap perubahan mental pada seorang yang telah lanjut usia adalah:

- 1) Keadaan jasmani/badan, khususnya pada indra perasa/lidah
- 2) Status kebugaran/kelainan.
- 3) Strata pengetahuan.
- 4) Faktor turunan.
- 5) Wilayah sekitar

4. Penyakit yang terjadi pada lansia

a. Diabetes Melitus

Diabetes melitus (DM) atau lebih dikenal dengan sebutan kencing manis adalah keadaan ketika pankreas tidak mampu memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif dan mengakibatkan penyakit kronis (WHO, 2017).

b. Hipertensi (Tekanan Darah Tinggi)

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan kondisi tekanan darah yang abnormal yang dapat diukur minimal dengan tiga kesempatan waktu yang berbeda. Seorang dengan memiliki tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg dapat dikatakan seseorang tersebut mengalami hipertensi (Ardiansyah M., 2012).

c. Radang sendi atau osteoarthritis (OA)

Radang sendi atau osteoarthritis (OA) merupakan suatu penyakit sendi yang umum terjadi pada bagian tangan, pinggang, serta lutut. Jika osteoarthritis dibiarkan terus menerus akan mengakibatkan rasa sakit, kekakuan pada sendi, dan pembengkakan, dan hal yang parah dapat menyebabkan kecacatan. OA merupakan suatu penyakit degeneratif yang disebabkan oleh proses penuaan. (*Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2017*).

d. Stroke

Pengertian stroke menurut WHO 2014 adalah pecahnya suatu pembuluh darah atau tersumbatnya pembuluh darah ke dalam otak dan akhirnya mengakibatkan pasokan nutrisi dan oksigen ke dalam otak menurun, hal tersebut yang menjadi sebab terputusnya aliran darah ke otak. (*World Health Organization, 2014*).

e. PPOM / PPOK

PPOM atau Penyakit Paru Obstruktif Menahun adalah penyumbatan pada saluran pernapasan menetap yang disebabkan oleh bronchitis kronis atau emfisema. PPOM sering berakibat fatal dan umumnya lebih sering terjadi pada laki-laki. PPOM juga dianggap sebagai faktor yang diturunkan, karena lebih sering terjadi pada suatu keluarga.

Sedangkan PPOK atau Penyakit Paru Obstruktif Menahun adalah penyakit abnormalitas pada saluran napas yang mempunyai karakteristik gejala pada pernapasan tetap karena terbatasnya aliran udara yang biasanya disebabkan oleh pajanan gas atau partikel yang berbahaya. PPOK sendiri merupakan penyakit yang biasa terjadi, dapat dicegah, serta dapat ditangani (GOLD, 2017).

5. Konsep askep pada lansia

a. Pengkajian Keperawatan

Menurut (Wijayaningsih, 2013), fokus pengkajian asuhan keperawatan kepada seseorang yang mengalami hipertensi dilakukan dengan proses keperawatan, antara lain:

1) Aktivitas/Istirahat

Ketidakberdayaan, kelelahan, takikardia, aritmia, dan napas pendek.

2) Riwayat hipertensi

Kenaikan tekanan darah, penyakit selebravaskular, aterosklerosis, diaphoresis, sianosis, distritmia, takikardi, dan kulit pucat.

3) Integritas ego

Ansietas, gelisah, otot muka menjadi tegang, depresi atau marah kronik, perubahan kepribadian, peningkatan pola berbicara, dan pernapasan maligna.

4) Gangguan ginjal

Terjadi pada masa sekarang ini atau masa lampau seperti terdapat suatu sumbatan atau riwayat penyakit pada ginjal dan infeksi.

5) Makanan /cairan

Makanan yang disukai klien tinggi garam, tinggi kolesterol, dan tinggi lemak. Perubahan berat badan, mual muntah, dan adanya edema.

6) Neurosensori

Gangguan penglihatan, perubahan retina optic, respon motoric (kekuatan genggam tangan menurun), cara berbicara karena akibat dari teknik berpikir atau ingatan, perubahan keterjagaan, pusing, dan sakit kepala.

7) Nyeri/kenyamanan

Pada tungkai klaudikasi nyeri dirasa sebentar tampak seentar lagi hilang, nyeri abdomen, pusing, dan angina.

8) Pernapasan

Riwayat merokok, takipnea, dispnea, dispnea nocturnal paroksimal, distress respirasi atau penggunaan otot aksesori pernapasan, dan batuk dengan atau tanpa sputum.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa atau diagnosis keperawatan adalah suatu pengukuran secara klinis tentang bagaimana respon perseorangan, kaum atau kelompok tentang kesehatan yang bermasalah maupun proses kehidupan. Adakalanya tindakan keperawatan dibutuhkan untuk menyelesaikan masalah baik secara actual maupun potensial. Menurut (NANDA, 2015-2017), diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan kepada klien dengan hipertensi sebagai berikut:

- 1) Risiko tinggi terhadap penurunan curah jantung b.d peningkatan afterload dan vasokonstriksi
- 2) Nyeri atau sakit kepala b.d peningkatan tekanan vascular serebral
- 3) Intoleransi aktivitas b.d kelemahan fisik

c. Intervensi/Rencana Tindakan Keperawatan

Intervensi atau rencana tindakan keperawatan merupakan acuan dalam melakukan suatu tindakan keperawatan dengan upaya untuk mendukung peningkatan, penyelesaian persoalan bahkan pemenuhan kebutuhan yang diperlukan oleh klien (Setiadi, 2012).

Menurut (Wijayaningsih, 2013), berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan, rencana keperawatan yang dapat disusun kepada klien yang mengalami hipertensi antara lain:

- 1) Dx: Risiko tinggi terhadap penurunan curah jantung b.d peningkatan afterload dan vasokonstriksi

Intervensi/Rencana Tindakan:

- a) Monitor tekanan darah sebagai evaluasi awal

Rasional: Memberikan gambaran mengenai perbedaan dari tekanan yang lengkap terkait kontribusi dalam bidang vascular

- b) Tulis atau catat keberadaan, kualitas debaran setral dan perifer
Rasional: Debaran atau denyutan karotis, jugularis, radialis, dan femoralis barangkali terlihat (inspeksi) atau teraba (palpasi)
- c) Dengarkan tonus jantung dan bunyi napas
Rasional: Pada pasien hipertensi S4 terdengar berat sebab adanya peningkatan kapasitas atau tekanan pada atrium, S3 berkembang membuktikan peningkatan kapasitas atau tekanan pada ventrikel atau kerusakan pada fungsi
- d) Sediakan area atau lingkungan sekitar yang tenang, nyaman, aktivitas/keributan yang minim
Rasional: Untuk membantu penurunan rangsang simpatis
- e) Pemberian obat non farmakologis
Rasional: Sebagai penunjang untuk merendahkan tekanan darah
- 2) Dx: Nyeri atau sakit kepala b.d peningkatan tekanan vascular serebral
Intervensi/Rencana Tindakan:
- a) Pertahankan tirah baring semasa fase akut
Rasional: Meningkatkan relaksasi dan mengurangi stimulasi
- b) Berikan tindakan nonfarmakologi untuk meminimalkan rasa sakit pada kepala (teknik relaksasi)
Rasional: Tindakan yang dapat memperlambat dan merendahkan tekanan vaskuler serebral
- c) Minimalkan aktivitas vasokonstriksi yang dapat meningkatkan sakit kepala (mengejan saat BAB, batuk, membungkuk)
Rasional: Sakit kepala bisa disebabkan oleh aktivitas peningkatan vasokonstriksi
- d) Kolaborasi pemberian analgetik bersama dengan tim dokter
Rasional: Untuk menurunkan serta mengendalikan rasa nyeri dan rangsangan
- 3) Dx: Intoleransi aktivitas b.d kelemahan fisik
Intervensi/Rencana Tindakan:
- a) Kaji respon klien terhadap aktivitas

Rasional: Membantu dalam mengkaji respon klien secara fisiologi tentang stress dengan cara menyebutkan parameter. Jika ada kelebihan kegiatan yang berhubungan dengan dengan tingkat aktivitas sebagai indikator

- b) Instruksikan atau arahkan klien mengenai teknik penghematan energi (duduk ketika gosok gigi atau menyisir rambut)

Rasional: Menggunakan teknik menghemat energi, dapat mengurangi dan membantu keseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen

- c) Dorongan untuk melakukan aktivitas atau perawatan diri bertahap, berikan bantuan sesuai kebutuhan

Rasional: Mendorong kemandirian dalam melakukan suatu aktivitas dan memberikan bantuan sesuai dengan kebutuhan

- d) Anjurkan klien istirahat jika merasa kelelahan serta kelemahan, instruksikan klien melaksanakan kegiatan semampunya

Rasional: Melakukan kegiatan secara bertahap sampai dengan kondisi yang baik serta dapat memperbaiki kontraksi pada otot

d. Implementasi/Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan merupakan tahapan ke-4 dalam sistem asuhan keperawatan yang dilakukan setelah perawat merencanakan intervensi keperawatan. Intervensi atau rencana keperawatan disusun berdasarkan pada diagnosa keperawatan yang tepat dan sesuai kasus yang dialami oleh klien. Menurut (Potter & Perry, 2009) dalam Jurnal ade cahya lesmana dari penyusunan rencana tindakan keperawatan diharapkan dapat menggapai tujuan dan hasil yang telah diharapkan untuk meningkatkan serta mendukung kualitas kesehatan pada klien.

