

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GERONTIK DENGAN HIPERTENSI
DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDA (PSTW) PROVINSI BENGKULU
TAHUN 2019



DISUSUN OLEH :

PARLUHUTAN SITORUS
NIM: P0 5120218110 RPL

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
DIPLOMA III KEPERAWATAN
2019

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GERONTIK DENGAN HIPERTENSI
DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDA (PSTW) PROVINSI BENGKULU
TAHUN 2019**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Studi
Diploma III Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan Poltekes Kemenkes
Bengkulu

DISUSUN OLEH :

PARLUHUTAN SITORUS
NIM: P0 5120218110 RPL

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
DIPLOMA III KEPERAWATAN
2019**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

ASUHAN KEPERAWATAN GERONTI PADA Tn.A DENGAN
HIPERTENSI DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDA (PSTW)
PROPINSI BENGKULU TAHUN 2019

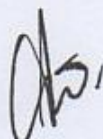
Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan
tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan
Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Dipersiapkan dan dipersentasikan oleh :

PARLUHUTAN SITORUS
NIM. P0 5120218 110 RPL

Pada tanggal: September 2019

Mengetahui:
Pembimbing



S.PARDOSI,S.Kp,S.Sos,M.Si (Psi)
NIP.196403031986031005

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

Dengan Judul

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTK PADA Tn.A DENGAN HIPERTENSI
DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDA (PSTW) PROPINSI BENGKULU
TAHUN 2019**

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh:

PARLUHUTAN SITORUS
NIM.P0 5120218110 RPL

Karya Tulis Ilmiah ini telah diuji dan dinilai oleh Panitia Penguji
Pada Program DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes
Bengkulu

Pada tanggal. September 2019

Panitia Penguji,

1. Ns. Agung Riyadi, M.Kes (.....)
NIP. 196810071988031005
2. Ns. Hermansyah, S.Kep, M.Kep (.....)
NIP. 197507161997031002
3. S. Pardosi, S.Kp, S.Sos, M.Si (Psi) (.....)
NIP. 196403031986031005

Mengetahui

Ka. Prodi D III Keperawatan Bengkulu
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Ns. Mardiani, S. Kep, MM
NIP. 197203211995032001

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa , karena berkat rahmat dan karunia Nya sehingga penulis dapat menulis Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gerontik Dengan Hipertensi Di Panti Sosial Trensna Werda Provinsi Bengkulu tahun 2019”. Penyusunan Karya Tulis Imiah ini penulis mendapatkan bimbingan dan bantuan baik materi maupun nasehat dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan KTI ini tepat pada waktunya. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Bapak Darwis S.Kp., M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Bengkulu yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di prodi DIII keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan Poltekkes Bengkulu
2. Bapak Dahrizal S.Kep., MPH selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Bengkulu
3. Ibu Ns. Mardiani S.Kep., MM selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Bengkulu
4. Bapak S.Parodsi,S.Kp,M.Si selaku pembimbing penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah
5. Seluruh Dosen dan Staf Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
6. Keluarga tercinta yang telah banyak memberikan dukungan moril dan spiritual yang sangat berarti bagi penulis
7. Seluruh mahasiswa-mahasiswi Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kekeliruan dan kekhilafan baik dari segi penulisan maupun penyusunan dan metodologi. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak agar penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi dimasa yang akan datang.

Penulis berharap semoga laporan Karya Tulis Ilmiah yang telah penulis susun ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta dapat membawa perubahan positif terutama bagi penulis sendiri dan mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Bengkulu lainnya.

Bengkulu, September 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penelitian	3
C. Batasan Masalah.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	4

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Lanjut Usia (LANSIA)	5
1. Definisi	5
2. Ciri – ciri	6
3. Perubahan pada lansia.....	7
B. Konsep Teori Hipertensi	8
1. Pengertian Hipertensi.....	8
2. Anatomi Fisiologi	9
3. Etiologi.....	11
4. Patofisiologi.....	12
5. Klasifikasi	13
6. Tanda dan gejala	14
7. Komplikasi	15
8. Penatalaksanaan	15
C. Asuhan Keperawatan teoritis	16
1. Pengkajian.....	16
2. Diagnosa	22
3. Rencana asuhan Keperawatan	28
4. Implementasi Keperawatan	

5. Evaluasi	28
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	29
B. Subyek Penelitian	29
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)	29
D. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	30
E. Prosedur Penelitian.....	30
F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data	30
G. Keabsahan Data.....	31
H. Analisis Data	31
BAB IV TINJAUAN KASUS	
A. Pengkajian	33
B. Diagnosa Keperawatan.....	41
C. Perencanaan keperawatan	42
D. Implementasi Keperawatan	45
BAB V PEMBAHASAN	
A. Pengkajian	54
B. Diagnosa keperawatan	56
C. Perencanaan	57
D. Implementasi Keperawatan.....	57
E. Evaluasi	59
BAB V KESIMPULAN SARAN	
A. Kesimpulan	60
B. Saran	61
DAFTAR PUSTAKA	63

DAFTAR TABEL

Tabel	Nama Tabel	Halaman
2.1	Klasifikasi Hipertansi	16
2.2	Klasifikasi Hipertensi pada Lansia	16
2.3	Rencana Asuhan Keperawatan	26
4.2	SPMSQ	
4.3	MMSE	
4.4	Analisa data	
4.5	Perencanaan Keperawatan	
4.6	Implementasi	
4.7	Evaluasi	

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Nama Gambar	Halaman
2.1	Anatomi Fisiologi Jantung	11

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pengaruh globalisasi disegala bidang, teknologi dan industri telah banyak membawa perubahan pada perilaku dan gaya hidup masyarakat serta situasi lingkungannya, misalnya perukaan pola konsumsi makanan , berkurangnya aktivitas fisik dan meningkatnya pencemaran lingkungan. Perubahan tersebut tanpa disadari telah memberi kontribusi terhadap terjadinya transisi epidemiologi dengan semakin meningkatnya kasus-kasus penyakit tidak menular seperti Hypertensi (bustan, 2007).

Makin bertambah usia, makin besar kemungkinan seseorang mengalami permasalahan fisik, jiwa, spiritual, ekonomi dan sosial. Salah satu permasalahan yang sangat mendasar pada lanjut usia adalah masalah kesehatan akibat proses degeneratif, hal ini ditunjukkan oleh data pola penyakit pada lanjut usia. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas,2013) penyakit terbanyak pada usia lanjut terutama adalah penyakit tidak menular salah satunya hipertensi dan pada Tahun 2018 penyakithipertensi mengaami jumlah kenaikan dari 25.8% menjadi 34,1% (Risksedas, 2018)

Hipertensi pada usia lanjut sebagian besar merupakan hipertensi Sistolik Trisolasi (HST), dimana meningkatnya tekanan sistolik menyebabkan besar timbulnya kejadian stroke dan infark miokard bahkan walaupun tekanan diastolnya dalam batas normal. Pada suatu penelitian hipertensi menempati 87% kasus pada orang berumur 50 sampai 59 tahun dan merupakan faktor morbilitas dan mortalitas pada lansia (Muttaqin, 2009)

Hipertensi adalah suatu kondisi dimana tekanan sitolik darah > 140 mmHg dan atau Diastolik >90 mmHg (WHO,2013). Hipertensi merupakan pembunuh diam-diam, seseorang baru merasakan dampak gawatnya hipertensi ketika telah terjadi komplikasi penyakit. Dalam hal ini

hipertensi merupakan faktor resiko utama penyakit – penyakit kardio vascular yang merupakan penyebab kematian tertinggi di Indonesia(Kemenkes,2010).

Sampai saat ini hipertensi masih menjadi maalah utama di dunia, berdasarkan data dari WHO tahun 2011 menunjukan sekitar 972 juta atau 26,4% penduduk dunia menderita hipertensi, dengan perbandingan 50,54% pria dan 49,46% wanita. Jumlah ini cenderung meningkat setiap tahunnya (Aldiansyah, 2012).

Catatan Badan Kesehatan Dunia WHO tahun 2013 menyebutkan ada 1 milyar orang di dunia menderita hipertensi dan dua per tiga diantaranya berada di negara berkembang yang berpenghasilan rendah-sedang. Prevalensi hipertensi diperkirakan akan terus meningkat, dan diprediksi pada tahun 2025 sebanyak 29% orang dewasa di seluruh dunia menderita hipertensi (WHO, 2013).

Data World Health Organization (WHO) tahun 2015 menunjukkan sekitar 1,13 miliar orang di dunia menyandang hipertensi, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis hipertensi. Jumlah penyandang hipertensi terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan tahun 2025 akan ada 1,5 miliar orang yang terkena hipertansi, dan diperkirakan setiap tahunnya 9,4 juta orang meninggal setiap tahunnya.(Depkes,2018)

Sebagai Negara maju penyakit tersebut telah menjadi keprihatinan tersendiri. Hipertensi merupakan masalah yang banyak ditemui pada Lansia. Lansia dengan tekanan darah kurang dari 140/90 mmHg akan hidup lebih lama dengan orang yang tekanan darah lebih tinggi dari (Smeltzer& Bare, 2002).

Penderita hipertensi cenderung meningkat setiap tahunnya dan merupakan sepuluh penyakit terbesar di provinsi Bengkulu. Pada tahun 2016 di temukan 8.709 orang dan mengalami kenaikan menjadi 9.210 di tahun 2017.(Dinkes Bengkulu,2017). Pada tahun 2018 penderita penyakit hiertensi meningkat menjadi 10.564 orang (Dinkes provinsi Bengkulu,2018). Peneliti telah berkunjung ke Panti Sosial Tresna Werda

(PSTW) provinsi Bengkulu pada bulan juni 2019 dari 60 orang lansia ditemukan 8 orang lansia memiliki riwayat hipertensi.

Peran dan fungsi perawat Gerontik terhadap penderita hipertensi yaitu sebagai care giver dengan cara memberikan Asuhan Keperawatan kepada Lansia. Sebagai pendidik Lansia dengan cara memberikan pendidikan kesehatan kepada lansia yang beresiko tinggi, kader kesehatan, dan lain sebagainya. Sebagai motivator dan innovator lansia dengan cara memneri motivasi pada lansia. Sebagai advocator lansia dengan cara membantu memahami semua informasi dan upaya kesehatan yang diberikan oleh tim kesehatan dengan pendekatan tradisional maupun professional. Dan sebagai konselor lansia dengan cara memberikan bimbingan kepada lansia tentang masalah kesehatan sesuai prioritas (Yuli, 2016). Saat peneliti berkunjung ke Panti Sosial Tresna Werda (PSTW) Provinsi Bengkulu ditemukan perawatan lansia dengan hipertensi hanya berdasarkan riwayat dan pengobatan medis saja padahal banyak sekali aplikasi Asuhan keperawatan yang bisa diterapkan dalam merawat lansia dengan hipertensi dalam aktivitas sehari-hari.

Berdasarkan Latar Belakang diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian “Bagaimana gambaran pemberian Asuhan Keperawatan lansia pada kasus Hipertensi di Panti Sosial Tresna Werda (PSTW) Provinsi Bengkulu tahun 2019.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Medeskripsikan, menjelaskan, memaparkan, dan melakukukan Asuhan Keperawatan pada Lansia (gerontik) dengan kasus hipertensi di Panti Sosial Tresna Werda (PSTW) provinsi Bengkulu Tahun 2019.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan Pengkajian Keperawatan dengan penderita Hipertensi
- b. Menegakkan diagnose keperawatan dengan penderita hipertensi
- c. Menyusun perencanaan tindakan keperawatan dengan tepat pada penderita hipertensi sesuai diagnosa yang telah ditegakkan .
- d. Melakukan implementasi keperawatan dengan tepat pada lansia penderita hipertensi
- e. Melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada penderita hipertensi.

C. Batasan Masalah

Agar penelitian ini terarah, terfokus dan tidak meluas , peneliti membatasi penelitian pada Asuhan Keperawatan Kasus Hipertensi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werda (PSTW) provinsi Bengkulu tahun 2019.

D. Manfaat

1. Bagi Mahasiswa

Mahasiswa mampu menerapkan konsep pembelajaran teoritis ke rana Aplikasi dalam proses pemberian Asuhan Keperawatan dengan penderita Hipertensi.