- 1) Diagnosa keperawatan: Risiko tinggi terhadap penurunan curah jantung b.d afterload dan vasokonstriksi
 - a) Memonitor tekanan darah sebagai evaluasi awal
 - b) Menulis atau mencatat keberadaan, kualitas debaran sentral dan perifer
 - c) Mendengarkan tonus jantung dan bunyi napas

- d) Menyediakan area atau lingkungan sekitar yang tenang, nyaman, aktivitas/keributan yang minim
 - e) Memberikan obat non farmakologis
- 2) Diagnosa keperawatan: Nyeri atau sakit kepala b.d peningkatan tekanan vascular serebral
- a) Mempertahankan tirah baring semasa fase akut
 - b) Memberikan tindakan nonfarmakologi untuk meminimalkan rasa sakit pada kepala (teknik relaksasi)
 - c) Meminimalkan aktivitas vasokonstriksi yang dapat meningkatkan sakit kepala (mengejan saat BAB, batuk, membungkuk)
 - d) Mengkolaborasi pemberian analgetik bersama dengan tim dokter
- 3) Diagnosa keperawatan: Intoleransi aktivitas b.d kelemahan fisik
- a) Mengkaji respon klien terhadap aktivitas
 - b) Menginstruksikan atau mengarahkan klien mengenai teknik penghematan energi (duduk ketika gosok gigi atau menyisir rambut)
 - c) Mendorong untuk melakukan aktivitas atau perawatan diri bertahap, berikan bantuan sesuai kebutuhan
 - d) Menganjurkan klien istirahat jika merasa kelelahan atau kelemahan, menginstruksikan klien melaksanakan kegiatan semampunya
- e. Evaluasi Keperawatan
- Evaluasi adalah suatu tahapan paling akhir dalam proses asuhan keperawatan. Evaluasi dilakukan dengan mengidentifikasi tentang keberhasilan tujuan dan hasil rencana keperawatan atau intervensi tercapai ataukah tidak. Seorang perawat harus mempunyai kemampuan serta pengetahuan dalam melakukan evaluasi terkait dengan respon klien terhadap intervensi keperawatan yang telah disusun. Kemampuan perawat dalam memberikan pandangan terkait kesimpulan tentang tujuan yang dicapai dan mengkaitkan suatu tindakan keperawatan dengan kriteria hasil.

6. Konsep penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah hipertensi ada 2 macam, ialah: pengobatan secara farmakologis dan nonfarmakologis. Pengobatan secara farmakologis dilaksanakan dengan cara menggunakan obat-obatan antihipertensi, sedangkan pengobatan secara nonfarmakologis dilakukan dengan cara mengatur pola hidup sehat, berendam dengan air hangat, terapi music klasik, senam lansia dan bisa juga dengan bekam.

a. Penatalaksanaan secara farmakologis

Tujuan dari penatalaksanaan secara farmakologis terkait penyakit hipertensi adalah dapat menstabilkan tekanan darah pada batas normal dengan cara mengonsumsi obat-obatan. Menurut (Dermawan, 2012), obat yang dapat diberikan atau biasa diberikan pada orang yang mengalami hipertensi adalah sebagai berikut:

- 1) Diuretik thiazide ialah salah satu obat yang diberikan dalam pengobatan hipertensi
- 2) Pengobatan adrenergic seperti alfa-bloker dan beta-bloker ialah suatu obat yang dapat menghambat efek sistem saraf simpatis
- 3) Angiotensin converting anzyme inhibitor (ACE-INHIBITOR) adalah suatu obat untuk menurunkan tekanan darah dengan cara kerja pelebaran pada arteri
- 4) Angiotensin II bloker adalah suatu obat penurun tekanan darah tinggi dengan cara kerja pelebaran pada arteri
- 5) Antagonis kalsium dapat mengakibatkan pelebaran pada pembuluh darah
- 6) Vasodilator langsung dapat mengakibatkan pelebaran pada pembuluh darah
- 7) Obat diazoxide, nitroprusside, nitroglycerin, dan labetol adalah contoh obat yang diberikan ketika kedaruratan hipertensi yang dilakukan untuk menurunkan tekanan darah tinggi dengan segera

b. Penatalaksanaan secara nonfarmakologis

Penatalaksanaan secara nonfarmakologis atau penanganan tanpa menggunakan obat dapat dilakukan sebagai tindakan untuk mengatasi masalah hipertensi ringan dan dilakukan sebagai tindakan pendukung pada hipertensi sedang dan berat. Tindakan secara nonfarmakologis meliputi:

1) Diet

Diet yang dapat diterapkan kepada seorang yang mengalami hipertensi ialah:

- a) Mengurangi konsumsi garam dari 10 gr/hari menjadi 5 gr/hari
- b) Diet rendah kolesterol serta rendah asam lemak yang bersifat jenuh
- c) Mengonsumsi buah-buahan dan sayur seperti mentimun, semangka, tomat, seledri, dan kesemek

2) Penurunan berat badan

3) Penurunan asupan etanol

4) Berhenti merokok, dan

5) Latihan secara Fisik

Latihan secara fisik atau olahraga terjadwal dan terarah yang dianjurkan bagi seseorang yang mengalami penyakit hipertensi adalah cara olahraga yang mempunyai 4 prinsip, yaitu: olahraga isotonis dan dinamis, seperti jogging, berlari, berenang, bersepeda, dan lainnya. Olahraga yang tepat intensitasnya adalah kisaran 60-80% dari kapasitas aerobiknya atau 72-87% dari denyutan nadi maksimal yang dikenal dengan zona latihan. Lamanya latihan fisik atau olahraga berkisar 20-25 menit dengan frekuensi latihan 3-5x perminggu dalam zona latihan.

Automedikasi atau pengobatan secara mandiri (swamedikasi) merupakan salah satu bagian dari upaya masyarakat untuk menjaga kesehatannya. Pada pelaksanaannya, pengobatan secara mandiri dapat menimbulkan masalah terkait dengan obat (*Drug related problem*) karena akibat terbatasnya pengetahuan serta wawasan masyarakat mengenai penggunaan obat secara tepat (Nur Aini Harahap, 2017).

B. Konsep Dasar Penyakit: Hipertensi

1. Pengertian

Hipertensi merupakan suatu keadaan serius dan umum terjadi yang menimbulkan banyak persoalan terkait dengan kesehatan yaitu risiko morbiditas dan mortalitas kardiovaskuler secara langsung mempunyai hubungan meningkatnya tekanan darah serta dapat menyebabkan risiko yang lain seperti stroke, angina, gagal jantung, bahkan bisa menyebabkan kematian (Siyad, 2011).

Hipertensi ialah kondisi jika tekanan darah seseorang menunjukkan tekanan sistoliknya >140 mmHg dan tekanan darah diastoliknya >90 mmHg, maka seseorang tersebut dikatakan mengalami hipertensi dengan cara dilakukan pengukuran tekanan darah selama 2 kali dengan selang waktu 5 menit saat dalam posisi istirahat/rileks (tenang) (Depkes, 2013).

Tekanan darah tinggi atau hipertensi sering disebut silent killer, sebab biasanya penderita yang telah mengalami penyakit hipertensi yang cukup lama bahkan hitungan tahun tidak merasakan adanya keluhan atau bahkan gejala yang timbul. Tidak pandang bulu, baik usia muda bahkan lanjut usia bisa terkena penyakit hipertensi. Hipertensi termasuk tergolong penyakit degenerative (proses penuaan) yang secara umum tekanan darah akan bertambah secara perlahan bersamaan dengan bertambahnya usia penderita. Hipertensi juga merupakan penyakit yang cukup mematikan, tetapi tidak membunuh secara langsung penderita tetapi hipertensi menimbulkan berbagai penyakit yang berat dan mematikan (Tryanto, 2014).

2. Etiologi

Hipertensi adalah suatu penyakit yang kondisi klinisnya sangat beraneka ragam. Hipertensi dibagi menjadi 2 bagian, yaitu hipertensi primer (esensial) dan hipertensi sekunder. Tetapi angka kejadian hipertensi lebih dari 90% tergolong dalam hipertensi primer, dimana 4x sering terjadi pada kulit hitam daripada kulit putih. Pria separuh baya sering terkena daripada wanita separuh baya. Faktor yang menyebabkan hipertensi primer (esensial) berupa faktor dari lingkungan, seperti pola dan gaya hidup yang penuh dengan tekanan, asupan diet yang tinggi natrium, kelebihan berat badan, merokok, dan riwayat dari sanak saudara mengenai hipertensi (Siyad, 2011).

Dan untuk hipertensi sekunder sendiri, disebabkan oleh kondisi klinis dan mengkonsumsi obat-obatan, tetapi faktor yang umum terjadi dari hipertensi sekunder ialah renovaskuler dan penyakit ginjal kronis (Bell et al, 2015).

3. Patofisiologi

Volume sekuncup atau total peripheral resistance dapat mempengaruhi tekanan darah, jika terjadi peningkatan dari salah satu variabel tadi yang tidak terkompensasi

maka akan terjadi hipertensi. Hipertensi dapat terjadi sebab mekanisme terbentuknya angiotensin I dan angiotensin II. Sebab angiotensin I dengan convertime enzyme (ACE) yang memegang peranan sangat signifikan secara fisiologi dalam mengatur suatu tekanan darah, hati memproduksi angiotensinogenyang terkandung didalam darah dan selanjutnya ginjal memproduksi renin yang diubah menjadi angiotensin I yang selanjutnya akan diubah oleh ACE menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang memiliki peranan yang penting dalam menaikkan tekanan darah dengan melalui 2 cara, yaitu:

Cara pertama yaitu peningkatan sekresi hormon antidiuretic (ADH) dan rasa haus. ADH diolah oleh hipotalamus dan bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolalitas serta mengatur volume urin. Meningkatnya ADH berakibat ekskresi volume urin menjadi menurun serta menjadikan urin pekat dan osmolalitas yang cukup tinggi. Untuk mengencerkan maka perlu ditingkatkan pada volume cairan ekstraseluler dengan cara cairan di bagian intraseluler diambil maka akan menimbulkan peningkatan volume darah dan meningkatnya tekanan darah.

Dan untuk cara yang kedua yaitu menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron ialah suatu hormon steroid yang berperan pada ginjal dalam mengatur volume cairan ekstraseluler dengan cara eksresi NaCl (garam) dikurangi serta mereabsorpsi dari tubulus ginjal. Meningkatnya konsentrasi NaCl (garam) akan kembali dicairkan dengan cara meningkatkan volume ekstraseluler pada kesempatannya, kejadian tersebut akan meningkatkan volume darah serta tekanan dalam darah (Nuraini, 2015).

4. Manifestasi Klinis

Menurut (Riyadi, 2011), manifestasi klinis dari hipertensi sebagai berikut:

- a. Rasa sakit pada bagian kepala
- b. Perdarahan yang terjadi pada hidung
- c. Vertigo (kepala terasa berputar)
- d. Mual dan muntah
- e. Perubahan pada indera penglihatan
- f. Kesemutan pada bagian kaki

- g. Terjadi sesak napas
- h. Kejang atau koma
- i. Nyeri pada bagian dada

5. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik atau pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan kepada seseorang yang mengalami hipertensi adalah:

- a. Riwayat serta pemeriksaan fisik yang dilakukan secara lengkap
- b. Pemeriksaan pada retina mata
- c. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan untuk mengetahui apakah adanya kerusakan atau tidak terhadap organ, seperti pada organ ginjal dan jantung
- d. Pemeriksaan elektrokardiogram yang bertujuan untuk mengetahui hipertropi ventrikel kiri
- e. Urinalisasi dilakukan untuk mengetahui protein yang terkandung dalam urin, darah, dan glukosa
- f. Melakukan foto dada dan CT Scan
- g. Pemeriksaan yang lain: renogram, pielogram intravena arteriogram renal, serta pemeriksaan fungsi ginjal terpisah dan penentuan kadar urin (Nurhidayat, Saiful 2016).

6. Komplikasi

Menurut (Aspiani, 2014), komplikasi yang timbul pada seseorang yang mengalami hipertensi yaitu:

- a. Stroke

Tekanan darah yang tinggi di otak menyebabkan hemoragi yang berakibat timbulnya stroke. Embolus yang lepas dari pembuluh darah selain otak, mengakibatkan terkena hipertensi.

- b. Infark miokard

Terjadinya infark miokard, apabila arteri koroner arterosklerotik tidak dapat menyuplai oksigen yang cukup ke miokardium serta jika membentuk 12 trombus yang dapat memperlambat aliran darah dengan melalui pembuluh darah.

c. Gagal jantung

Peningkatan tekanan darah tinggi dapat pula menyebabkan gagal jantung.



BAB III

RESUME KASUS

Bab ini akan memaparkan tentang resume keperawatan “Asuhan Keperawatan Pada Lansia Ny. S Dengan Masalah Hipertensi Di Desa Lempuyang Kecamatan Wonosalam Kabupaten Demak” dengan lingkup pengkajian keperawatan, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, serta evaluasi keperawatan. Pengkajian awal dilaksanakan tanggal 24 November 2020 dan dilakukan asuhan keperawatan selama 2 hari.

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 24 November 2020. Klien berinisial Ny. S berusia 70 tahun. Klien berjenis kelamin perempuan dan beragama Islam serta berpendidikan terakhir SD. Klien tinggal bersama dengan suaminya Tn. S di Desa Lempuyang Kecamatan Wonosalam Kabupaten Demak. Klien tidak masuk ke panti, tetapi klien tinggal dirumah bersama dengan suaminya.

Riwayat kesehatan lalu, klien mengatakan tidak pernah sama sekali dirawat di RS, klien juga mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan dan tidak memiliki alergi. Riwayat kesehatan sekarang, klien mengatakan memiliki penyakit hipertensi dari usia 50 tahun, sering merasakan pusing dan nyeri pada kepala bagian belakang saat melakukan aktivitas berlebih, nyeri terasa seperti mencekam dan nyeri yang dirasakan hilang timbul, wajah klien terlihat meringis saat menahan nyeri. Klien mengatakan kesulitan tidur pada malam hari, sering terbangun dan merasa gelisah. Riwayat kesehatan keluarga, klien mengatakan lupa tentang kesehatan keluarganya.

Kebiasaan sehari-hari klien dalam pola makan adalah 3x sehari, se porsi piring habis, nafsu makan klien terlihat masih baik, setiap harinya klien mengonsumsi lengkap dengan sayur dan lauk pauk. Pola minum klien mengatakan lebih sering minum air mineral dan air hangat. Untuk pola tidur klien mengatakan sulit tidur ketika merasakan nyeri, pusing, gelisah, dan juga sering terbangun di malam hari. Pola eliminasi klien mengatakan BAB 2x sehari dipagi dan malam hari dan BAK nya lancar dan jumlah banyak. Aktivitas dan istirahat klien biasanya pergi ke sawah dan beristirahat dirumah.

Klien mengatakan jarang pergi rekreasi tetapi kadang-kadang ziarah ke kadilangu (makam sunan kalijaga).

Psikologis klien dalam pengkajian keadaan emosi adalah klien merasa bahagia dan menikmati masa tuanya dan ketika kecapekan klien sedikit emosi dan marah-marah. Hubungan sosial klien dengan anggota kelompok baik dan akrab dengan anggota masyarakat yang lain. Sedangkan dengan keluarganya, klien mengatakan hubungan dengan keluarga nya sangat baik, terutama dengan anak dan cucunya. Dan untuk spiritual, kultur, atau kepercayaan klien menganut agama islam dann klien melaksanakan ibadah dengan selalu sholat wajib 5 waktu dengan waktu yang tepat. Serta klien meyakini kesehatanya saat ini dipengaruhi usia (aging proses).

Pada pemeriksaan fisik Ny. S tingkat kesadaran composmentis atau sadar penuh. Tekanan darah klien 180/100 mmHg dan denyut nadi 90 x/menit. Kemudian pemeriksaan suhu didapatkan suhu klien 36,8⁰C dan respiratory rate 19 x/menit. Pengukuran berat badan klien 55 Kg dan tinggi badan 150 cm. Klien tampak bersih dan segar dengan frekuensi mandi 2xsehari menggunakan sabun. Klien mengatakan pusing dan sakit pada kepala bagian belakang ketika hipertensi nya kambuh. Klien memiliki kulit berwarna kuning langsung, tidak ada lesi, keriput, dan lembab. Kepala klien berbentuk mesocephal, tidak ada lesi, kulit kepala sedikit ada ketombe, dan rambut beruban. Mata klien simetris kanan dan kiri, sclera putih, kojungtiva tidak anemis, pandangan sedikit kabur, dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan (kacamata). Telinga klien simetris, kedua telinga bersih, tidak ada penumpukan serumen, fungsi pendengaran masih normal, dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Hidung dan sinus klien simetris, tidak ada secret dan lesi, dan tidak ada nafas cuping hidung. Klien memiliki gigi yang bersih dan terdapat karies, bibir lembab, dan tidak mengalami gangguan menelan. Diarea leher klien tidak teradapat pembesaran kelenjar tiroid dan tidak terdapat benjolan di leher. Payudara klien simetris antara kanan dan kiri, tidak ada benjolan. Klien tidak memiliki gangguan pernafasan. Klien juga tidak mengalami gangguan pada sistem kardiovaskular (jantung). Kulit pada daerah abdomen klien tidak ada luka dan lesi dan tidak ada nyeri tekan. Klien tidak mengalami masalah atau gangguan dalam perkemihan, klien berkemih dengan batas normal 6-7x sehari. Klien juga bisa mengontrol BAK nya. Genitourinaria klien bersih. Pada sistem musculoskeletal, klien mengatakan kadang merasakan nyeri dan kaku pada

bagian lutut, tetapi tidak menggunakan alat bantu. Fungsi sistem saraf pusat klien sudah mengalami penurunan, seperti gemetar ketika berjalan cukup jauh. Dan fungsi endokrin klien mulai mengalami penurunan, seperti rambut beruban dan kulit keriput.

Pengkajian psikososial dan spiritual klien mampu berkomunikasi dan bersosialisasi baik dengan warga atau masyarakat sekitar. Klien juga berharap agar selalu diberi kesehatan jasmani dan rohani. Berdasarkan identifikasi masalah emosional dilakukan dengan melalui 2 tahapan pertanyaan, yaitu tahap 1 dan tahap 2. Dan untuk hasil dari masalah emosional klien hasilnya positif (+) dengan keterangan lebih dari 1 jawaban “iya”.

Pada pengkajian fungsional atau indeks katz didapatkan hasil klien adalah indeks katz A (mandiri dalam bathing, dressing, toileting, continence, dan feeding). Kemudian pengkajian Bathel indeks PM. S dapat melakukan aktivitas secara mandiri dengan hasil nilai 120. Hasil pengkajian status mental (SPSMQ) pada klien yaitu nilai 7 dan memiliki fungsi intelektual utuh. Pengkajian aspek kognitif atau MMSE pada PM didapatkan nilai total 25 dengan interpretasi hasil aspek kognitif dari fungsi mental baik.

Tidak terdapat pemeriksaan laboratorium, informasi penunjang, serta terapi media. Karena klien berada di rumah sendiri dan tidak dalam panti.

B. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data pengkajian yang didapatkan pada hari pertama kunjungan rumah yaitu pada tanggal 24 November 2020 pukul 10.00 WIB didapatkan analisa data yang didasarkan pada data subjektif klien yang mengatakan merasakan nyeri pada kepala bagian belakang, nyeri dirasakan saat melakukan aktivitas berlebih, nyeri terasa mencekam dengan skala nyeri 5 dan nyeri hilang timbul. Data objektif yang diperoleh dari klien adalah klien terlihat meringis menyeringai saat menahan nyeri serta klien tampak lemas dengan tekanan darah 180/100 mmHg, nadi 90 x/menit, suhu 36,8⁰C, dan RR 22 x/menit. Dari data subjektif dan objektif yang didapat maka muncul masalah keperawatan yaitu nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Data pengkajian selanjutnya pada tanggal 24 November 2020 pukul 10.10 WIB didapatkan analisa data yang didasarkan pada data subjektif klien yang mengatakan sulit

tidur pada saat malam hari, sering terbangun serta merasa gelisah karena pusing. Data objektif yang diperoleh dari klien adalah mata klien tampak sayu dan terlihat mata panda dan tampak gelisah dengan tekanan darah 180/100 mmHg, nadi 90 x/menit, suhu 36,8⁰C, dan RR 22 x/menit. Dari data subjektif dan objektif yang didapat maka muncul masalah keperawatan yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.