2. Bagi Penderita

Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan penderita dalam merawat keluarga dengan Hipertensi.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai tambahan kepustakaan dan referensi tentang proses pemberian Asuhan Keperawatan dengan penderita hipertensi. Berguna bagi mahasiswa, khususnya Mahasiswa jurusan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Lanjut Usia (Lansia)

1. Definisi

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas (Kholifah, 2016). Usia lanjut akan menimbulkan masalah kesehatan karena terjadi kemunduran fungsi tubuh apabila tidak dilakukan upaya pelayanan kesehatan dengan baik. Menua bukan merupakan suatu penyakit, melainkan suatu proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh.

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di kehidupan manusia. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa, dan tua (Pramiska, 2016). Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun psikologis. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, seperti kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan kabur, dan gerakan yang lambat.

2. Ciri-ciri Lansia

Berikut ini merupakan ciri-ciri lansia menurut Kholifah (2016), yaitu:

a. Lansia merupakan periode kemunduran.

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia.

b. Lansia memiliki status kelompok minoritas.

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik.

c. Menua membutuhkan perubahan peran.

Perubahan peran dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan.

d. Penyesuaian yang buruk pada lansia.

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat lansia cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Perlakuan yang buruk mengakibatkan penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula.

3. Perubahan-Perubahan yang Terjadi Pada Lansia

Menurut Mujahidullah (2012) dan Wallace (2007), beberapa perubahan yang terjadi pada lansia diantaranya ialah perubahan fisik, intelektual, dan keagamaan.

a. Perubahan Fisik

- 1) Sel saatseseorang memasuki usia lanjut keadaan sel dalam tubuh akan berubah, seperti jumlahnya yang menurun, ukuran lebih besar sehingga mekanisme perbaikan sel akan terganggu dan proporsi diotak, otot ginjal dan hati berkurang.
- 2) Sistem persyarafan, keadaan siytem persyarafan pada lansia akan mengalami perubahan seperti mengecilnya syaraf panca indra.
- 3) Sistem gastrointestinal, pada lansia akan terjadi menurunnya selera makan, seringnya terjadi kontipasi, menurunnya produksi air liur, dan gerakperistaltik juga menurun.
- 4) System musculoskeletal, pada lansia tulang akan kehilangan cairan dan makin rapuh keadaan tubuh akan lebih pendek, persendian kaku dan tendon mengerut.
- 5) System genitourinaria, pada lansia ginjal akan mengalami pengecilan sehingga aliran darah keginjal menurun.
- 6) Sistem cardiovascular,pada lansia jantung akan mengalami pompa darah yang menurun,ukuran jantung secara keseluruhan menurun dengan tidaknya penyakit klinis, denyut jantung pada lansia akan

lebih tebal dan kaku akibat dari akumulasi lipid. Tekanan darah sistoli meningkat karena hilangnya distensibilitas arteri, dan tekanan Diastolik juga meningkat.

b. Perubahan Intelektual

Menurut Hochanel dan Kaplan dalam Mujahidullah (2012), akibat dari proses menua akan terjadi kemunduran ada kemampuan otak seperti perubahan IQ yaitu fungsi otak kanan mengalami penurunan sehingga lansia akan mengalami kesulitan dalam berkomunikasi non verbal, pemecahan masalah, konsentrasi dan kesulitan mengenal wajah seseorang.

c. Perubahan Keagamaan

Menurut Maslow dalam Mujahidin (2012), pada umumnya lansia akan semakin teratur dalam kehidupan keagamaannya. Hal ini tersebut bersangkutan dengan keadaan lansia yang akan meningkatkan kehidupan dunia.

d. Penyakit yang sering terjadi pada lansia

1) Osteoporosis

Merupakan salah satu bentuk gangguan dimana massa tulang atau kepadatan tulang berkurang

2) Osteoarthritis (OA)

Peradangan sendi yang terjadi akibat mekanik dan biologi yang mengakibatkan penipisan rawan sendi, tidak stabilnya sendi dan perngapuran. OA merupakan penyebab utama ketidakmandirian pada lansia.

3) Hipertensi

Merupakan kondisi dimana darah sama dengan atau lebih tinggi dari 140 / 90 mmHg. Bila tidak ditangani akan menjadi stroke.

4) Diabetes Mellitus

Sekitar 50 % dari lansia memiliki gangguan intoleransi glukosa dimana gula darah masih tetap normal meskipun dalam kondisi puasa. Keadaan ini berkembang dimana kadargula sewaktu diatas 200mg/dl.

5) Dimensia

Merupakan kumpulan gejala yang berkaitan dengan kehilangan fungsi intelektual dan daya ingat secara perlahan sehingga mempengaruhi aktivitas kehidupan sehari-hari.

6) Penyakit jantung coroner

Penyempitan pembuluh darah sehingga aliran darah menuju jantung terganggu. Gejala umum yang terjadi adalah dada, sesak napas dan kebingungan.

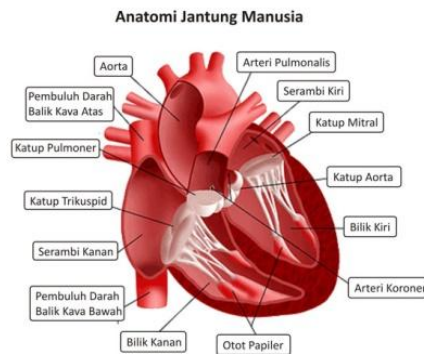
B. Konsep Teori Hipertensi

1. Pengertian

Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg (Hendrawati, 2016). Hipertensi tidak hanya berisiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti saraf, ginjal, dan pembuluh darah. Semakin tinggi tekanan darah maka semakin besar pula risikonya.

Insiden hipertensi meningkat seiring dengan pertambahan usia. Pada lansia, hipertensi umumnya akibat dari vasokonstriksi terkait dengan penuaan, yang menyebabkan resistansi perifer (Stockslager, 2007 dalam Hendrawati, 2016). Hipertensi merupakan suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi, yang dibawa oleh darah, terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkan. Jadi, kesimpulan menurut penulis bahwa penyakit hipertensi adalah meningkatnya tekanan darah yang menetap yang pengukuran tekanan darahnya di atas 140/90 mmHg dan bisa berpengaruh pada organ tubuh lainnya.

2. Anatomo Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi

Sistem kardiovaskular adalah system *Transport* (peredaran) yang membawa gas –gas pernapasan, nutrisi, hormone-hormon dan zat lain kedari jaringan tubuh. Menurut Amita, RA (2012)Sistem Kardiovaskular dibangun atas :

a. Jantung

Jantung merupakan organ yang terdiri dari otot otot jantung merupakan jaringan istimewa karena dilihat dari bentuk susunannya sama dengan otot lintang, tapi cara kerjanya sama dengan otot polos yaitu diluar kemauan kita (dipengaruhi oleh saraf otonom). Bentuk jantung menyerupai jantung pisang, bagian atasnya tumpul (pangkal jantung) dan disebut basis kordis. Disebelah bawah agak runcing yang disebut apeks jantung. Letak jantung didalam rongga dada sebelah depan (kavum mediastinum anterior), sebelah kiri bawah dari pertengahan rongga dada, diatas diafragma, dan pangkalnya terdapat dibelakang kiri antara kosta ke 5 dan 6. Ukuran jantung kurang lebih sebesar genggam tangan kanan dan beratnya kira kira 250-300 gram.

b. Lapisan Jantung

Endokardium merupakan lapisan jantung yang terdapat disebelah dalam sekali yang terdiri dari jaringan endotel atau selaput lender

yang melapisi rongga endotel atau selaput lender yang melapisi permukaan rongga jantung. Mikardium merupakan lapisan jantung terdiri dari otot-otot jantung, otot jantung membentuk bundalan yaitu

- 1) Bundalan otot atria, yang terdapat dibagian kiri kanan dan basis kordis yang membentuk serambi atau aurikula kordis
- 2) Bundalan otot ventrikel, merupakan dinding pemisah antara ruang serambi dan bilik jantung.
- 3) Bundalan otot ventrikel, yang membentuk bilik jantung, dimulai dari cincin atrioventrikuler sampai di apeks jantung.

c. Katub jantung

Didalam jantung terdapat katup-katup yang sangat penting artinya dalam susunan peredaran darah dan pergerakan jantung manusia.

- 1) Vulva bikuspidalis, terdapat diantara atrium dektra dengan ventrikel dektra terdiri dari 3 katup.
- 2) Vena biskuspidalis, terletak antara atrium sinistra dengan ventrikel sinistra terdiri atas 2 katup.
- 3) Vulva seminularis, terletak antara arteri ventrikel dektra dengan arteri pulmonal, tempat darah mengalir menuju ke paru-paru.
- 4) Vena seminularis, terletak antar ventrikel sinistra dengan aorta tempat darah mengalir menuju keseluruh tubuh.

d. Pembuluh Darah

- 1) Pembuluh darah arteri, merupakan pembuluh darah yang keluar dari jantung yang membawa darah keseluruh tubuh dari ventrikel sinistra disebut aorta.
- 2) Kapiler, merupakan pembuluh darah yang sangat kecil teraba dari cabang terhalus dari arteri sehingga tidak tampak kecuali dari bawah mikroskop, kapiler pembentuk anyaman diseluruh janringan tubuh.

- 3) Vena (pembuluh darah balik), merupakan saluran yang membawa darah kotor ke jantung.

3. Etiologi Hipertensi

Menurut Wajan (2016), penyebab hipertensi terbagi menjadi dua golongan :

a. Hipertensi Esensial atau hipertensi primer

Merupakan 95 % dari seluruh kasus hipertensi adalah hipertensi esensial yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah yang tidak diketahui penyebabnya (idiopatik). Beberapa faktor diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi esensial seperti berikut ini :

- 1) Genetik : individu yang mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi, berisiko tinggi untuk mendapatkan penyakit ini.
- 2) Jenis kelamin dan usia : laki-laki berumur 35-50 tahun dan wanita pasca menopause berisiko tinggi untuk mengalami hipertensi.
- 3) Diet : konsumsi diet tinggi garam, lemak langsung berhubungan dengan berkembangnya hipertensi.
- 4) Berat badan : Obesitas (> 25 % diatas BB ideal) dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi.
- 5) Gaya Hidup : merokok dan konsumsi alkohol dapat meningkatkan tekanan darah, bila gaya hidup memnetap (Rudianto, 2013).

b. Hipertensi Sekunder

Merupakan 5 % dari seluruh kasus hipertensi adalah hipertensi sekunder, yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah karena suatu kondisi fisik yang ada sebelumnya seperti penyakit ginjal, atau gangguan tiroid. Faktor pencetus munculnya hipertensi sekunder yaitu : Penggunaan kontrasepsi oral, coarctation aorta, neurogenic (tumor otak, ensefalitis, gangguan psikiatri), kehamilan,

peningkatan volume intravascular, luka bakar dan stress (Rudianto,2013).

4. Patofisiologi Hipertensi

Meningkatnya tekanan darah di dalam saluran arteri bisa terjadi melalui beberapa cara, yaitu : jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya, arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku, sehingga mereka tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut, karena-nya darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh darah yang sempit daripada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan. Inilah yang terjadi pada usia lanjut, dimana dinding arterinya telah menebal dan kaku karena arteriosclerosis

Dengan cara yang sama, tekanan darah juga meningkat pada saat terjadi vasokonstriksi, yaitu jika arteri kecil (arteriola) untuk sementara waktu mengkerut karena perangsangan saraf atau hormon di dalam darah. Bertambahnya cairan dalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah, hal ini terjadi jika terdapat kelainan fungsi ginjal sehingga tidak mampu membuang sejumlah garam dan air dari dalam tubuh, volume darah dalam tubuh meningkat, sehingga tekanan darah juga meningkat, sebaliknya jika : aktivitas memompa jantung berkurang, arteri mengalami pelebaran, banyak cairan keluar dari sirkulasi, maka tekanan darah akan menurun.

Penyesuaian terhadap faktor – faktor tersebut dilaksanakan oleh perubahan di dalam fungsi ginjal dan sistem saraf otonom (bagian dari sistem saraf yang mengatur berbagai fungsi tubuh secara otomatis). Ginjal mengendalikan tekanan darah melalui beberapa cara : jika tekanan darah meningkat, ginjal akan menambah pengeluaran garam dan air, sehingga volume darah bertambah dan tekanan darah kembali normal. Jika tekanan darah menurun, ginjal akan mengurangi pembuangan garam dan air, sehingga volume darah bertambah dan tekanan darah kembali normal. Ginjal

juga bisa meningkatkan tekanan darah dengan menghasilkan enzim yang disebut rennin, yang memicu pembentukan hormone angiotensin, yang selanjutnya akan memicu pelepasan hormon aldosteron. Ginjal merupakan organ penting dalam mengendalikan tekanan darah, karena ini berbagai penyakit dan kelainan pada ginjal bisa menyebabkan terjadinya tekanan darah tinggi.