C. Intervensi atau Rencana Asuhan Keperawatan

Untuk diagnosa keperawatan yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dengan tujuan setelah dilaksanakan tindakan keperawatan selama 2x8 jam diharapkan nyeri dapat berkurang serta pencapaian hasil dengan kriteria keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, dan kesulitan tidur menurun. Dengan intervensi atau rencana tindakan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri, serta ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tarik napas dalam) kepada klien.

Sedangkan untuk diagnosa keperawatan yang kedua yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dengan tujuan setelah dilaksanakan tindakan keperawatan selama 2x8 jam diharapkan pola tidur membaik serta pencapaian hasil dengan kriteria keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, dan keluhan istirahat tidak cukup menurun. Dengan intervensi atau rencana tindakan identifikasi faktor pengganggu tidur, tetapkan jadwal tidur rutin, serta anjurkan menghindari makanan / minuman yang mengganggu tidur kepada klien.

D. Implementasi Keperawatan

Dari intervensi atau rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan. Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 25-26 November 2020. Pada hari rabu, 25 november 2020 pukul 09.00 WIB dilakukan implementasi dari diagnosa pertama yaitu mengidentifikasi lokasi,

karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri dengan respon subjektif dari klien yang mengatakan pusing dan nyeri pada kepala bagian belakang saat melakukan aktivitas berlebih, nyeri terasa mencekam, skala nyeri 5 dan rasa nyeri hilang timbul dan respon objektif dari klien adalah klien terlihat meringis menyeringai menahan sakit. Pada pukul 09.10 WIB dilakukan implementasi selanjutnya yaitu mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dengan respon subjektif klien mengatakan nyeri kepala sangat terasa ketika melakukan aktivitas berlebih dan nyeri berkurang ketika klien beristirahat dengan cukup dan respon objektif dari klien adalah klien tampak lemas dan menahan sakit. Pada pukul 09.20 WIB dilakukan implementasi mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tarik napas dalam) dengan respon subjektif klien mengatakan bersedia untuk melakukan tarik napas dalam untuk mengurangi rasa nyerinya sesuai dengan apa yang diajarkan dan respon objektif klien adalah klien tampak mengikuti arahan tarik napas dalam yang telah diajarkan.

Selanjutnya pada hari rabu 25 november 2020 pukul 09.30 WIB dilakukan implementasi dari diagnosa kedua yaitu mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dengan respon subjektif dari klien mengatakan kesulitan tidur pada malam hari, karena sering merasa pusing dan gelisah dan respon objektif dari klien adalah klien tampak gelisah dan terlihat kurang tidur. Pada pukul 09.40 WIB dilakukan implementasi selanjutnya yaitu menetapkan jadwal tidur rutin dengan respon subjektif klien mengatakan belum menetapkan jadwal tidur rutin dan tidurnya larut malam dan respon objektifnya adalah mata klien tampak sayu dan terlihat mata panda. Dan pada pukul 09.50 WIB dilakukan implementasi menganjurkan menghindari makanan / minuman yang mengganggu tidur dengan respon subjektif klien mengatakan tidak pernah mengonsumsi makanan / minuman yang mengganggu tidur, seperti kopi dan respon objektif klien adalah klien sudah tampak mengetahui.

Implementasi hari kedua dilakukan pada hari kamis, 26 November 2020, pada pukul 09.00 WIB dilakukan implementasi dari diagnosa pertama yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri dengan respon subjektif klien mengatakan pusing dan nyeri pada kepala bagian belakang sudah berkurang dengan mengonsumsi obat antihipertensi yang dibeli oleh anaknya dan skala nyeri berkurang menjadi 3 dan respon objektif dari klien adalah klien tampak lebih tenang dan rileks.

Pada pukul 09.10 WIB dilakukan implementasi selanjutnya yaitu mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dengan respon subjektif klien mengatakan nyeri kepala berkurang dengan beristirahat cukup dan mengonsumsi obat antihipertensi dan respon objektifnya adalah klien tampak membaik.

Selanjutnya pada hari Kamis, 26 November 2020 pada pukul 09.20 WIB dilakukan implementasi dari diagnosa kedua yaitu mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dengan respon subjektif klien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak karena nyeri pada kepala bagian belakang berkurang dan respon objektifnya klien tampak rileks dan bugar. Dan pada pukul 09.30 WIB dilakukan implementasi menetapkan jadwal tidur rutin dengan respon subjektif klien mengatakan sudah tidur secara rutin pada pukul 9 malam dan respon objektifnya adalah klien tampak segar.

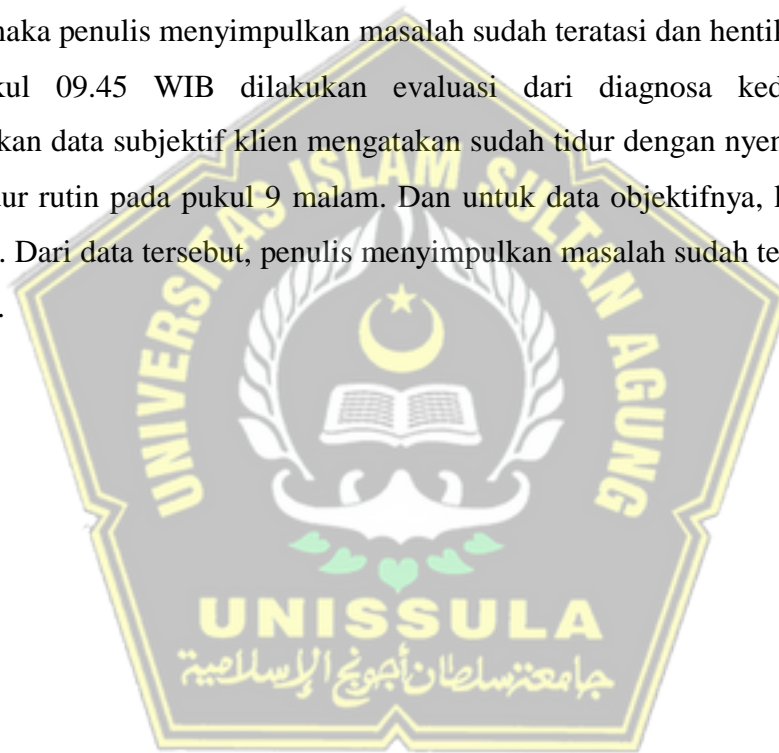
E. Evaluasi atau Catatan Perkembangan

Catatan perkembangan klien atau evaluasi dilakukan pada hari Rabu dan Kamis tanggal 25-26 November 2020, tetapi didokumentasikan pada hari Jumat pada tanggal 27 November 2020.

Evaluasi hari pertama dilakukan pada hari Jumat, 27 November 2020 pada pukul 09.15 dari diagnosa pertama yaitu data subjektif dari klien adalah klien mengatakan nyeri serta pusing pada kepala bagian belakang, P : nyeri saat beraktivitas berlebih, Q : nyeri terasa mencekam, R : nyeri pada kepala bagian belakang, S : skala nyeri 5, T : nyeri hilang timbul. Data objektif dari klien adalah klien tampak lemas dan meringis menyeringai menahan sakit. Maka dari data tersebut, penulis menyimpulkan masalah teratasi sebagian, dan harus melanjutkan intervensi 1 (identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri) dan intervensi 2 (identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri). Pada pukul 09.15 WIB dilakukan evaluasi dari diagnosa kedua yaitu dengan mendapatkan data subjektif klien mengatakan sulit tidur dan gelisah pada malam hari dan klien belum menetapkan jadwal tidur secara rutin, klien tidur larut malam. Data objektif dari klien adalah klien tampak gelisah dan kurang tidur, juga terlihat mata panda dan sayu. Dari data tersebut, penulis menyimpulkan masalah teratasi

sebagian, dengan melanjutkan intervensi Intervensi 1 (identifikasi faktor pengganggu tidur) dan intervensi 2 (tetapkan jadwal tidur rutin).

Dan untuk evaluasi hari kedua dilakukan pada hari jumat, 27 November 2020 pada pukul 09.30 WIB dari diagnosa pertama yaitu dengan mendapatkan data subjektif klien mengatakan nyeri dan pusing pada kepala bagian belakang sudah berkurang dengan mengonsumsi obat antihipertensi, P : nyeri saat melakukan aktivitas berlebih berkurang, dengan istirahat yang cukup, Q : nyeri terasa mencekam berkurang, R : nyeri pada kepala bagian belakang berkurang, S : skala nyeri 3, T : nyeri hilang timbul dalam jeda waktu yang cukup lama. Data objektif klien tampak membaik, tenang, dan rileks. Dari data yang didapat, maka penulis menyimpulkan masalah sudah teratasi dan hentikan intervensi. Dan pada pukul 09.45 WIB dilakukan evaluasi dari diagnosa kedua yaitu dengan mendapatkan data subjektif klien mengatakan sudah tidur dengan nyenyak sesuai dengan jadwal tidur rutin pada pukul 9 malam. Dan untuk data objektifnya, klien tampak segar dan bugar. Dari data tersebut, penulis menyimpulkan masalah sudah teratasi dan hentikan intervensi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada Bab IV ini penulis membahas mengenai asuhan keperawatan yang diberikan kepada Ny. S dengan hipertensi yang telah dilaksanakan sesuai dengan teori dan materi yang telah didapat. Asuhan keperawatan pada Ny. S yang dikelola selama 2 hari dari tanggal 25 November 2020 sampai dengan 26 November 2020. Penulis memberikan asuhan keperawatan yang mencakup aspek keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, serta implementasi dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Tahap pengkajian adalah tahap awal dari proses asuhan keperawatan. Pengkajian dilakukan dengan pendekatan yang sistematis untuk mendapatkan data klien baik data subjektif maupun data objektif. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik. Selain tahap ini, penulis tidak mendapatkan hambatan yang cukup signifikan karena klien kooperatif dan dapat diajak kerjasama dalam melakukan asuhan keperawatan.

Dari pengkajian yang telah dilakukan pada tanggal 24 November 2020, di dapatkan hasil Ny. S mengalami hipertensi. Pengertian hipertensi adalah jika tekanan darah seseorang menunjukkan tekanan sistoliknya lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastoliknya lebih dari 90 mmHg. (Depkes, 2013). Gejala utama yang terjadi karena hipertensi menurut (Riyadi, 2011) antara lain rasa sakit pada bagian kepala, vertigo atau kepala terasa berputar, perubahan pada indera penglihatan, dan sebagainya. Tanda dan gejala yang dialami oleh Ny. S adalah badan terasa lemas dan kepala pusing atau nyeri pada kepala bagian belakang.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah didapatkan, penulis menemukan 2 diagnosa keperawatan yaitu:

1. Nyeri akut

Menurut Tim Pokja SDKI (2017) nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan

onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penulis mengangkat atau menegakkan diagnosa tersebut karena hasil dari pengkajian Ny. S merasakan nyeri yang cukup spesifik di kepala bagian belakang khususnya daerah tengkuk. Berdasarkan batasan karakteristik didapatkan gejala dan tanda mayor disubjektif mengeluh nyeri sedangkan objektif tampak meringis, gelisah, dan sulit tidur. Penegakkan diagnosa ini sesuai dengan pengkajian Ny. S yang mengeluh nyeri atau pusing pada kepala bagian belakang dan tampak lemas. Diagnosa nyeri akut dapat ditegakkan karena sudah memenuhi 80 % dari data objektif yang telah ditetapkan.

Alasan penulis mengangkat diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis karena dalam pengkajian kasus ditemukan data subjektif dari klien mengeluh pusing atau nyeri pada kepala bagian belakang dan nyeri dirasakan ketika melakukan aktivitas berlebih, nyeri terasa mencekam dengan skala nyeri 5 serta hilang timbul. Data objektif klien didapatkan klien tampak meringis menyeringai saat menahan nyeri serta klien tampak lemas. Penulis memprioritaskan diagnosa nyeri akut karena nyeri dapat menimbulkan banyak kejadian buruk yang dapat berpengaruh terhadap kemampuan individu untuk melakukan aktivitas setiap harinya dan akhirnya mengurangi kualitas hidupnya. Selain menimbulkan kecacatan, nyeri yang tidak tertangani dengan segera juga dapat mengakibatkan seseorang mengalami gangguan secara psikologis seperti perasaan cemas, takut, marah, atau depresi. (Ministry of Health Republic of Rwanda, 2012).

Intervensi keperawatan yang disusun oleh penulis untuk mengatasi masalah nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Setelah dilaksanakan tindakan keperawatan selama 2x8 jam diharapkan nyeri dapat berkurang dan menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, dan kesulitan tidur menurun. Intervensi yang telah ditetapkan penulis yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, dan ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tarik napas dalam). Peran perawat sebagai penyuluh, tindakan keperawatan yang dilakukan penulis adalah mengajarkan teknik nonfarmakologis yaitu tarik napas dalam. Teknik tarik napas dalam atau teknik relaksasi napas dalam ialah

suatu metode asuhan keperawatan untuk mengajari kepada klien bagaimana teknik melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan dengan teknik yang benar dan baik sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Selain bisa menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam ini juga dapat membuat hati tenang dan rasa cemas berkurang yang dialami oleh klien (Arfa, 2013).

Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri sama halnya menentukan nilai P, Q, R, S, dan T dalam pengkajian nyeri yang dilakukan kepada klien. Dengan P : nyeri dirasakan saat melakukan aktivitas berlebih, Q : nyeri terasa seperti mencekam, R : nyeri pada kepala bagian belakang, S : skala nyeri 5, dan T : hilang timbul.

Tindakan mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dilakukan untuk mengetahui apa saja faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri yang dialami oleh klien. Klien mengatakan ketika melakukan aktivitas berlebih, kepala bagian belakangnya mengalami nyeri. Dan ketika klien istirahat dengan cukup, nyeri yang dirasakan dapat berkurang.

Penulis dalam melakukan implementasi sudah sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan. Penulis dapat menjalankan rencana keperawatan karena klien kooperatif dan dapat diajak kerjasama. Setiap implementasi dilakukan penulis dengan baik dan sesuai, serta klien aktif bertanya dan bersedia untuk melaksanakan tindakan yang diinstruksikan. Penulis melakukan implementasi selama 2 hari yaitu pada tanggal 25 November 2020 sampai dengan tanggal 26 November 2020.

Evaluasi keperawatan dari implementasi yang telah dilakukan berdasarkan capaian kriteria hasil dan intervensi yang telah ditetapkan. Hasil dari assesment penilaian masalah teratasi dibuktikan dengan skala nyeri 5 berkurang menjadi 3. Setelah dilakukan implementasi selama 2 hari klien tampak lebih tenang dan rileks serta dengan kondisi yang membaik.

Tambahan dalam pembahasan kali ini adalah tentang automedikasi atau pengobatan secara mandiri yang harusnya dikaji lebih mendalam oleh perawat tentang obat hipertensi yang dikonsumsi oleh klien seperti nama dan berapa dosis yang dikonsumsi.

2. Gangguan pola tidur

Menurut Tim Pokja SDKI (2017) gangguan pola tidur adalah suatu gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat dari faktor eksternal. Penulis mengangkat atau menegakkan diagnosa tersebut karena hasil dari pengkajian Ny. S mengatakan sulit tidur pada malam hari, sering terbangun dan merasa gelisah karena pusing. Berdasarkan batasan karakteristik didapatkan gejala dan tanda mayor disubjektif mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh istirahat tidak cukup sedangkan objektif tampak gelisah. Diagnosa gangguan pola tidur sudah sesuai dengan syarat memenuhi penegakan mencapai 80 % yang sesuai dengan pengkajian Ny. S yang mengeluh sulit tidur, sering terbangun, dan merasa gelisah.

Alasan penulis menegakkan diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, sebab dalam pengkajian kasus ditemukan data subjektif dari klien mengatakan kesulitan tidur pada malam hari, sering terbangun serta merasa gelisah karena pusing. Data objektif dari klien didapatkan mata klien tampak sayu dan terlihat mata panda serta klien tampak gelisah.

Penulis menyusun intervensi keperawatan dari masalah gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Setelah dilaksanakan tindakan keperawatan selama 2x8 jam diharapkan pola tidur klien membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, dan keluhan istirahat tidak cukup menurun. Intervensi atau rencana keperawatan yang disusun oleh penulis adalah identifikasi faktor pengganggu tidur, tetapkan jadwal tidur rutin, dan anjurkan menghindari makanan / minuman yang mengganggu tidur.

Implementasi keperawatan yang diterapkan oleh penulis sudah sepadan dengan intervensi atau rencana keperawatan yang telah ditetapkan. Respon klien kooperatif dalam mengikuti implementasi atau tindakan dari penulis. Klien aktif dalam memberikan jawaban dari pertanyaan penulis. Gangguan pola tidur dapat diatasi dengan menetapkan jadwal tidur rutin serta menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur. Menurut (Hastono, 2011) makanan yang dapat menyebabkan sulit tidur adalah makanan/minuman berkafein, makanan dengan lemak yang berlebih, alcohol, makanan/minuman dengan kadar gula tinggi, serta makanan pedas. Maka

diharapkan klien dapat menghindari makanan atau minuman tersebut. Menerapkan jadwal tidur rutin juga dapat memperbaiki gangguan pola tidur yang dialami oleh klien, dengan contoh seperti menerapkan jadwal tidur rutin pada pukul 9 malam.

Evaluasi keperawatan dari implementasi yang telah dilakukan berdasarkan capaian kriteria hasil dan intervensi yang telah ditetapkan. Hasil dari assesment penilaian masalah teratasi dibuktikan dengan klien mengatakan sudah tidur dengan nyenyak. Setelah dilakukan implementasi selama 2 hari klien tampak segar dan bugar.

Tambahan pembahasan dalam diagnosa gangguan pola tidur adalah tentang aktivitas yang dikerjakan oleh lanjut usia ketika terjaga dari tidurnya, yaitu bisa dengan melakukan aktivitas spiritual seperti dzikir, sholat malam, dan mengaji. Agar ketika lansia terjaga dari tidurnya, lansia tidak hanya bengong dan menunggu sampai terbitnya matahari. Dengan saran yang telah disampaikan, waktu terjaga nya lansia tidak terbuang sia-sia.



BAB V

PENUTUP

Asuhan keperawatan yang di kelola selama 3 hari mulai tanggal 24-26 November 2020. Pada BAB V ini merupakan langkah terakhir dalam penyusunan karya tulis ilmiah yang meliputi kesimpulan dan saran. Asuhan keperawatan ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pemberi asuhan keperawatan kepada klien dengan masalah hipertensi.

A. Kesimpulan

Hipertensi ialah kondisi jika tekanan darah seseorang menunjukkan tekanan sistoliknya >140 mmHg dan tekanan darah diastoliknya >90 mmHg, maka seseorang tersebut dikatakan mengalami hipertensi dengan cara dilakukan pengukuran tekanan darah selama 2 kali dengan selang waktu 5 menit saat dalam poisisi istirahat/rileks (tenang) (Depkes, 2013).

1. Pada saat penulis melakukan pengkajian meliputi identitas klien, riwayat kesehatan, kebiasaan sehari-hari, pemeriksaan fisik, pengkajian psikososial dan spiritual, pengkajian fungsional indeks katz, pengkajian barthel indeks, pengkajian status mental (SPSMQ) dan pengkajian aspek kognitif (MMSE). Hasil pengkajian penulis menemukan klien mengalami hipertensi dengan tekanan darah 180/100 mmHg.
2. Dari pengkajian yang telah dilakukan didapatkan dua diagnosa keperawatan, yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan diagnosa yang kedua yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.
3. Intervensi atau rencana keperawatan yang telah disusun dengan tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai berdasarkan Standart Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan intervensi yang disusun berdasarkan Standart Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.
4. Implementasi keperawatna yang dilakukan sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan yang telah disusun dan ditetapkan. Penulis tidak menemukan kendala yang signifikan dalam melaksanakan tindakan keperawatan.

5. Hasil evaluasi dari diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, masalah teratasi. Dan untuk diagnosa kedua yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, masalah teratasi.