Misalnya penyempitan arteri yang menuju ke salah satu ginjal (stenosis arteri renalis) bisa menyebabkan hipertensi. Perdarahan dan cedera pada salah satu atau kedua ginjal juga bisa menyebabkan naiknya tekanan darah.

Sistem saraf simpatis merupakan bagian dari system saraf otonom, yang untuk sementara waktu akan : meningkatkan tekanan darah selama respon fight – or – flight (reaksi fisik tubuh terhadap ancaman dari luar). Meningkatkan kecepatan dan kekuatan denyut jantung; juga mempersempit sebagian besar arteriola, tetapi memperlebar arteteriola di daerah tertentu (misalnya otot rangka, yang memerlukan pasokan darah yang lebih banyak). Mengurangi pembuangan air dan garam oleh ginjal, sehingga akan meningkatkan volume darah dalam tubuh. Melepaskan hormone epinefrin (adrenalin) dan norepinefrin (noradrenalin), yang merangsang jantung dan pembuluh darah.

5. Klasifikasi Hipertensi

Pembagian derajat keparahan hipertensi dapat dilihat

Tabel 2.2 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi	Sistolik(mmHg)		Diastolik(mmHg)
Optimal	<120	Dan	<80
Normal	120-129	dan/atau	80 –84
Normal tinggi	130-139	dan/atau	84 –89
Hipertensi derajat 1	140-159	dan/atau	90 –99
Hipertensi derajat 2	160-179	dan/atau	100–109
Hipertensi derajat 3	≥180	dan/atau	≥110
Hipertensi terisolasi	≥140	Dan	<90

Sumber : WHO dan ISH, 2013

Menurut *National Clinical Guideline Hypertension in Older People* dari *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (2008), mengklasifikasikan hipertensi pada orang tua sesuai dengan tabel 2.3.

Tabel 2.3 Klasifikasi Hipertensi Pada Lansia

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	< 140	< 90
Mild Hypertension	140 – 159	90 – 99
Moderate Hypertension	160 – 179	100 – 109
Severe Hypertension	≥ 180	≥ 110

Sumber : *Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008*

6. Tanda dan Gejala

Crowin (2000) dalam Wijaya & Putri (2013), menyebutkan bahwa sebagian besar gejala klinis timbul adalah :

- a. Nyeri kepala saat terjaga, kadang –kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan intracranial.
- b. Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi
- c. Ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat.
- d. Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus.
- e. Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler.

7. Kontrol Tekanan Darah

Faktor-faktor yang mendorong timbulnya hipertensi adalah (Yogiantoro, 2009 ; Anggara dan Prayitno, 2013 ; Kementerian Kesehatan RI, 2014) :

- 1) Faktor risiko, seperti umur, jenis kelamin, diet dan asupan garam, konsumsi lemak jenuh, kurang aktifitas fisik, stres, ras, obesitas, merokok, penggunaan estrogen serta genetik.
- 2) Sistem saraf simpatis yaitu tonus simpatis dan variasi diurnal.
- 3) Keseimbangan antara modulator vasodilator dan vasokonstriktor.

4) Pengaruh sistem otokrin setempat yang berperan pada sistem Renin-Angiotenasi-Aldosteron (RAA).

8. Komplikasi Hipertensi

Hipertensi dapat menimbulkan kerusakan organ tubuh, baik secara langsung maupun tidak langsung. Menurut Sherwood. (2011) kerusakan organ-organ yang umum ditemui pada pasien hipertensi adalah sebagai berikut :

- 1) Jantung
 - a) Hipertrofi Ventrikel Kiri
 - b) Angina atau Infark Miokardium
 - c) Gagal Jantung
- 2) Otak
 - a) Stroke
 - b) Transient Ischemic Attack
- 3) Penyakit Ginjal Kronis
- 4) Penyakit Arteri Perifer
- 5) Retinopati

Selain mempengaruhi kesehatan fisik, hipertensi juga mempengaruhi kesehatan mental. Pengaruh pada kesehatan mental terlihat pada stadium lanjut (Mollaoğlu dan Solmaz, 2015).

9. Penatalaksanaan Hipertensi

1) Tatalaksana Farmakologi

Terapi farmakologi dimulai pada pasien hipertensi derajat 1 yang tidak mengalami penurunan setelah > 6 bulan menjalani pola hidup sehat dan pada pasien hipertensi derajat ≥ 2 . Salah satu prinsip dasar terapi farmakologi yang perlu diperhatikan untuk menjaga kepatuhan dan meminimalisasi efek samping adalah dengan melakukan pemantauan efek samping obat secara teratur (PERKI, 2015).

2) Tatalaksana Non Farmakologi

Terapi non farmakologi harus dilaksanakan oleh semua pasien hipertensi dengan tujuan menurunkan tekanan darah dan mengendalikan faktor-

faktor risiko serta penyakit penyerta lainnya (Yogiantoro, 2009). Terapi non farmakologi dapat dilakukan dengan menjalani pola hidup sehat diantaranya dengan :

- a) Menurunkan berat badan dapat dilakukan dengan mengganti makanan tidak sehat dengan memperbanyak asupan sayur dan buah (PERKI, 2015).
- b) Mengurangi asupan garam dengan menghindari makanan cepat saji, makanan kaleng, daging olahan dan sebagainya. Dianjurkan asupan garam tidak melebihi 2 gram per hari (PERKI, 2015).
- c) Olahraga yang dilakukan secara teratur sebanyak 30–60 menit per hari minimal 3 hari per minggu dapat membantu menurunkan tekanan darah. Bila pasien tidak dapat melakukan olahraga secara khusus, dianjurkan untuk berjalan kaki, mengendarai sepeda atau menaiki tangga dalam aktivitas rutin sehari-hari (PERKI, 2015).
- d) Mengurangi konsumsi alkohol sangat membantu dalam penurunan tekanan darah. Konsumsi alkohol lebih dari 2 gelas per hari pada pria atau 1 gelas per hari pada wanita dapat meningkatkan tekanan darah (PERKI, 2015).
- e) Merokok merupakan salah satu faktor risiko penyakit kardiovaskular, pasien hipertensi dianjurkan untuk berhenti merokok. Penting juga untuk cukup istirahat (6-8jam) dan mengendalikan stress (PERKI, 2015).

C. Asuhan Keperawatan Teoritis.

1. Pengkajian

a. Identitas

Identitas klien yang bias dikaji pada penyakit system kardiovaskular adalah usia, umur, jenis kelamin, pendidikan status perkawinan, agama dan suku bangsa karena ada beberapa penyakit kardiovaskular banyak terjadi pada klien diatas 45 tahun.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama yang sering ditemukan pada klien dengan penyakit Kardiovaskular seperti : Kepala pusing, sakit kepala, dan kepala terasa berat.

c. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat kesehatan saat ini berupa uraian mengenai penyakit yang diderita oleh khalayan dari mulai keluhan yang dirasakan sampai khalayan dibawa ke Rumah Sakit, dan apakah pernah memeriksakan diri ke tempat lain seperti Rumah Sakit umum serta pengobatan apa yang pernah diberikan dan bagaimana perubahannya dan data yang didapatkan saat pengkajian.

d. Riwayat penyakit Dahulu

Riwayat Kesehatan yang lalu seperti riwayat penyakit kardiovaskuler sebelumnya, riwayat pekerjaan pada pekerja yang berhubungan dengan adanya riwayat penyakit muskuloskeletal, penggunaan obat-obatan, riwayat medngkonsumsi alkohol.

f. Riwayat penyakit keluarga

Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karena genetik / keturunan

g. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum

Keadaan umum klien lansia yang mengalami gangguan kardiovaskular biasanya lemah.

2. Kesadaran

Kesadaran klien biasanya *composmentis* atau *apatis*

3. Tanda – tanda vital :

a. Suhu meningkat $> 37^{\circ}\text{C}$

b. Nadi meningkat (N : 70-80x/menit).

c. Tekanan darah meningkat.

d. Pernapasan biasanya mengalami normal atau meningkat.

- e. Pemeriksaan *Review of System* (ROS)
- a. Sistem pernapasan (B1 : Breating)
Dapat ditemukan peningkatan frekuensi napas atau masih dalam batas normal.
 - b. Sistem Sirkulasi (B2 : Bleding)
Kaji adanya penyakit jantung, frekuensi nadi apical sirkulasi perifer, warna dan kehangatan.
Gejala : Fenomena raynaud jari tangan / kaki (pucat intermiten, sianosis, kemudian kemerahan ada jari sebelum warna kembali normal)
 - c. sistem persyarafan (B3 : Brain)
Kaji adanya hilang gerakan / sensasi, spasme otot, terlihat kelemahan / hilang fungsi . Pergerakan mata / kejelasan melihat, dilatasi pupil. Agitasi (mungkin berhubungan dengan nyeri / ansietas).
Gejala : kebas kesemutan pada tangan dan kaki, hilangnya sensasi pada jari tangan. Pembengkakan sendi simetris.
 - d. Sistem perkemihan (B4 : Bleder)
Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urine , dysuria, distensi kandung kemih, warna dan bau urine, dan kebersihan
 - e. Sistem pencernaan (B5 : Bowel)
Konstipasi , konsisten faeces, frekuensi eliminasi, auskultasi bising usus, anoreksia, adanya distensi abdomen, nyeri tekan abdomen
 - f. Sistem muskuloskeletal (B6 : Bone)
 - g. Kaji adanya nyeri berat tiba – tiab/ mungkin terlokalisasi pada area jaringan, dapat berkurang pada imobilisasi, kekuatan otot, kontraktur, artrofi otot, laserasi kulit dan perubahan warna
 - h. Gejala : fase akut dari nyeri (mungkin tidak disertai oleh pembengkakan jaringan lunak pada sendi). Rasa nyeri kronis dan kekakuan (terutama pada pagi hari) .

Perawat mengkaji perubahan pada perkembangan fisiologis, kognitif dan perilaku sosial pada lansia

a. Perubahan fisiologis

Tabel 2.4 Perubahan Fisik Penuaan Normal yang perlu Dikaji Pada Lansia

Sistem		Temuan Normal
Integumen	Warna kulit	Pigmentasi berbintik/bernoda di area yang terpajan sinar matahari, pucat meskipun tidak anemia
	Kelembaban	Kering, kondisi bersisik
	Suhu	Ekstremitas lebih dingin, penurunan perspirasi
	Tekstur	Penurunan elastisitas, kerutan, kondisi berlipat, kendur
Distribusi lemak		Penurunan jumlah lemak pada ekstremitas, peningkatan jumlah di abdomen
Rambut		Penipisan rambut
Kuku		Penurunan laju pertumbuhan
Kepala dan leher	Kepala	Tulang nasal, wajah menajam, & angular
	Mata	Penurunan ketajaman penglihatan, akomodasi, adaptasi dalam gelap, sensitivitas terhadap cahaya
	telinga	Penurunan membedakan nada, berkurangnya reflek ringan, pendengaran kurang
	Mulut, faring	Penurunan pengecap, atrofi papilla ujung lateral lidah
	leher	Kelenjar tiroid nodular
Thorax & paru-paru		Peningkatan diameter antero-posterior, peningkatan rigitas dada, peningkatan RR dengan penurunan ekspansi paru, peningkatan resistensi jalan nafas
Sist jantung & vascular		Peningkatan sistolik, perubahan DJJ saat istirahat, nadi perifer mudah dipalpasi, ekstremitas bawah dingin
Payudara		Berkurangnya jaringan payudara, kondisi menggantung dan mengendur
Sist pencernaan		Penurunan sekresi kelenjar saliva, peristaltik, enzim digestif, konstipasi
Sist reproduksi	wanita	Penurunan estrogen, ukuran uterus, atrofi vagina
	pria	Penurunan testosteron, jumlah sperma, testis

Sist perkemihan		Penurunan filtrasi renal, nokturia, penurunan kapasitas kandung kemih, inkontenensia
	wanita	Inkontenensia urgensi & stress, penurunan tonus otot perineal
	pria	Sering berkemih & retensi urine.
Sist muskuloskeletal		Penurunan masa & kekuatan otot, demineralisasi tulang, pemendekan fosa karena penyempitan rongga intravertebral, penurunan mobilitas sendi, rentang gerak
Sist neorologi		Penurunan laju reflek, penurunan kemampuan berespon terhadap stimulus ganda, insomia, periode tidur singkat

b. Pengkajian status fungsional

Pengkajian status fungsional adalah suatu pengukuran kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari – hari secara mandiri. Indeks Katz adalah alat yang secara luas digunakan untuk menentukan hasil tindakan dan prognosis pada lansia dan penyakit kronis. Format ini menggambarkan tingkat fungsional klien dan mengukur efek tindakan yang diharapkan untuk memperbaiki fungsi. Indeks ini merentang kekuatan pelaksanaan dalam 6 fungsi : mandi, berpakaian, toileting, berpindah, kontinen dan makan.

c. Tingkat Kemandirian Lansia :

- A : kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar mandi, berpakaian dan mandi
- B : kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari – hari, kecuali satu dari fungsi tambahan
- C : kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari – hari, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
- D : kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari – hari, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan
- E : kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari – hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan

F : kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari – hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil

G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

d. Perubahan Kognitif

Kebanyakan trauma psikologis dan emosi pada masa lansia muncul akibat kesalahan konsep karena lansia mengalami kerusakan kognitif. Akan tetapi perubahan struktur dan fisiologi yang terjadi pada otak selama penuaan tidak mempengaruhi kemampuan adaptif & fungsi secara nyata (Ebersole & Hess, 1994)

Pengkajian status kognitif

- SPMSQ (short portable mental status questionnaire)

Digunakan untuk mendeteksi adanya dan tingkat kerusakan intelektual terdiri dari 10 hal yang menilai orientasi, memori dalam hubungan dengan kemampuan perawatan diri, memori jauh dan kemampuan matematis.