B. Saran

1. Bagi penulis

Dapat memberikan pelayanan asuhan keperawatan yang lebih baik lagi serta terus belajar untuk menambah pengalaman dan wawasan khususnya dalam lingkup gerontik dengan masalah hipertensi.

2. Bagi Lembaga Pendidikan

Menjadikan karya tulis ilmiah agar dapat menjadi gambaran atau pandangan bagi institusi pendidikan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam menyusun asuhan keperawatan kepada lanjut usia dengan masalah hipertensi.

3. Bagi Profesi Perawat

Saran dari penulis bagi perawat agar mempertahankan asuhan keperawatan yang telah sesuai dengan standar prosedur yang telah diterapkan. Perawat harus mampu modifikasi intervensi dengan baik dan mampu mengimplementasikannya sehingga masalah keperawatan dapat teratasi.

4. Bagi Lahan Praktik

Menjadikan acuan dalam pemberian asuhan keperawatan sebagai peningkatan kualitas pelayanan yang lebih baik lagi khususnya pada lanjut usia dengan masalah hipertensi.

5. Bagi Masyarakat

Sebagai perawat harus mampu memberikan informasi kepada masyarakat sekitar mengenai cara memberikan perawatan yang tepat dan benar, khususnya kepada lansia dengan masalah hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Republik Indonesia. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia 1998
- Fatmah. 2010. *Gizi Usia Lanjut*. Erlangga : Jakarta
- Arlita, T. 2014. Hubungan Asupan Natrium, Kalium, magnesium dan Status Gizi dengan Tekanan darah Pada Lansia Di Kelurahan Makam Haji Kecamatan Kartasura. Skripsi Thesis, Universitas Muhammadiyah Surakarta
- WHO. World Health Statistic 2015: World Health Organization; 2015
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian RI tahun 2018. http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_2018/Hasil%20Riskesdas%202018.pdf – Diakses Agustus 2018
- Junaedi, E. Dan Yulianti, S. Dkkk. 2013. “Hipertensi Kandas Berkat Herbal”, ed 1. Jakarta: Fmedia
- Annisa, D. F., & Ifdil, I. (2016). Konsep Kecemasan (Anxiety) pada Lanjut Usia (Lansia). *Konselor*, 5(2), 93. <https://doi.org/10.24036/02016526480-0-00>
- Ratnawati, Emmelia. (2017). *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Penerbit Pustaka Baru Press
- Listiana, Fatimah. 2012. “Hubungan Pasuh Orang Tua dengan Perkembangan Anak di R.A Darussalam Desa Sumber Mulyo, Jogoroto, Jombang”. Jombang: sekripsi
- Fatimah. 2010. *Merawat Manusia Lanjut Usia*. Jakarta: Trans Info Media
- Nugroho (2008). *Keperawatan Gerontik*. Buku kedokteran EGC: Jakarta
- World Health Organization (2017). Mental disorders fact sheets. World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/> - Diakses Januari 2018
- Ardiansyah, M. 2012. *Medikal Bedah*. Yogyakarta: DIVA Press

Centers for Disease Control prevention (CDC). Urinary Tract Infection (Catheter-Associated Urinary Tract Infection [CAUTI] and Non-Catheter-Associated Urinary Tract Infection [UTI]) and Other Urinary System Infection [USI] Events. Diakses tanggal 31 Mei 2017 dari <https://www.cdc.gov/>

World Health Organization. World Health Statistics 2014. Geneva: WHO, 2014

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)., 2017, Global Strategy For The Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *American Journal of COPD*

Kartika Sari Wijayaningsih. 2013. *Standar Asuhan Keperawatan*. Jakarta: TIM

Nanda. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10 Editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru*. Jakarta: EGC

Setiadi. 2012. *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Teori dan Praktik*. Yogyakarta: Graha Ilmu

Potter & Perry. 2009. *Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika

Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka Kerja* (1st ed). Yogyakarta: Gosyen Publishing

Siyad.A.R. 2011. "Hypertension, H.J.D.Med.vol.3 (1), April-October 2011, pp.1-16." 3(1): 1-16

Depkes RI. (2013). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS 2013). Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Tryanto, E. (2014). *Pelayanan keperawatan bagi penderita Hipertensi Secara Terpadu*. Yogyakarta: Graha Ilmu

Bell, K., Twiggs, J., & R. Olin, B. 2015. Hypertension : The Silent Killer : Updated JNC-8 Guideline Recommendations. *Alabama Pharmacy Association*

Nuraini, B. 2015. Risk Factors of Hypertension. Faculty of Medicine, University of Lampung, vol 4, No. 5, pp. 11

Sujono Riyadi, S. M. 2011. *Buku Keperawatan Medikal Bedah*. Pustaka Belajar: Yogyakarta

Nurhidayat, Saiful. 2016. *Faktor Risiko Penyakit Kardiovaskular Berbasis Sekolah*. UNMUH Ponorogo Press, Ponorogo. Diakses tanggal 21 Januari 2016

Aspiani, R.Y. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik*. Jakarta: Trans Info Media

Ministry of Health Republic of Rwanda. Pain Management Guidelines. 2012:1-2

Arfa, M. 2013. *Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post-Operasi Appendicitis Di Ruang Bedah RSUP Prof. Dr. Hi. Aloei Saboe Kota Gorontalo*, Tesis. Universitas Negeri Gorontalo

Hastono. S.P & Sabri, L. (2011). *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada

Fauziah, H. (2013). *Gambaran Kualitas Tidur Pada Wanita Lanjut Usia (Lansia) di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Pertiwi Bandung*. Skripsi Universitas Pendidikan Indonesia

Nurlia. (2016). *Pengaruh Pola Tidur Sehat Terhadap Tingkat Insomnia Lansia*. Skripsi. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, UIN Alauddin Makassar

Nur Aini Harahap, Khairunnisa, Juanita Tanuwijaya. 2017. Tingkat Pengetahuan Pasien dan Rasionalitas Swamedikasi di Tiga Apotek Kota Penyambungan. *Jurnal Sains Dan Klinis*. Ikatan Apoteker Indonesia. Sumatera Barat

LAMPIRAN



Lampiran 1

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep

NIDN : 06-0901-8004

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi D3 Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut:

Nama : Rina Nazilatur Rahmah

NIM : 40901800085

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Lansia Ny. S Dengan Masalah Hipertensi Di Desa Lempuyang Kecamatan Wonosalam Kabupaten Demak

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 25 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep

06-0901-8004

Lampiran 2

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep

NIDN : 06-0901-8004

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi D3 Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut:

Nama : Rina Nazilatur Rahmah

NIM : 40901800085

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Lansia Ny. S Dengan Masalah Hipertensi Di Desa Lempuyang Kecamatan Wonosalam Kabupaten Demak

Menyatakan bahwa mahasiwa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 02 Februari 2021 sampai 28 Mei 2021 secara virtual melalui google meet/zoom/videocall group.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 02 Januari 2021

Pembimbing



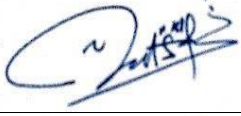






Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep

06-0901-8004

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN****FIK UNISSULA****2021****NAMA MAHASISWA : Rina Nazilatur Rahmah****NIM : 40901800085****JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan Pada Lansia Ny. S Dengan Masalah Hipertensi Di Desa Lempuyang Kecamatan Wonosalam Kabupaten Demak****PEMBIMBING : Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep**

HARI/TGL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
Selasa, 02 Februari 2021	Pertemuan awal dengan dosen pembimbing	Dosen pembimbing memberikan masukan dan saran tentang bagaimana langkah-langkah dalam penyusunan KTI	
Senin, 15 Februari 2021	Bimbingan mengenai bagaimana langkah awal dalam penyusunan KTI dan membahas tentang judul	Mahasiswa diberikan arahan dalam penentuan judul yang tepat untuk KTI	
Rabu, 24 Februari 2021	Penyusunan Bab 1-3	Mahasiswa diberikan arahan untuk mengerjakan atau menyusun KTI dari Bab 1-3 dengan cara memparafrase	
Selasa, 02 Maret 2021	Pembahasan Bab 1-3	Mahasiswa diberikan arahan untuk merevisi KTI yang belum tepat	
Kamis, 18 Maret 2021	Pembahasan Bab 3	Mahasiswa diberikan arahan untuk menarasikan Bab 3	

Rabu, 31 Maret 2021	Penyusunan Bab 4	Mahasiswa diberikan arahan untuk mulai menyusun Bab 4	
Kamis, 15 April 2021	Pembahasan Bab 4	Mahasiswa diberikan masukan dan saran oleh dosen pembimbing tentang bagaimana cara membuat pembahasan dalam Bab 4	
Selasa, 27 April 2021	Penyusunan Bab 5	Mahasiswa diberikan arahan untuk menyusun Bab 5	
Rabu, 05 Mei 2021	Pembahasan Bab 5	Dosen pembimbing mengevaluasi KTI dengan memberikan masukan dan saran yang membangun untuk mahasiswanya	
Senin, 24 Mei 2021	Pembahasan KTI yang perlu direvisi dan pemberian masukan tentang pe-revisian KTI setelah diuji turnitin	Mahasiswa diberikan arahan untuk merevisi KTI yang kurang tepat terutama pada pengeditan sistematika penulisan. Serta cara meminimalkan uji turnitin	
Selasa, 25 Mei 2021	Pemberitahuan nilai turnitin	Dosen pembimbing mengarahkan mahasiswa untuk merevisi ulang KTI yang nilai KTI nya masih diatas 25% dan memberi arahan tentang persiapan sidang untuk mengumpulkan berkas-berkas yang perlu ditandatangani dan mempersiapkan PPT untuk presentasi ketika sidang	
Rabu, 25 Mei 2021	BAB 1-5	ACC	

Lampiran 4

LAPORAN KASUS
PBK KEPERAWATAN GERONTIK BERBASIS KOMUNITAS DENGAN
METODE DARING
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY S DENGAN MASALAH HIPERTENSI
DI DESA LEMPUNYANG KECAMATAN WONOSALAM KABUPATEN DEMAK