- MMSE (mini mental state exam)

Menguji aspek kognitif dari fungsi mental, orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat kembali dan bahasa. Nilai kemungkinan paling tinggi adalah 30, dengan nilai 21 atau kurang biasanya indikasi adanya kerusakan kognitif yang memerlukan penyelidikan lebih lanjut.

- Inventaris Depresi Beck

Berisi 13 hal yang menggambarkan berbagai gejala dan sikap yang berhubungan dengan depresi. Setiap hal direntang dengan menggunakan skala 4 poin untuk menandakan intensitas gejala

e. Perubahan psikososial

Lansia harus beradaptasi pada perubahan psikososial yang terjadi pada penuaan.

Meskipun perubahan tersebut bervariasi, tetapi beberapa perubahan biasa terjadi pada mayoritas lansia.

- Pengkajian Sosial

Hubungan lansia dengan keluarga memerankan peran sentral pada seluruh tingkat

kesehatan dan kesejahteraan lansia. Alat skrining singkat yang dapat digunakan untuk mengkaji fungsi social lansia adalah APGAR Keluarga. Instrument disesuaikan untuk digunakan pada klien yang mempunyai hubungan social lebih intim dengan teman-temannya atau dengan keluarga. Nilai < 3 menandakan disfungsi keluarga sangat tinggi, nilai 4 – 6 disfungsi keluarga sedang.

A : Adaptation

P : Partnership

G :Growth

A :Affection

R : Resolve

- Keamanan Rumah

Perawat wajib mengobservasi lingkungan rumah lansia untuk menjamin tidak adanya bahaya yang akan menempatkan lansia pada resiko cedera.

Faktor lingkungan yang harus diperhatikan :

- 1) Penerangan adekuat di tangga, jalan masuk & pada malam hari
- 2) Jalan bersih
- 3) Pengaturan dapur dan kamar mandi tepat
- 4) Alas kaki stabil dan anti slip
- 5) Kain anti licin atau keset
- 6) Pegangan kokoh pada tangga / kamar mandi

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon actual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang perawata mempunyai izin dan berkompeten untuk mengatasinya (Potter , 2005).

Diagnosa keperawatan yang didapat pada pasien Hipertensi adalah sebagai berikut (NANDA edisi 11, 2018) :

a. Resiko penurunan curah jantung

1) Batasan karakteristik:

- a) Perubahan frekuensi jantung
- b) Perubahan irama jantung
- c) Perubahan preload perubahan volume sekuncup

2) Dengan kriteria hasil

- a) Tekanan darah sistol
- b) Tekanan darah diastol
- c) Denyut jantung apikal
- d) Suara jantung abnirmal
- e) Kelelahan
- f) Keseimbangan intake output
- g) Intoleransi aktivitas

b. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis; agen pencedera kimiawi; agen pencedera fisik

1) Batasan karakteristik :

- a) Perubahan selera makan
- b) Perubahan tekanan darah
- c) Perubahan frekuensi jantung
- d) Diaphoresis
- e) Perilaku distraksi (berjalan mondar-mandir)
- f) Sikap melindungi nyeri
- g) Laporan isyarat

2) Dengan kriteria hasil:

- a) Nyeri yang dilaporkan
- b) Panjangnya episode nyeri
- c) Mengerang dan menangis
- d) Ekspresi nyeri wajah
- e) Mengeluarkan keringat
- f) Ketegangan otot

- g) Tidak bisa istirahat
 - h) Kehilangan nafsu makan
- c. Intoleran aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, imobilitas, tidak pengalaman dengan suatu aktivitas, fisik tidak bugar, gaya hidup kurang gerak.
- 1) Batasan karakteristik:
 - a) Respon TD abnormal terhadap aktivitas
 - b) Respon frekuensi jantung abnormal terhadap aktivitas
 - c) Perubahan EKG
 - d) Ketidaknyamanan setelah aktivitas
 - e) Dispnea setelah aktivitas
 - f) Kelelahan
 - g) Kelemahan umum
 - 2) Dengan kriteria hasil:
 - a) SaO₂ ketika beraktivitas
 - b) Frekuensi nadi ketika beraktivitas
 - c) Frekuensi pernapasan ketika beraktivitas
 - d) TD ketika beraktivitas
 - e) Kekuatan tubuh
 - f) Kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian
 - g) Kemampuan berbicara ketika melakukan aktivitas fisik
- d. Insomnia berhubungan dengan kendala lingkungan dan ketidaknyamanan fisik.
- 1) Batasan karakteristik :
 - a) Perubahan afek
 - b) Perubahan konsentrasi
 - c) Perubahan mood
 - d) Perubahan pola tidur
 - e) Gangguan status kesehatan
 - f) Penurunan kualitas hidup

- g) Kesulitan memulai tidur
 - h) Kesulitan mempertahankan tidur nyenyak
 - i) Tidur memuaskan
 - j) Bangun terlalu dini
 - k) Sering membolos
 - l) Peningkatan terdjadi kecelakaan
 - m) Kekurangan energi
 - n) Pola tidur tidak menyehatkan
- 2) Dengan kriteria hasil :
- a) Jumlah jam tidur
 - b) Pola tidur
 - c) Kualitas tidur
 - d) Efisiensi tidur
 - e) Tidur rutin
 - f) Tidur lebih awal sampai habis di malam hari secara konsisten
 - g) Perasaan segar setelah tidur
 - h) Tempat tidur yang nyaman
 - i) Suhu ruangan yang nyaman

3. RENCANA KEPERAWATAN

Dalam perencanaan keperawatan, perawat menetapkan berdasarkan hasil pengumpulan data dan rumusan diagnosa keperawatan yang merupakan petunjuk dalam membuat tujuan dan Asuhan keperawatan untuk mencegah, menurunkan atau mengeliminasi masalah kesehatan klien.

NO	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Rasional
		NOC	NIC	
1	Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan: <ul style="list-style-type: none"> - Perubahan frekwensi jantung - Perubahan irama jantung - Perubahan preload - perubahan volume sekuncup 	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam resiko penurunan curah jantung berkurang NOC: keefektifan pompa jantung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dipertahankan pada 4 ▪ Ditingkatkan pada 5 <ul style="list-style-type: none"> • 1= Berat • 2= Cukup berat • 3= Sedang • 4= Ringan • 5= Tidak ada Dengan kriteria hasil <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keefektifan fungsi jantung 1/2/3/4/5 <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistol - Tekanan darah diastol - Denyut jantung apikal - Suara jantung abnirmal - Kelelahan - Keseimbangan intake output - Intoleransi aktivitas 	NIC : Manajemen resiko jantung <ol style="list-style-type: none"> 1. Skring pasien mengenai kebiasaan yang beresiko berhubungan dengan kejadian yang tidak di harapkan pada jantung (misalnya merokok, obesitas, gaya hidup tekanan darah tinggi, riwayat jantung) 2. Indentifikasi kesiapan pasien untuk mempelajari gaya hidup yang di modifikasi (diet, merokok, minuman berakholol, olah raga dan kadar kolerterol) 3. Instruksikan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala penyakit jantung dini 4. Prioritaskan hal – hal yang mengurangi resiko dengan kolaborasi dengan pasien dan keluarga 5. Intruksikan pasien dan keluarga untuk memonitor tekanan darah dan denyut jantung secara ruti 6. Berikan dukungan akan olah raga yang di indikasikan untuk pasien dengan resiko jantung 7. Intruksikan pasien untuk melakukan olahraga yang progresif dan teratur 8. Berikan dukungan olahraga harian selama 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui resiko yang memperburuk keadaan jantung 2. Membantu pasien menerapkan gaya hidup sehat 3. Memberi pengetahuan tentang pencengahan dan tanda gejala komplikas jantung 4. Membantu mengurangi resiko penurunan curah jantung 5. Memonitor keadaan umum pasien terhadap penyakit 6. Membentu meningkatkan peradaran darah 7. Meningkatkan elastisitas pembuluh daah dan jantung 8. Membantu latihan efektif meningkatkan ruang gerak dan irama jantung 9. Meningkatkan gaya hidup sehat dan komplikasi dari penyakit 10. Menjaga tekanan darah dan keadaan jantung dan pembuluh darah.

			<p>30 menit</p> <p>9. Instruksikan pasien dan keluarga untuk membatasi merokok</p> <p>10. Instruksikan pasien dan keluarga mengenai strategi diet jantung (misalnya : rendah natrium, rendah lemak, rendah kolesterol, tinggi serat dan cairan yang cukup)</p>	
2	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis; agen pencedera kimiawi; agen pencedera fisik</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan selera makan • Perubahan tekanan darah • Perubahan frekuensi jantung • Diaphoresis • Perilaku distraksi (berjalan mondar-mandir) • Sikap melindungi nyeri • Laporan isyarat 	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, Nyeri akut teratasi dengan:</p> <p>NOC: Tingkat Nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dipertahankan pada 4 ▪ Ditingkatkan pada 5 <ul style="list-style-type: none"> • 1= Berat • 2= Cukup berat • 3= Sedang • 4= Ringan • 5= Tidak ada <p>Dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Skala nyeri 1/2/3/4/5 <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri yang dilaporkan - Panjangnya episode nyeri - Mengerang dan menangis - Ekspresi nyeri wajah - Mengeluarkan keringat - Ketegangan otot - Tidak bisa istirahat - Kehilangan nafsu 	<p>NIC: Manajemen nyeri</p> <p>Aktivitas keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri dan faktor pencetus 2. Kaji tanda-tanda vital 3. Gali bersama pasien faktor yang dapat menurunkan nyeri seperti kompres hangat/dingin 4. Evaluasi efektivitas tindakan pengontrolan nyeri yang pernah digunakan sebelumnya. 5. Berikan informasi mengenai penyebab nyeri dan berapa lama nyeri akan dirasakan 6. Kendalikan faktor lingkungan tenang, batasi pengunjung, suhu ruangan, pencahayaan 7. Ganti linen tempat tidur bila diperlukan 8. Berikan posisi nyaman ketika nyeri muncul 9. Ajarkan teknik distraksi pada saat nyeri 10. Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui sejauh mana nyeri terjadi 2. Mengetahui keadaan umum pasien 3. Membantu pasien mengidentifikasi nyeri yang dialami agar dapat meringankan dan mengurangi nyeri sampai pada kenyamanan yang diterima pasien 4. Untuk mengetahui tindakan yang nyaman dilakukan bila nyeri muncul 5. Pengetahuan yang akan dirasakan membantu mengurangi nyerinya dan dapat membantu mengembangkan 6. Lingkungan tenang akan menurunkan stimulus nyeri eksternal dan membatasi pengunjung akan membantu meningkatkan kondisi oksigen ruangan yang akan berkurang apabila banyak yang berada di ruangan. 7. Memberikan rasa nyaman 8. Untuk mengurangi atau meringankan rasa nyeri sampai pada tingkat yang dapat diterima pasien 9. Distraksi dapat menurunkan stimulus

		makan		internal 10. Untuk meringankan rasa nyari
3	<p>Intoleran aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, imobilitas, tidak pengalaman dengan suatu aktivitas, fisik tidak bugar, gaya hidup kurang gerak.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respon TD abnormal terhadap aktivitas • Respon frekuensi jantung abnormal terhadap aktivitas • Perubahan EKG • Ketidaknyamanan setelah aktivitas • Dispnea setelah aktivitas • Kelelahan • Kelemahan umum 	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, intoleran aktivitas teratasi dengan:</p> <p>NOC: Toleransi terhadap aktivitas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dipertahankan pada 4 ▪ Ditingkatkan pada 5 <ul style="list-style-type: none"> • 1= Sangat terganggu • 2= Banyak terganggu • 3= Cukup terganggu • 4= Sedikit terganggu • 5= Tidak terganggu <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Toleransi terhadap aktivitas 1/2/3/4/5 <ul style="list-style-type: none"> - SaO2 ketika beraktivitas - Frekuensi nadi ketika beraktivitas - Frekuensi pernapasan ketika beraktivitas - TD ketika beraktivitas - Kekuatan tubuh - Kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian - Kemampuan berbicara ketika melakukan aktivitas fisik 	<p>NIC: Terapi aktivitas</p> <p>Aktivitas Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertimbangkan kemampuan klien dalam berpartisipasi melalui aktivitas spesifik 2. Bantu klien untuk mengeksplorasi tujuan personal dari aktivitas yang biasa dilakukan 3. Dorong aktivitas kreatif yang tepat 4. Ciptakan lingkungan aman untuk dapat melakukan pergerakan otot secara berkala sesuai dengan indikasi 5. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda 6. Berikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas dengan cara yang tepat 7. Berikan reinforcement positif bagi partisipasi klien dalam aktivitas 8. Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual terhadap aktivitas 9. Bantu klien dan keluarga memantau perkembangan klien terhadap pencapaian tujuan <p>NIC: Perawatan jantung: Rehabilitatif</p> <p>Aktivitas Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Monitor toleransi pasien terhadap aktivitas 11. Pertahankan jadwal ambulasi sesuai toleransi pasien 12. Instruksikan pada pasien dan keluarga 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui keterbatasan aktivitas klien 2. Pasien dapat memilih dan merencanakannya sendiri berdasarkan aktifitas yang biasa dilakukan 3. Aktivitas yang tepat dapat melatih kekuatan dan irama jantung 4. Mencegah terjadinya cedera 5. Mempermudah klien dalam aktivitas 6. Keluarga dapat memantau klien secara penuh 7. Meningkatkan motivasi dan harga diri klien 8. Mengetahui setiap perkembangan yang muncul segera setelah terapi aktivitas. 9. Mengkaji sejauh mana perbedaan peningkatan selama aktivitas 10. Aktifitas mempengaruhi kerja jantung sehingga pasien dengan gangguan jantung dapat menyebabkan peningkatan kerja jantung dan dapat menyebabkan henti jantung mendadak 11. Latihan yang dilakukan harus mengimbangi kerja jantung sehingga latihan yang dilakukan semaksimal mungkin dengan beban kerja jantung yang terkontrol 12. Menjaga pola makan dan latihan akan menjaga kestabilan kerja jantung. 13. Latihan pada pasien dengan gangguan jantung memiliki aturan latihan untuk

			<p>mengenai modifikasi faktor resiko jantung</p> <p>13. Instruksikan pasien dan keluarga mengenai aturan berolahraga sebagaimana mestinya</p>	menjaga kerja jantung tetap stabil
4	<p>Insomnia berhubungan dengan kendala lingkungan dan ketidaknyamanan fisik.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perubahan afek - Perubahan konsentrasi - Perubahan mood - Perubahan pola tidur - Gangguan status kesehatan - Penurunan kualitas hidup - Kesulitan memulai tidur - Kesulitan mempertahankan tidur nyenyak - Tidur memuaskan - Bangun terlalu dini - Sering membolos - Peningkatan terdjadi 	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, insomnia teratasi dengan:</p> <p>NOC : Tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dipertahankan pada 4 • Ditingkatkan pada 5 <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 = Sangat terganggu ○ 2 = Banyak terganggu ○ 3 = Cukup terganggu ○ 4 = Sedikit terganggu ○ 5 = Tidak terganggu <p>Dengan kriteria hasil :</p> <p>Tidur 1/2/3/4/5</p> <ul style="list-style-type: none">) Jumlah jam tidur a) Pola tidur b) Kualitas tidur c) Efisiensi tidur d) Tidur rutin e) Tidur lebih awal sampai habis di malam hari secara konsisten f) Perasaan segar setelah 	<p>NIC</p> <p>Peningkatan tidur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor/catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur 2. Monitor pola tidur dan catat kondisi fisik (misalnya, apnea tidur, sumbatan jalan nafas, nyeri/ ketidaknyamanan, dan frekuensi buang air kecil) dan/atau psikologis (misalnya, kekuatan atau kecemasan) keadaan yang mengganggu tidur 3. Anjurkan pasien untuk memantau pola tidur 4. Sesuaikan lingkungan (misalnya cahaya, kebisingan, suhu, dan tempat tidur) untuk meningkatkan tidur 5. Sesuaikan jadwal pemberian obat untuk mendukung tidur/siklus bangun pasien <p>Manajemen Nyeri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif 7. Kendalikan faktor lingkungan tenang, batasi pengunjung, suhu ruangan, pencahayaan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui masalah pada jumlah jam tidur 2. Kondisi fisik yang terganggu dapat mempengaruhi pola tidur 3. Mengetahui masalah yang dialami 4. Lingkungan yang tenang dapat membantu peningkatan kualitas tidur pasien 5. Jadwal emberian obat yang sesuai dapat membantu pasien untuk memaksimalkan kualitas tidurnya 6. Untuk mengetahui sejauh mana nyeri yang dirasakan pasien 7. Lingkungan tenang akan menurunkan stimulus nyeri eksternal, dan membatasi pengunjung akan membantu meningkatkan kondisi oksigen ruangan. 8. Untuk mengurangi nyeri sampai tingkat yang dapat diterima pasien 9. Distraksi dapat menurunkan

	kecelakaan - Kekurangan energi - Polat tidur tidak menyetatkan - Gangguan pola tidur yang berdampak pada keesokan hari	tidur g) Tempat tidur yang nyaman h) Suhu ruangan yang nyaman	8. berikan posisi nyaman ketika nyeri muncul 9. Ajarkan teknik distraksi ketika nyeri muncul 10. Pastikan perawatan analgesik	stimulus internal 10. Analgetik dapat membantu nyeri berkurang
--	---	---	---	---

Tabrl 2.5 Tabel Perencanaan Keperawatan

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang merupakan komponen proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tindakan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2010).

Implementasi menuangkan rencana asuhan kedalam tindakan setelah rencana dikembangkan, sesuai dengan kebutuhan dan prioritas klien, perawat melakukan intervensi keperawatan spesifik, yang mencakup tindakan perawat. rencana keperawatan dilaksanakan sesuai dengan intervensi. tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai peningkatan kesehatan baik yang dilakukan secara mandiri ataupun kolaborasi dan rujukan (Potter, 2010)

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan. Tahap akhir yang bertujuan untuk mencapai kemampuan klien dan tujuan dengan melihat perkembangan klien. Evaluasi klien Hipertensi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya pada tujuan dan menggunakan SOAP (subjektif, objektif, analisa dan perencanaan) (Potter& perry, 2012).

Evaluasi adalah proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan, tahap akhir yang bertujuan untuk mencapai kemampuan klien dan tujuan dengan melihat perkembangan klien. Evaluasi klien Hipertensi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya pada tujuan (Potter, 2010).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Pendekatan /Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan klien dengan gangguan Hipertensi di Panti Sosial Tresna Werda (PSTW) provinsi Bengkulu 2019. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subyek penelitian dalam asuhan keperawatan ini adalah klien dengan Hipertensi di Panti Sosial Tresna Werda (PSTW) provinsi Bengkulu yang berjumlah 1 orang dengan perawatan minimal 7 hari.

C. Batas Istilah (Definisi Operasional)

- (1) Asuhan Keperawatan adalah suatu proses atau tahap kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan di Panti Sosial Tresna Werda (PSTW) provinsi Bengkulu tahun 2019.
- (2) Lanjut usia adalah klien yang berusia 60 tahun ke atas baik pria maupun wanita, yang mengalami hipertensi.
- (3) Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah yang dilihat dengan pemeriksaan tekanan darah yang tinggi dan telah di diagnosis oleh dokter dan tercatat di kartuberoobat dan riwayat rekam medis di Panti Sosial Tresna Werda (PSTW) provinsi Bengkulu.

D. Lokasi Dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Panti Sosial Tresna Werda (PSTW) provinsi Bengkulu, penelitian dimulai dari melakukan pengurusan surat penelitian sampai pengurusan surat telah selesai penelitian yang dilakukan pada bulan Mei sampai dengan Agustus 2019 dengan waktu intervensi keperawatan dilakukan selama 7 hari.

E. Prosedur Penelitian

Penelitian diawali dengan penyusunan usulan proposal tentang penyakit Hipertensi dengan menggunakan metode studi kasus berupa laporan teori asuhan keperawatan yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Lansia dengan Hipertensi di Panti Sosial Tresna Werda (PSTW) provinsi Bengkulu, setelah disetujui oleh penguji proposal maka tahap yang dilakukan adalah penyusunan proposal, pengurusan surat izin penelitian, analisa kasus, persetujuan responden, pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, evaluasi, persiapan pasien pulang, serta surat perizinan telah selesai penelitian.

F. Metode Dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Teknik Pengumpulan data

- a. Wawancara (hasil anamnesis yang harus didapatkan berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat psikologi, pola pola fungsi kesehatan), (sumber data bisa dari klien keluarga dan dari perawat lainnya).
- b. Obsevasi dan pemeriksaan fisik meliputi keadaan umum, pemeriksaan integumen, pemeriksaan kepala leher, pemeriksaan dada, pemeriksaan abdomen, pemeriksaan inguinal, genetalia, anus, ekstremitas, pemeriksaan system pencernaan (dengan pendekatan: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pada sistem

tubuh klien. Data fokus yang harus didapatkan adalah pada sistem pencernaan

- c. Studi dokumentasi dan instrument dilakukan dengan mengambil data dari MR (*Medical Record*), mencatat pada status pasien, mencatat hasil laboratorium, melihat catatan harian perawat ruangan, mencatat hasil pemeriksaan diagnostik.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan sesuai ketentuan yang ada di prodi DIII keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu, data di status klien, dan data laboratorium, alat pemeriksaan fisik.

G. Keabsahan Data

Keabsahan data dilakukan oleh peneliti dengan cara peneliti mengumpulkan data secara langsung pada pasien dengan menggunakan format pengkajian yang baku dari kampus, yang dilakukan 6 jam sesuai jadwal dinas perawat di Panti jompo Werda Kota Bengkulu selama 4 hari berturut turut. Pengumpulan data dilakukan pada catatan medis / status pasien, anamnesa dengan klien langsung, anamnesa dengan keluarga klien, dokter, dan perawat ruangan agar mendapatkan data yang valid, disamping itu untuk menjaga validitas dan keabsahan data peneliti melakukan obsevasi dan pengukuran ulang terhadap data data klien yang meragukan yang ditemukan melaui data sekunder meliputi tanda-tanda vital.

H. Analisis Data

Analisi data dilakukan sejak peneliti berada di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul, analisa data dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan data penunjang, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam bentuk pembahasan, tehnik analisa yang

digunakan dengan cara menarasikan jawaban jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian.

Tekhnik analisis digunakan dengan cara observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan data penunjang oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data selanjutnya dimana data di interpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

Bab ini menjelaskan tentang asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn.A dengan diagnosa medis Hipertensi yang dilakukan pada tanggal 9 – 12 Agustus 2019. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Pengkajian ini dilakukan dengan metode *auto anamnesa* (wawancara dengan klien langsung), dan *allo anamnesa* (wawancara dengan keluarga atau orang terdekat), tenaga kesehatan lain (perawat ruangan), pengamatan, observasi, pemeriksaan fisik, menelaen catatan medis dan catatan keperawatan.