DI SUDUN OLEH
RINA NABILATUR RAHMAH
40901800085

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2020/2021

ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA LANSIA NY S DENGAN MASALAH
HIPERTENSI

A. Riwayat Kesehatan

1. Identitas
 - a. Nama Lansia (inisial) : Ny S
 - b. Agama : Islam
 - c. Usia : 70 tahun
 - d. Pendidikan terakhir : SD
 - e. Orang yang paling dekat dihubungi : Suami
 - f. Alamat : Di Lempunyang Kec. Wonosalam Kab. Demak
 - g. Telepon : -
 - h. Tanggal masuk ke Panji Wreda : -
 - i. Tanggal Pengisian : 24 November 2020
2. Alasan masuk ke Panji : -
3. Riwayat Kesehatan
 - a. Riwayat kesehatan yang lalu
Klien mengatakan tidak pernah dirawat di Rumah sakit, Klien tidak pernah mengalami kecelakaan dan tidak memiliki alergi.
 - b. Riwayat kesehatan sekarang
Klien mengatakan memiliki penyakit hipertensi sejak usia 50 tahun. Klien sering merasakan pusing dan nyeri pada kepala bagian belakang saat melakukan aktivitas berlebih. Nyeri terasa seperti mencekam dan nyeri yang dirasakan hilang timbul. Wajah Klien tampak meringis saat menahan nyeri. Klien juga mengatakan sulit tidur pada malam hari, sering terbangun dan merasa gelisah.
 - c. Riwayat kesehatan keluarga
Klien mengatakan lupa tentang kesehatan keluarganya.
4. Kebiasaan sehari-hari
 - a. Biologis
 - 1) Pola makan
Klien mengatakan makan 3x sehari, porsi piring habis, nafsu makan klien terlihat masih baik, setiap harinya klien mengonsumsi lengkap dengan sayur dan lauk pauk.
 - 2) Pola minum
Klien mengatakan lebih sering minum air mineral dan air hangat.

3) Pola tidur

Klien mengatakan sulit tidur ketika merasakan nyeri, pusing, gelisah, dan juga sering terbangun di malam hari.

4) Pola eliminasi

Klien mengatakan BAB 2x sehari dipagi dan malam hari dan BAK nya lancar dengan jumlah yang banyak.

5) Aktivitas dan istirahat

Aktivitas klien biasanya pergi ke sawah dan beres-tesahat di rumah.

6) Rekreasi

Klien mengatakan jarang pergi rekreasi tapi kadang-kadang ziarah ke Kadisono (makam sunan Kalijaga).

b. Psikologis

1) Keadaan emosi

Klien mengatakan bahagia dan menikmati masa tuanya. Ketika kecapekan klien sedikit emosi dan marah-marah.

c. Hubungan sosial

1) Hubungan dengan anggota kelompok

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

2) Hubungan dengan keluarga

Klien mengatakan hubungan dengan keluarganya sangat baik, terutama dengan anak dan cucunya.

d. Spiritual / Kultur

1) Pelaksanaan ibadah

Klien mengatakan shalat 5 waktu dengan waktu yang tepat.

2) Keyakinan terhadap kehidupan

Klien meyakini kehidupannya saat ini dipengaruhi oleh ura (aqing proses).

f. Pemeriksaan Fisik

a. Tingkat Kesadaran

Composmentis.

b. Tanda vital (T, N, S, RR)

TD : 100/100 mmHg

N : 90 /menit

S : 36,8 °C

RR : 22 /menit

1. Pengukuran BB dan TB

BB : 55 Kg

TB : 150 cm

4. Pemeriksaan dan pemberian perawatan

Klien tampak bersih dan segar.

e. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Klien mengatakan pusing dan sakit pada bagian belakang ketika hipertensinya kambuh.

2) Integumen (kulit)

Kulit berwarna kuning langsat, tidak ada lesi, keriput, dan lembab.

3) Kepala

Bentuk mesocephal, tidak ada lesi, kulit kepala sedikit ada ketombe.

dan rambut beruban.

4) Mata

Bentuk simetris kanan dan kiri, sclera putih, konjungtiva tidak anemis, pandangan sedikit kabur, dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan (kaca mata).

5) Telinga

Bentuk simetris, kedua telinga bersih, tidak ada penumpukan serumen, fungsi pendengaran masih baik, dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

6) Hidung dan sinus

Bentuk hidung simetris, tidak ada sekret dan lesi, dan tidak ada napas cuping hidung.

7) Mulut dan tenggorokan

Gigi bersih dan terdapat karies, bibir lembab, dan tidak mengalami gangguan menelan.

8) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada benjolan di leher.

9) Payudara

Simetris kanan dan kiri, tidak ada benjolan.

10) Pernapasan

Tidak ada gangguan pernapasan.

11) Kardiovaskular

Klien tidak mengalami gangguan pada sistem kardiovaskular (jantung).

12) Gastrointestinal

Kulit pada abdomen tidak ada luka dan lesi, tidak ada nyeri tekan.

- 13) Persewaan
Klien tidak mengalami masalah atau gangguan dalam persewaan, klien berkemih dalam batas normal 6-7x sehari. Klien juga bisa mengontrol BAK nya
- 14) Genitalia
Berisi
- 15) Muskuloskeletal
Klien mengalami kadang merasakan nyeri dan kaku pada bagian lutut, tetapi klien tidak menggunakan alat bantu.
- 16) Sistem saraf pusat
Fungsi sistem saraf pusat sudah mengalami penurunan, seperti gemetar ketika berjalan cukup jauh.
- 17) Sistem endokrin
Fungsi endokrin mulai mengalami penurunan, seperti rambut beruban dan kulit keriput.

6. Pemeriksaan (Psikososial / Spiritual, Indeks Katz / Barthel Indeks, Status Mental DSM-5 / MMSE)

a. Pengkajian Psikososial dan Spiritual

1) Psikososial

Klien mampu berkomunikasi dan bersosialisasi dengan baik, dengan orang lain atau masyarakat sekitar. Klien juga berharap agar selalu diberi kesehatan jaman dan tohoni.

2) Identifikasi masalah emosional

Pertanyaan tahap 1

- Apakah PM mengalami kesulitan tidur? Ya.
- Apakah PM sering mengalami kesulitan tidur? Ya.
- Apakah PM sering mengalami gelisah? Ya.
- Apakah PM musing dan menangis sendiri? Tidak.
- Apakah PM sering was-was dan khawatir? Ya.

Pertanyaan tahap 2

- Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam satu bulan? Ya.
- Ada atau banyak pikiran? Ya.
- Ada gangguan atau masalah dengan PM lain? Tidak.
- Menggunakan obat tidur / penenang atas anjuran dokter? Tidak.
- Cenderung mengurung diri? Tidak.

Keterangan: Masalah emosional positif (+), lebih dari 1 jawaban "iya".

3) Spiritual

Klien beragama Islam dan klien selalu menunaikan ibadah shalat 5 waktu dengan tepat. Klien selalu berdoa dan pasrah tentang keselamatannya kepada Allah SWT.

b. Pengkajian Fungsional PM (Indeks Katz)

PM	Bathing	Dressing	Toileting	Transferring	Continence	Feeding
Ya & Mandiri (A)	Mandiri (A)	Mandiri (A)	Mandiri (A)	Mandiri (A)	Mandiri (A)	Mandiri (A)

Keterangan: Jadi, Indeks Katz nya adalah Indeks Katz A. PM mandiri semua.

c. Pengkajian Fungsional PM (Barthel Indeks)

KRITERIA	DEPERB BANTUAN	MANDIRI	KETERANGAN
Makan	5	10 (v)	Frekuensi : 3x sehari Jumlah : Sesuai porsi Jenis : nasi, sayur.
Minum	5	10 (v)	Leuk baik Frekuensi : - Jumlah : - Jenis : air putih dan teh hangat.
Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur atau sebaliknya	5-10	15 (v)	
Personal toilet, cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi	0	5 (v)	
Keluar masuk toilet (cuci muka, menyikat gigi)	0	5 (v)	Frekuensi : 2x sehari
Mandi	5	10 (v)	
Jalan dipermukaan datar	0	5 (v)	Frekuensi : Sesuai dengan kegiatan klien.
Naik turun tangga	5	10 (v)	

Mengenakan pakaian	5	10	(✓)
Kontrol bowel (BAB)	5	10	(✓)
Kontrol bladder (BAK)	5	10	(✓)
Olahraga / Latihan	5	10	(✓)
Rekreasi / Pemanfaatan waktu	5	10	(✓)

Keterangan : Jumlah 120 = Mandiri, klien mandiri dan tidak ada ketergantungan

d. Pengkajian Status Mental Gerontik (SPMG)

PERTANYAAN	BENAR	SALAH
Tanggal berapa hari ini ?	✓	
Hari apa sekarang ?	✓	
Apa nama tempat ini ?	✓	
Dimana alamat anda ?	✓	
Berapa umur anda ?		✓
Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)		✓
Siapa presiden Indonesia sekarang ?	✓	
Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?	✓	
Siapa nama ibu anda ?	✓	
Kurangi 3 dari 20 dan setiap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semuanya secara menurun		✓
JUMLAH	7	3

Keterangan : Jumlah salah 3 = Fungsi intelektual usuh

e. Pengkajian Aksef Kognitif Mini Mental Status Exam (MMSE)

ASPEK KOGNITIF	SKOR	SKOR MAKSMAL	KRITERIA
Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : - Tahun : 2020 - Musim : panas

ASPEK KOGNITIF	SKOR	SKOR MAKSMAL	KRITERIA
Orientasi	5	5	- Tanggal : 24 - Hari : Selasa - Bulan : November Dimana kita sekarang : - Negara : Indonesia - Provinsi : Jawa Tengah - Kota : Demak - Pami : - - Ruang : -
Registrasi	3	3	Sebutkan 3 objek (objek pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing objek kemudian layarkan PM ketiga objek tadi (untuk disebutkan) - Pami - Hujung - Gelas
Perhatian dan Kalkulasi	5	2	Meminta PM untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali (93, 86, 79, 72, 65)
Mengingat	3	3	Meminta PM untuk mengulangi ketiga objek tadi pada nomor 3 kalau benar 1 point masing-masing objek
Bahasa	9	7	a. Tunjukkan pada suatu benda dan di tanyakan namanya pada PM (jam tangan dan pensil) b. Meminta kepada PM untuk mengulangi kata berikut " Jika ada, tidak ada, atau, tetapi " c. Minta PM untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : " Ambil kertas ditangan anda, lipat dua dan taruh dilantai ". Ambil kertas - lipat dua - taruh ditantai - ambil kertas - lipat dua - taruh ditantai d. Perlihatkan kepada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah

			nilai 1 point) - Tulip masa anda Perlihatkan pada PM untuk menulis satu kalimat dan mengalin gambar - Tulis satu kalimat - Mengalin gambar
--	--	--	--

Keterangan : Jumlah 25 = Aspek Kognitif dari fungsi mental baik.