A. Pengkajian Kasus

1. Identitas Klien

Pengkajian melalui anamnesa pada hari Selasa, 9 Agustus 2019 jam 08.00 WIB dari rekam medis hasil pengkajian didapat Tn.A usia 77 tahun, jenis kelamin laki-laki, klien tinggal di wisma flamboyan di wisma flamboyan Panti Sosial Tresna Werda (PSTW). Diagnosa medis yang diderita Tn. A sekarang adalah hipertensi

2. Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Dari pengkajian keluhan utama di dapatkan Tn. A mengeluh pusing dan lemah, cepat lelah saat beraktifitas. Td: 160/90 N:80x/m P:20x/m dan suhu 36,4 C.

b) Keluhan Saat Dikaji

Dari pengkajian didapatkan Tn. A menderita penyakit hipertensi sejak 8 tahun yang lalu, untuk mengontrol tekanan darah Tn. A rajin kontrol di poliklinik yang ada di PSTW dan diberikan obat pasien mengatakan keluhan sakit kepala secara tiba-tiba di sertai pusing, leher dan tengkuk terasa kaku/tegang, gelisah,jantung

berdebar-debar, mudah lelah, pasien mengatakan aktivitas terganggu. terasa diseluruh area kepala (*Severity/Scale of Pain*): menggunakan *Pain Numerical Rating Scale* (PNRS) klien mengatakan skala nyeri pada kepala 6 (berat) dari skor 1-10, (*Time*): nyeri dirasakan terus menerus. Klien mengatakan nyeri kepala disertai leher dan tengkuk, lemas, pasien juga mengatakan sulit beraktivitas dan mudah lelah.

c) Riwayat penyakit Dahulu

Klien mengatakan sudah memiliki penyakit hipertensi sejak 8 tahun yang lalu. Klien memiliki riwayat kebiasaan merokok dan minum kopi.

d) Riwayat Keluarga

Klien mengatakan ada anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sama seperti klien, hipertensi yaitu ayah Tn. A.

3. Pemeriksaan Fisik

Dari pemeriksaan fisik di dapatkan bahwa keadaan umum klien compos mentis, berat badan klien 49 kg, tinggi 162 cm. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 160 /90 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36,4 C dan RR 21 x/menit.

a) Sistem penglihatan

Posisi mata simetris kiri dan kanan, kelopak mata tidak terdapat lesi maupun edema, bagian kornea mata bulat dan bening, konjungtiva anemis, sclera an ikterik, palpebral tidak terdapat edema, pupil isokor dan repleks mengecil saat terkena cahaya, tidak ada tanda-tanda radang pada mata, pasien tidak menggunakan kaca mata dan lensa kotak.

b) Sistem pendengaran

Struktur telinga baik tidak ada yang kurang, telinga simetris kiri dan kanan, daun telinga utuh, membrane timpani utuh, tidak ada perasaan penuh didalam telinga, tidak ada cairan dari dalam telinga, fungsi pendengaran baik, tidak ada gangguan keseimbangan antara telinga, serta pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

c) Sistem wicara

Pasien berbicara dengan baik, pasien menggunakan komunikasi dengan baik kepada perawat saat dilakukan pengkajian dan tindakan keperawatan.

d) Sistem pernapasan

Tidak ada tanda-tanda pasien mengalami sesak nafas ditandai dengan pernafasan 22 x/menit, suara nafas vesikuler, irama napas regular, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, ekspansi dada mengembang maksimal, pasien tidak mengalami batuk, tidak mengeluarkan sputum dan darah, pasien dapat bernapas tanpa menggunakan alat bantu.

e) Sistem pencernaan

Membrane mukosa kering, keadaan mulut Nampak gigi utuh, tidak ada stomatitis, bibir kering dan pecah-pecah, pasien mengalami mual, nyeri daerah perut sebelah kanan bawah, bising usus terdengar 5 kali dalam satu menit, tidak konstipasi feses, konsistensi feses padat, tidak ada pembesaran hepar.

f) Sistem kardiovaskuler

Tidak ada tanda-tanda palpitasi/aritmia dan sistem hematologi, tachicardi, frekuensi nadi 85 x/menit, tekanan darah 160/90 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis, temperature kulit hangat dengan suhu 36,4 c, tidak ada edema, tidak ada sakit dada, pasien tampak pucat.

g) Sistem perkemihan

Tidak ada pembesaran pada abdomen, tidak ada pembesaran pada area kandung kemih, tidak ada pembesaran ginjal, ginjal tidak terasa nyeri, saat di inspeksi genetalia luar simetris kiri dan kanan, rambut pubis tumbuh merata, tidak ada edema, lesi dan kebersihan yang kurang, tidak ada keluar cairan dari lubang uretra, bau khas, tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak, karakteristik urin berwarna kuning jernih, bau urin khas amoniak, tidak terdapat nyeri saat buang air kecil.

h) Sistem integument

Turgor kulit baik di tarik kulit klien kembali ke semula +/- 3 detik, tidak ada lesi, warna kulit sawo matang, tidak ada masa, tampilan umum kulit bersih, kulit kepala bersih, distribusi rambut merata dan beruban, tidak ada bekas operasi pada kulit, tidak ada gatal-gatal pada kulit.

4. Pengkajian Psikososial dan Spiritual

a) Psikososial

Klien mengatakan senang tinggal di PSTW provinsi Bnegkulu kerana tidak mau merepotkan anaknya. Pasien mengatakan istinya sudah meninggal dan anak-anaknya sudah menikah dan memiliki keluarga. Klien senang tinggal di PSTW karena adda kegiatan bersama teman sebaya yang dapat di lakukan.

b) Spiritua

Klien beragama islam, rajin beribadah dan shalat. Klien mengikuti kegiatan yang ada dipanti.

5. Pengkajian Fungsional Klien

a) KATZ Indeks : mandiri dalam makan, kontinensia (BAB/BAK), menggunakan pakaian, pergi ke toilet berpindah dan mandi.

Tabel 4.1 Modifikasi Dari Barel Indeks

NO	KRITERIA	DENGAN BANTUAN	MANDIRI	KETERGANTUNGAN
1	makan	5	10	Klien pergi mengambil makanan sendiri tanpa bantuan orang lain
2	Minum	5	10	Pasien bisa mengambil minum sendiri
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya	5-10	15	Pasien tidak menggunakan kursi roda
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	Pasienbisa mencuci muka menggosok gigi 3 x sehari secara mandiri
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	Pasien bisa mencuci dan menyeka tubuh
6	Mandi	5	15	Pasien dapat mandi secara mandiri 2 x sehari
7	Jalan di permukaan datar	0	5	Pasien dapat jalan dipermukaan datar tanpa bantuan orang lain
8	Naik turun tangga	5	10	Pasien dapat naik turun tangga sendiri
9	Mengenakan pakaian	5	10	Pasien dapat menggunakan pakaian sendiri
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10	Frekwensi : 1x /perhari Konsistensi : lunak Pasien BAB mandiri
11	Kontrol Blader (BAK)	5	10	Frekwensi : 5- 6 x /hari Warna : jernih Pasien BAK mandiri
12	Olah raga	5	10	Frekwensi : -
13	Rekreasi/ pemanfaatan waktu	5	10	Frekwensi : -
	Total nilai		110	

Keterangan :

- a. 130 : Mandiri
- b. 65 – 125 : ketergantungan sebagian
- c. 60 : Ketergantungan total

6. Pengkajian Status Menta Gerontik

a) Menggunakan tingkat kerusakan intelektual Porteble Mental Status Quesioner (SPMSQ).

BENAR	SALAH	NO	PERYATAAN
	√	01	Tanggal berapa hari ini ?
√		02	Hari apa sekarang ?
√		03	Apa nma tempat ini ?
√		04	Dimana alamat anda ?
√		05	Berapa umur anda ?
√		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun)
	√	07	Sipa nama presiden / bupati/walikota sekarang ?
√		08	Siapa nama presiden indonesia sebelumnya
√		09	Siapa nama ibu anda ?
√		10	Kurangi 3 dari 10 dan tetap pengurangan dari 3 setiap angka baru, semua secara menurun.
$\Sigma = 8$	$\Sigma = 2$		

Score total : 2

Interpretasi :

Salah 0-3 : fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : kerusakan intelektual ringan

Salah 6-9 : kerusakan intelektual sedang

Salah 9- 10 : kerusakan intelektual berat

b) Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan
MMSE (Mini Mental Status Exam)

NO	ASPEK KOGNITIF	NILAI MAKS	NILAI KLIEN	KRITERIA
1	Orientasi	5	4	Menyebutkan dengan benar Tahun (2019) Musing (kemarau) Tanggal (pasien lupa) Hari (jumat) Bulan (Agustus)
	Orientasi	5	5	Dimana kita beradda sekarang ? Negara (Indonesia) Provinsi (Bengkulu) Kota (Bengkulu) BPPLU Dahlia
2	Registrasi	3	3	Sebutkan nama objek (oleh pemriksa) 1 detik untuk mengatakn masing – masing objek, kemuadian tanyakan kepada klien ketiga objek tadi untuk di sebutkan Objek piring Objek buku Objek gelas
3	Perhatian dan kalkulasi	5	5	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian di kurangi 3 sampai 5 kali tingkatan 97 94 91 88 85
4	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulagi objek pada nomor 2. Bila benar 1 poin untuk masing masing objek.
5	Bahasa	9	9	Tunjukkan pada klien satu benda dan tanyakan pada klien namanya - Jam tangan - Pena Minta klien untuk mengulangi kata berikut ‘ tak ada jika dan atau tetapi’ jika benar nilai satu point - Pernyataan benar 2 buah : tetapi, tak ada Minta klien untuk mengikuti perintah yaitu : Ambil kertas ditangan anda, lipat dua taruh dilantai Bila benar sesuai perintah nlai 1 point Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan menyalin gambar.
	Total nilai		29	

Analisa Data

Nama Pasien : Tn.A

Wisma : Flamboyan

Umur : 77 Tahun

NO	DATA SENJANG	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<p>Ds : Pasien mengatakan pusing dan lemah P : Tekanan darah yang meningkat Q : Tertekan R : Kepala menjalar hingga leher S : Skala 6 T : Berlangsung selama 15 menit</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Pasien tampak lemah - TD = 160/90 mmHg - N = 95 x/mnt - RR = 21x/mnt - S = 36,4 °C 	Peningkatan tekanan vaskuler serebral	Nyeri akut
2	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badannya terasa lemas. - Pasien mengatakan cepat merasa lelah saat beraktivitas - Pasien mengatakan nyeri pada daerah kepala - Pasien mengatakan kadang dada terasa nyeri <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Pasien tampak mudah lelah saat beraktivitas - Membrane mukosa kering - TD= 160/90 mmHg - N= 95x/mnt - RR= 24x/mnt - S= 36,4°C - Pasien tampak pucat 	Peningkatan afterload	Resiko penurunan curah jantung

3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sakit kepala dan leher kaku - Pasien mengatakan badannya terasa lemas - Pasien mengatakan cepat lelah saat beraktivitas <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Pasien tampak mudah lelah saat beraktivitas 	Kelemahan dan keletihan	Intoleransi aktifitas
---	--	-------------------------	-----------------------

B. Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Muncul	Nama & Paraf	Tanggal Teratasi	Nama & Paraf
1.	Nyeri akut (kepala) berhubungan peningkatan tekanan vaskulo serebral	9 Agustus 2019	<i>Parluhutan</i>	12 Agustus 2019	<i>Parluhutan</i>
2.	Resiko penurunan curah jantungng berhubungan dengan peningkatan afterload	9 Agustus 2019	<i>Parluhutan</i>	12 Agustus 2019	<i>Parluhutan</i>
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik	9 Agustus 2019	<i>Parluhutan</i>	12 Agustus 2019	<i>Parluhutan</i>