7. Laboratorium (bisa ada)

8. Informasi Penunjang (bisa ada)

9. Terapi media (bisa ada)

B. Analisa Data

N/O	DATA	DIAGNOSA
1.	Ds : - Klien mengatakan mengalami nyeri pada kepala bagian belakang P: Nyeri dirasakan saat melakukan aktivitas berlebih G: Nyeri terasa seperti menzekam R: Nyeri pada kepala bagian belakang S: Skala nyeri 5 T: Hilang timbul DO : TD : 180/100 mmHg Jdadi : 90 /menit Suhu : 36,8 °C RR : 22 /menit - Klien tampak terlihat menyeringai saat menahan nyeri - Klien tampak lemas	(D.0077 Hal 172, SKKI) Nyeri Akut b.d. agen pencedera fisiologis .
2.	Ds : - Klien mengatakan sulit tidur pada malam hari, sering terbangun dan merasa gelisah karena pusing .	(D.0055 Hal 126, SKKI) Gangguan pola tidur b.d. hambatan lingkungan

DO : TD : 180/100 mmHg Jdadi : 90 /menit Suhu : 36,8 °C RR : 22 /menit - Mata klien tampak sayu dan terlihat masa panda - Klien tampak gelisah
--

c. Diagnosa Keperawatan

- Nyeri akut b.d. agen pencedera fisiologis
- Gangguan pola tidur b.d. hambatan lingkungan

D. Rencana Asuhan Keperawatan

N/O DIAGNOSA	TUJUAN UMUM	TUJUAN KHUSUS	KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN
1. Nyeri akut b.d. agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x8 jam di harapkan nyeri dapat berkurang	Tingkat nyeri menurun	Tingkat nyeri (L.08066 Hal 95, SLKI)	Manajemen nyeri (L.08238 Hal 201, SLKI) * Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, identitas nyeri * Identifikasi faktor yang mempengaruhi dan mempengaruhi nyeri * Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tarik napas dalam)
2. Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x8 jam di	Pola tidur membaik	Pola tidur (L.05046 Hal 96, SLKI)	Dukungan tidur (L.05174 Hal 48, SLKI) * Keluhan sulit * Identifikasi faktor

	harapan pola tidur membaik	tidur menurun = Keluhan sering terjaga menurun = Keluhan tidak puas tidur menurun = Keluhan istirahat tidur cukup menurun	Pengganggu tidur = Terlepas jadwal tidur rutin = Anjurkan menghindari makanan / minuman yang mengganggu tidur.
--	----------------------------	--	--

5. Implementasi Keperawatan

Hari 1

Tanggal dan Waktu	No. Dx	Implementasi	Respon Klien	TTD
Rabu, 25 November 2020 09.00 - 09.10	Dx.1	Mengidentifikasi lokasi, karakterisitik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri	S: Klien mengatakan pusing dan nyeri pada kepala bagian belakang saat melakukan aktivitas berlebih, nyeri terasa menusuk, skala nyeri 6 dan rasa nyeri hilang timbul. D: Klien tampak sering menyeringai menahan nyeri	2-1
09.10 - 09.20	Dx.1	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	S: Klien mengatakan nyeri kepala sangat terasa saat melakukan aktivitas berlebih dan nyeri berkurang ketika klien beristirahat dengan cukup. D: Klien tampak lemas dan menahan sakit	2-1
09.20 - 09.30	Dx.1	Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tarik napas dalam)	S: Klien mengatakan bersedia untuk melakukan tarik napas dalam untuk mengurangi rasa nyerinya sesuai dengan apa yang diajarkan. D: Klien tampak mengikahi arahan tarik napas dalam yang telah diajarkan.	2-1

Rabu, 25 November 2020 09.30 - 09.40	Dx.1	Mengidentifikasi faktor peggangu tidur	S: Klien mengatakan sulit tidur pada malam hari, karena sering merasa pusing dan gelisah. D: Klien tampak gelisah dan terlihat kurang tidur	2-1
09.40 - 09.50	Dx.2	Menetapkan jadwal tidur rutin	S: Klien mengatakan belum menyetopkan jadwal tidur rutin dan tidurnya larut malam. D: Masa klien tampak sayu dan terlihat mata panda	2-1
09.50 - 10.00	Dx.2	Menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur	S: Klien mengatakan tidak pernah mengonsumsi makanan / minuman yang mengganggu tidur, seperti kopi. D: Klien tampak sudah mengetahui	2-1

Hari 2

Tanggal dan Waktu	No. Dx	Implementasi	Respon Klien	TTD
Kamis, 26 November 2020 09.00 - 09.10	Dx.1	Mengidentifikasi lokasi, karakterisitik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri	S: Klien mengatakan pusing dan nyeri pada kepala bagian belakang sudah berkurang dengan mengonsumsi obat antipiretik yang diberikan oleh anaknya dan skala nyeri berkurang menjadi 3. D: Klien tampak lebih tenang dan rileks.	2-1
09.10 - 09.20	Dx.1	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	S: Klien mengatakan nyeri kepala berkurang dengan beristirahat cukup dan mengonsumsi obat antipiretik. D: Klien tampak membaik.	2-1

Kamis, 26 November 2020 09.30 - 09.40	Dx.1	Mengidentifikasi faktor pegganggu tidur	S: Klien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak karena nyeri pada kepala bagian belakang berkurang. D: Klien tampak rileks dan buger.	P-1
09.30 - 09.40	Dx.2	Menetapkan jadwal tidur rutin	S: Klien mengatakan sudah tidur secara rutin pada pukul 9 malam. D: Klien tampak segar.	P-2

F. Catatan Perkembangan

Evaluasi hari Rabu

Tanggal dan waktu	No. Diagnosa	Evaluasi	TTO
Jum'at, 27 November 2020 09.00 - 09.15	Dx.1	S: Klien mengatakan nyeri dan pusing pada kepala bagian belakang. P: Nyeri saat aktivitas berlebih. B: Nyeri terasa mencakam. R: Nyeri pada kepala bagian belakang. S: Skala nyeri 5. T: Nyeri hilang timbul. D: Klien tampak lemas dan sering menyinga menahan nyeri. A: Masalah teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi 1 dan 2. Intervensi 1 - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri. Intervensi 2 - Identifikasi faktor yang memengaruhi dan memperparah nyeri.	P-1
Jum'at, 27 November 2020 09.15 - 09.30	Dx.2	S: Klien mengatakan sulit tidur dan gelisah pada malam hari dan klien belum menetapkan jadwal tidur secara rutin. Klien tidur larut malam. D: Klien tampak gelisah dan kurang tidur. Juga	P-2

		ketuhanan, maka pada dan saya. A: Masalah teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi 1 dan 2. Intervensi 1 - Identifikasi faktor pegganggu tidur. Intervensi 2 - Tetapkan jadwal tidur rutin.	
--	--	---	--

Evaluasi hari Kamis

Tanggal dan waktu	No. Diagnosa	Evaluasi	TTO
Jum'at, 27 November 2020 09.30 - 09.45	Dx.1	S: Klien mengatakan nyeri dan pusing pada kepala bagian belakang sudah berkurang dengan mengonsumsi obat antihipertensi. P: Nyeri saat beraktivitas berlebih berkurang dengan istirahat yang cukup. B: Nyeri terasa mencakam berkurang. R: Nyeri pada kepala bagian belakang berkurang. S: Skala nyeri 3. T: Nyeri hilang timbul dalam jeda waktu yang cukup lama. D: Klien tampak kembali tenang, dan rileks. A: Masalah teratasi. P: Hentikan intervensi.	P-1
Jum'at, 27 November 2020 09.45 - 10.00	Dx.2	S: Klien mengatakan sudah tidur nyenyak sesuai dengan jadwal tidur rutin pada pukul 9 malam. D: Klien tampak segar dan buger. A: Masalah teratasi. P: Hentikan intervensi.	P-2

Lampiran 5

JURNAL IMPLEMENTASI

PENURUNAN TEKANAN DARAH DENGAN MENGGUNAKAN TEHNIK NAFAS
DALAM (DEEP BREATHING) PADA PASIEN HIPERTENSI DI PUSKECMAS
BENDOSARI KABUPATEN SUKOHARJO

Rini Tri Hastuti, Insyah

Kementerian Kesehatan Politeknik Kesehatan Surakarta
Jurusan Keperawatan

SOP (Standar Operasional Prosedur)

1. Tahap pra interaksi
 - Mengunjungi rumah pasien kelolaan (Ny.s)
2. Tahap orientasi
 - Mengucapkan salam
 - Melakukan kontrak waktu
 - Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan
 - Menanyakan persetujuan / kesiapan pasien
3. Tahap kerja
 - Mengajak pasien membaca basmalah
 - Mengatur posisi yang nyaman (posisi duduk)
 - Memberikan contoh kepada pasien teknik napas dalam
 - Hirup udara melalui hidung
 - Tahan selama 3 detik
 - Hembuskan pelan-pelan melalui mulut
 - Minta pasien untuk mengulangi apa yang telah dicontohkan
4. Tahap terminasi
 - Mengevaluasi tindakan
 - Menyampaikan rencana tindak lanjut
 - Mengajak pasien membaca hamdalah
 - Berpamitan dengan pasien.