C. Perencanaan Keperawatan

No .	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut : sakit kepala berhubungan peningkatan tekanan vaskuler serebral	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, Nyeri akut teratasi dengan:</p> <p>NOC: Tingkat Nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ditingkatkan pada level 5 <ul style="list-style-type: none"> • 1= Berat • 2= Cukup berat • 3= Sedang • 4= Ringan • 5= Tidak ada <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri yang dilaporkan (5) - Panjangnya episode nyeri(5) - Mengerang dan menangis(5) - Ekspresi nyeri wajah (5) - Mengeluarkan keringat(5) - Ketegangan otot - Tidak bias (5) istirahat - Kehilangan nafsu makan (5) 	<p>NIC:</p> <p>Manajemen nyeri</p> <p>Aktivitas Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif (pqrst) . 2. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 3. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 4. Gunakan teknik komunikasi teraupetik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien 5. Manajemen lingkungan: kebisingan dan suhu 6. Kurangi faktor presipitasi nyeri :aktivitas berlebih 7. Ajarkan tentang teknik non farmakologi dengan cara relaksasi pernapasan dalam dan ajarkan teknik distraksi pada saat nyeri 8. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui perkembangan nyeri dan tanda-tanda nyeri sehingga dapat menentukan intervensi selanjutnya 2. Mengetahui respon nyeri 3. Mengetahui respon klien terhadap nyeri 4. Menumbuhkan sikap saling percaya 5. Lingkungan yang tenang akan menurunkan stimulus nyeri eksternal dan pembatasan pengunjung akan membantu meningkatkan kondisi O₂ ruangan yang akan berkurang apabila banyak pengunjung yang berada di ruangan (Muttaqin, 2012) 6. Dapat menurunkan tingkat nyeri klien 7. Pernapasan dalam meningkatkan asupan O₂ sehingga akan menurunkan

			<p>berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9. cek instruksi pemberian analgesik</p> <p>10. monitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgesik</p>	<p>nyeri.</p> <p>9.sebagai acuan dalam pemberian obat yang tepat</p> <p>10.mengetahui perubahan status kesehatan setelah pemberian obat</p>
2.	<p>Resiko tinggi Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi</p>	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, penurunan curah jantung teratasi dengan:</p> <p>NOC : keefektifan pompa jantung</p> <p>Ditingkatkan pada level 5</p> <p>1 = deviasi berat dari kisaran normal</p> <p>2 = deviasi yang cukup besar dari kisaran normal</p> <p>3 = deviasi sedang dari kisaran normal</p> <p>4 = deviasi ringan dari kisaran normal</p> <p>5 = tidak ada deviasi dari kisaran normal</p> <p>Dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistol (5) - Tekanan darah diastole (5) - Denyut nadi perifer (5) - Urin output (5) 	<p>NIC : Manajemen resiko jantung</p> <p>11. Skring pasien mengenai kebiasaan yang beresiko berhubungan dengan kejadian yang tidak di harapkan pada jantung (misalnya merokok, obesitas, gaya hidup tekanan darah tinggi, riwayat jantung)</p> <p>12. Identifikasi kesiapan pasien untuk mempelajari gaya hidup yang di modifikasi (diet, merokok, minuman berakholol, olah raga dan kadar kolerterol)</p> <p>13. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala penyakit jantung dini.</p> <p>14. Prioritaskan hal – hal yang mengurangi resiko dengan kolaborasi dengan pasien dan keluarga</p> <p>15. Intruksikan pasien dan keluarga untuk memonitor tekanan darah dan denyut jantung secara ruti</p>	<p>11. Mengetahui resiko yang memperburuk keadaan jantung</p> <p>12. Membantu pasien menerapkan gaya hidup sehat</p> <p>13. Memberi pengetahuan tentang pencegahan dan tanda gejala komplikasi jantung</p> <p>14. Membantu mengurangi resiko penurunan curah jantung</p> <p>15. Memonitor keadaan umum pasien terhadap penyakit</p> <p>16. Membantu meningkatkan peradaran darah</p> <p>17. Meningkatkan elastisitas pembuluh daah dan jantung</p> <p>18. Membantu latihan efektif meningkatkan ruang gerak dan iram jantung</p> <p>19. Meningkatkan gaya hidup sehat dan komplikasi dari penyakit</p> <p>20.Menjaga tekanan darah dan keadaan</p>

			<p>16. Berikan dukungan akan olah raga yang di indikasikan untuk pasien dengan resiko jantung</p> <p>17. Intruksikan pasien untuk melakukan olahraga yang progresif dan teratur</p> <p>18. Berikan dukungan olahraga harian selama 30 menit</p> <p>19. Instruksikan pasien dan keluarga untuk membatasi merokok</p> <p>20. Instruksikan pasien dan keluarga mengenai strategi diit jantung (misalnya : rendah natrium, rendah lemak, rendah kolesterol, tinggi serah dan ciran yang cukup)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>21.Pemberian vasodilator</p> <p>22. Pemberian cairan IV dan pembatasan jumlah cairan</p> <p>23.Monitor hasil laboratoriaum sesuai instruksi dokter</p>	<p>jantung dan pembuluh darah.</p> <p>21.Untuk meningkatkan COP dan menurunkan volume sirkulasi</p> <p>22.Mentoleransi peningkatan volume cairan dan meingkatkan kerja miokard</p> <p>23. Hasil laboraturium BUN dan creatini menu jukkan hipoperfusi atau gagal ginjal.</p>
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, intoleran aktivitas teratasi dengan:</p> <p>NOC: Toleransi terhadap aktivitas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ditingkatkan pada level 5 • 1= Sangat terganggu • 2= Banyak terganggu • 3= Cukup terganggu • 4= Sedikit 	<p>NIC: Terapi aktivitas</p> <p>Aktivitas Keperawatan:</p> <p>14. Pertimbangkan kemampuan klien dalam berpartisipasi melalui aktivitas spesifik</p> <p>15. Bantu klien untuk mengeksplorasi tujuan personal dari aktivitas yang biasa dilakukan</p> <p>16. Dorong aktivitas kreatif yang tepat</p> <p>17. Ciptakan lingkungan aman untuk dapat</p>	<p>14.Mengetahui keterbatasan aktivitas klien</p> <p>15.Pasien dapat memilih dan merencanakannya sendiri berdasarkan aktifitas yang biasa dilakukan</p> <p>16.Aktivitas yang tepat dapat melatih kekuatan dan irama jantung</p> <p>17.Mencegah terjadinya cedera</p> <p>18.Mempermudah</p>

		<p>terganggu</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5= Tidak terganggu <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nadi ketika beraktivitas (5) - Frekuensi pernapasan ketika beraktivitas (5) - TD ketika beraktivitas (5) - Kekuatan tubuh(5) - Kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian (5) - Kemampuan berbicara ketika melakukan aktivitas fisik (5) 	<p>melakukan pergerakan otot secara berkala sesuai dengan indikasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 18. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda 19. Berikan reinforcement positif bagi partisipasi klien dalam aktivitas 20. Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual terhadap aktivitas 21. Bantu klien dan keluarga memantau perkembangan klien terhadap pencapaian tujuan 	<p>klien dalam aktivitas</p> <ol style="list-style-type: none"> 19.Meningkatkan motivasi dan harga diri klien 20.Mengetahui setiap perkembangan yang muncul segera setelah terapi aktivitas. 21.Mengkaji sejauh mana perbedaan peningkatan selama aktivitas
--	--	---	---	--

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan Hari pertama

N O	HARI, TANGGAL PUKUL	NO. DX	IMPLEMENTASI	RESPON HASIL	NAMA & PARAF
1	<p>Jumat, 9 Agustus 2019</p> <p>Pukul 10.00</p> <p>Pukul 10.15</p> <p>Pukul 10,24</p> <p>Pukul 10.30</p>	I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif . 2. Mengevaluasi pengalaman nyeri masa lampau 3. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 4. Menggunakan teknik komunikasi teraupetik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien 5. Memanajemen lingkungan: lingkungan tenang dan batasi pengunjung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan P: <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri karena peningkatan tekanan Q: <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeritertekan R: <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri di area kepala hingga leher S: <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 6 	<i>Parlindungan</i>

	<p>Pukul 10.45</p> <p>Pukul 11.05</p> <p>Pukul 11.37</p> <p>Pukul 11.40</p> <p>Pukul 13.00</p> <p>Pukul 13.30</p>		<ol style="list-style-type: none"> 6. Mengurangi faktor presipitasi nyeri 7. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi dengan cara relaksasi pernapasan dalam dan ajarkan teknik distraksi pada saat nyeri 8. Memberikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur. 	<p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri dirasakan hilang timbul selama 15 menit <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi 3. Pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas karena nyeri kepalanya 4. Pasien bercerita tentang pekerjaannya sebagai petani secara antusias. 5. Pasien dianjurkan untuk mengurangi aktivitas berat dan cukup istirahat 6. Pasien mengatakan kadang merasa kurang nyaman dengan tempat tidurnya 7. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi yang diajarkan perawat 8. Pasien mengatakan mengerti tentang penjelasan dari perawat. 	
2	<p>Jumat, 9 agustus 2019</p> <p>Pukul 10.22</p> <p>Pukul 10.35</p> <p>Pukul 10.38</p>	II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan faktor resiko yang memperburuk kondisi pasien (misalnya merokok, obesitas, gaya hidup tekanan darah tinggi, riwayat jantung) 2. Mendiskusikan pola kebiasaan sehat seperti diet, merokok, minuman beralkohol, olah raga dan kadar kolesterol) 3. Mendiskusikan dan memberikan pengetahuan pasien mengenai tanda dan gejala penyakit jantung dini. 4. Mendiskusikan faktor yang mengurangi resiko dengan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan riwayat merokok 2. Pasien mengatakan gaya hidup jarang berolahraga 3. Pasien mengatakan kadang dada terasa nyeri 4. Pasien di anjurkan untuk cukup istirahat dan dan tidak melakukan aktivitas 	<i>Parluhutan</i>

	<p>Pukul 10.40</p> <p>Pukul 10.50</p> <p>Pukul 11.00</p> <p>Pukul 11.50</p> <p>Pukul 13.00</p>		<p>kolaborasi dengan pasien dan keluarga</p> <p>5. Mengukur dan memonitor tekanan darah dan denyut jantung secara rutin</p> <p>6. memberikan dukungan akan olah raga yang di indikasikan untuk pasien dengan resiko jantung</p> <p>7. menganjurkan pasien untuk melakukan olahraga yang progresif dan teratur</p> <p>8. Menginstruksikan pasien untuk strategi diet jantung (rendah natrium, rendah lemak, rendah kolesterol, tinggi serat dan cairan yang cukup) dan memberikan makanan tradisional menurunkan tekanan darah (jus mentimun)</p>	<p>berat</p> <p>5. Pasien mengatakan cek tekanan darah 2 kali seminggu, saat ditensi kembali TD= 170/100 mmHg N= 95x/mnt RR= 22x/mnt S= 36,2°C</p> <p>7. Pasien jalan sore dan olahraga kecil setiap hari</p> <p>8. Pasien mau olahraga rutin setiap sore/ pagi</p> <p>9. Minum jus mentimun 100cc gelas setiap hari</p>	
3	<p>Jumat, 9 agustus 2019</p> <p>Pukul 10.25</p> <p>Pukul 10.33</p> <p>Pukul 11.24</p> <p>Pukul 11.47</p> <p>Pukul 12.10</p>	III	<p>1. Mengkaji kemampuan klien dalam berpartisipasi melalui aktivitas spesifik</p> <p>2. Membantu klien untuk mengeksplorasi tujuan personal dari aktivitas yang biasa dilakukan</p> <p>3. Menganjurkan aktivitas kreatif yang tepat : misal olahraga di tempat duduk</p> <p>4. Menciptakan lingkungan aman untuk dapat melakukan pergerakan otot secara berkala sesuai dengan indikasi</p> <p>5. Membantu pasien untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas : tongkat /kursi roda</p> <p>6. Memonitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual terhadap aktivitas</p> <p>7. Memonitor perkembangan klien terhadap pencapaian tujuan</p>	<p>1. Pasien mengertitujukan fungsi dari aktivitas</p> <p>2. Pasien mengatakan aktivitas terganggu karena nyeri kepalanya</p> <p>3. Mendekatkan keperluan yang pasien butuhkan misalkan makan, minum dll</p> <p>4. Pasien mengatakan masih dapat berjalan sendiri dan tidak menggunakan alat bantu sesekali memegang dinding atau pinggiran jalan</p> <p>5. Pasien merasa senang saat latihan aktivitas dan kadang merasa lemas dan lelah</p> <p>6. Pasien dapat melakukan aktivitas sehari – hari dengan mandiri</p>	<i>Parluhutan</i>

Implementasi Keperawatan Hari kedua

No	Hari, Tanggal Pukul	No. Dx	Implementasi	Evaluasi (Soap)	Nama & Paraf
1	Sabtu, 10 agustus 2019 Pukul 08.00 Pukul 08.30 Pukul 08.40 Pukul 08.50 Pukul 09.00 Pukul 09.15 Pukul 09.30 Pukul 10.00 Pukul 13.00 Pukul 13.30	I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif. 2. Mengevaluasi pengalaman nyeri masa lampau 3. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 4. Menggunakan teknik komunikasi teraupetik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien 5. Memanajemen lingkungan: lingkungan tenang dan batasi pengunjung 6. Mengurangi faktor presipitasi nyeri 7. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi dengan cara relaksasi pernapasan dalam dan ajarkan teknik distraksi pada saat nyeri 8. Memberikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang danantisipasi ketidaknyamanan dari prosedur. 10. Monitor tanda-tanda vital 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri berkurang - Pasien mengatakan nyeri dengan skala 5 (sedang) - Pasien mengatakan sudah beristirahat dengan baik <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 160/90 mmHg Suhu : 36,6 c Nadi 90x/m Pernafasan: 23x/m - Pasien tampak meringis - Skala nyeri 5 <p>A : Tingkat nyeri pada level 4</p> <p>P : Lanjutkan NIC : manajemen nyeri pada aktivitas keperawatan 1,2,3,4,5,6,7,8,10</p>	<i>Parlukutan</i>

2	<p>Sabtu, 10 agustus 2019</p> <p>Pukul 08.20</p> <p>Pukul 08.40</p> <p>Pukul 08.50</p> <p>Pukul 09.10</p> <p>Pukul 09.25</p> <p>Pukul 10.30</p> <p>Pukul 11.30</p>	II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan faktor resiko yang memperburuk kondisi pasien (misalnya merokok, obesitas, gaya hidup tekanan darah tinggi, riwayat jantung) 2. Mendiskusikan pola kebiasaan sehat seperti diet, merokok, minuman beralkohol, olah raga dan kadar kolesterol) 3. Mendiskusikan dan memberikan pengetahuan pasien mengenai tanda dan gejala penyakit jantung dini. 4. Mengukur dan memonitor tekanan darah dan denyut jantung secara rutin 5. memberikan dukungan akan olah raga yang di indikasikan untuk pasien dengan resiko jantung 6. menganjurkan pasien untuk melakukan olahraga yang progresif dan teratur 7. Menginstruksikan pasien untuk strategi diet jantung (rendah natrium, rendah lemak, rendah kolesterol, tinggi serat dan cairan yang cukup) dan memberikan makanan tradisional menurunkan tekanan darah (jus mentimun) 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri kepala berkurang - Pasien mengatakan makan makanan rendah garam dan sehat - Pasien mengatakan olahraga kecil setiap pagi - Pasien mengatakan lebih nyaman setelah istirahat - Pasien suka minum jus mentimun <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - TD: 150/90 mmHg - Suhu : 36,6 c - Nadi 85x/m - Pernafasan: 23x/m - Tekanan darah turun setelah minum jus mentimun <p>A: Keefektifan pola nafas pada level 4</p> <p>P: Lanjutkan NIC :Manajemen resiko jantung aktivitas keperawatan,4,5,6,7</p>	<i>Parluhutan</i>
3	<p>Sabtu , 10 agustus 2019</p> <p>Pukul 10.48</p> <p>Pukul 10. 59</p> <p>Pukul 11.00</p>	III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji kemampuan klien dalam berpartisipasi melalui aktivitas spesifik 2. Menbentu klien untuk mengeksplorasi tujuan personal dari aktivitas yang biasa dilakukan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat untuk istirahat. - Pasien mentakan tidak melakukan aktivitas berat lagi 	<i>Parluhutan</i>

	<p>Pukul 12.34</p> <p>Pukul 12.40</p> <p>Pukul 12.50</p> <p>Pukul 13.00</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Mengajukan aktivitas kreatif yang tepat : misal olahraga di tempat duduk 4. Menciptakan lingkungan aman untuk dapat melakukan pergerakan otot secara berkala sesuai dengan indikasi 5. Membantu pasien untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas : tongkat / kursi roda 6. Memonitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual terhadap aktivitas 7. Memonitor perkembangan klien terhadap pencapaian tujuan 	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak cepat lelah - Pasien tampak dapat melakukan aktivitas harian secara mandiri - TD = 170/90 mmHg - N = 93x/mnt - RR = 23x/mnt - S = 36,1°C <p>A:</p> <p>Toleransi terhadap aktivitas level 4</p> <p>P: Lanjutkan NIC: Terapi aktivitas pada aktivitas keperawatan 1,2,3,4,5,6,7</p>	
--	---	--	--	--

Implementasi Keperawatan Hari ketiga

No	Hari, Tanggal Pukul	No. Dx	Implementasi	Evaluasi (Soap)	Nama & Paraf
1	Minggu, 11 agustus 2019 Pukul 09. 00 Pukul 10.00 Pukul 10. 37 Pukul 12.00 Pukul 13.00 Pukul 13.30 Pukul 13.33	I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif. 2. Mengevaluasi pengalaman nyeri masa lampau 3. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamana 4. Menggunakan teknik komunikasi teraupetik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien 5. Memanajemen lingkungan: lingkungan tenang dan batasi pengunjung 6. Mengurangi faktor presipitasi nyeri : aktivitas berlebih 7. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi dengan cara relaksasi pernapasan dalam dan ajarkan teknik distraksi pada saat nyeri 8. Monitor tanda-tanda vital 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri berkurang - Pasien mengatakan nyeri dengan skala 2 (ringan) - Pasien mengatakan lingkungan sudah nyaman dan tenang - Pasien mengatakan sudah melakukan tehnik relaksasi - Pasien mengatakan sudah beristirahat dengan baik <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 140/80 mmHg Suhu : 36,3 c Nadi 95x/mnt Pernafasan: 24x/mnt - Pasien tampak lebih tenang <p>A : NOC :tingkat nyeri pada level 5</p> <p>P : Hentikan</p> <p>NIC :Manajemen nyeri</p>	<i>Parluhutan</i>
2	Minggu, 11 agustus 2019 Pukul 10.32 Pukul 10.36	II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur dan memonitor tekanan darah dan denyut jantung secara rutin 2. memberikan dukungan akan olah raga yang di indikasikan untuk pasien dengan resiko jantung 3. menganjurkan pasien untuk 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pusing berkurang - Pasien mengatakan sudah banyak minum dan BAK 4x/hari 	<i>Parluhutan</i>

	Pukul 10. Pukul 11.00 Pukul 12.20		melakukan olahraga yang progresif dan teratur 4. Menginstruksikan pasien untuk strategi diet jantung (rendah natrium, rendah lemak, rendah kolesterol, tinggi serat dan cairan yang cukup) dan memberikan makanan tradisional menurunkan tekanan darah (jus mentimun)	O: - Pasien tampak isyirahat tidur - Pasien tampak tenang - TD: 140/80 mmHg - Suhu : 36,3 c - Nadi 95x/mnt - Pernafasan: 24x/mnt A: Ke efektifan pompa jantung level 5 P: Hentikan NIC: Manajemen resiko jantung	
3	Senin, 12 agustus 2019 Pukul 10.48 Pukul 10. 59 Pukul 11.27 Pukul 11. 34 Pukul 12.26 Pukul 12. 29	III	1. Mengkaji kemampuan klien dalam berpartisipasi melalui aktivitas spesifik 2. Membantu klien untuk mengeksplorasi tujuan personal dari aktivitas yang biasa dilakukan 3. Menganjurkan aktivitas kreatif yang tepat : misal olahraga di tempat duduk 4. Menciptakan lingkungan aman untuk dapat melakukan pergerakan otot secara berkala sesuai dengan indikasi 5. Membantu pasien untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas :tongkat /kursi roda 6. Memonitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual terhadap aktivitas 7. Memonitor perkembangan klien terhadap pencapaian tujuan	S: - pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat untuk istirahat. - Pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas secara mandiri O: - Pasien tampak lemas - Aktivitas dibantu keluarga sebagian - Kekuatan otot 4 4 44 4 4 44 - TD = 140/90 mmHg - N= 83x/mnt - RR= 23x/mnt - S= 36,5°C A : Toleransi	<i>Parluhatan</i>

				terhadap aktivitas Pada level 5 P: Hentikan NIC :Terapi aktivitas	
--	--	--	--	---	--

BAB V

PEMBAHASAN

Dalam BAB V ini akan dibahas mengenai kesenjangan yang penulis dapatkan antara konsep teori dan kasus nyata pada Tn. A di Panti Sosial Tresna Werda (PSTW) provinsi Bengkulu. Pembahasan yang penulis lakukan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Dalam melakukan asuhan keperawatan telah diterapkan proses keperawatan sesuai teori yang ada, dimana proses keperawatan yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa, intervensi, implemetasi dan evaluasi. Prinsip pada pembahasan ini akan memfokuskan pada kebutuhan dasar manusia didalam asuhan keperawatan, penulis akan membahas diagnosa keperawatan utama dengan alasan paling aktual karena harus terlebih dahulu di tangani.

Pada tahap pengkajian awal, data penting yang harus ditemukan pada klien dengan Hipertensi adalah keluhan masuk yang dirasakan klien. Gejala klinis khas yang ditemukan pada penderita hipertensi keluhan sakit kepala secara tiba-tiba di sertai pusing, leher dan tengkuk terasa kaku/tegang, gelisah,jantung berdebar-debar, mudah lelah, pasien mengatakan aktivitas terganggu.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan data keadaan umum tampak lemah, tingkat kesadaran *composmentis* dengan skor GCS 15, tekanan darah 160/90 mmHg, Nadi 85 x/menit, pernafasan 21 x/menit, suhu 36,4 °C, berat badan pasien 49 kg dan tinggi badan 165cm, dan ciri-ciri tubuh agak kurus.

Sistem penglihatan Posisi mata simetris kiri dan kanan, kelopak mata tidak terdapat lesi maupun edema, bagian kornea mata bulat dan bening, konjungtiva anemis, sclera an ikterik, palpebral tidak terdapat edema, pupil isokor dan repleks mengecil saat terkena cahaya, tidak

ada tanda-tanda radang pada mata, pasien tidak menggunakan kaca mata dan lensa kotak.

Sistem pendengaran Struktur telinga baik tidak ada yang kurang, telinga simetris kiri dan kanan, daun telinga utuh, membrane timpani utuh, tidak ada perasaan penuh didalam telinga, tidak ada cairan dari dalam telinga, fungsi pendengaran baik, tidak ada gangguan keseimbangan antara telinga, serta pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

Sistem pernapasan tidak ada tanda-tanda pasien mengalami sesak nafas ditandai dengan pernafasan 21 x/menit, suara nafas vesikuler, irama napas regular, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, ekspansi dada mengembang maksimal, pasien tidak mengalami batuk, tidak mengeluarkan sputum dan darah, pasien dapat bernapas tanpa menggunakan alat bantu.

Sistem pencernaan membrane mukosa kering, keadaan mulut Nampak gigi utuh, tidak ada stomatitis, bibir kering dan pecah-pecah, pasien mengalami mual, nyeri daerah perut sebelah kanan bawah, bising usus terdengar 5 kali dalam satu menit, tidak konstipasi feses, konsistensi feses padat, tidak ada pembesaran hepar, abdomen nyeri tekan dan lepas.

Pada pengkajian system kardiovaskuler tidak ada tanda-tanda palpitasi/aritmia dan sistem hematologi, tachicardi, frekuensi nadi 85 x/menit, tekanan darah 160/100 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis, temperature kulit hangat dengan suhu 36,4 c, tidak ada edema, tidak ada sakit dada, pasien tampak pucat, jantung berdebar-debar, sesak, pada saat dilakukan pemeriksaan neurologi pasien mengeluh pusing.

Sistem perkemihan Tidak ada pembesaran pada abdomen, tidak ada pembesaran pada area kandung kemih, tidak ada pembesaran ginjal, ginjal tidak terasa nyeri, saat di inspeksi genetalia luar simetris kiri dan kanan, rambut pubis tumbuh merata, tidak ada edema, lesi dan

kebersihan yang kurang, tidak ada keluar cairan dari lubang uretra, bau khas, tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak, karakteristik urin berwarna kuning jernih, bau urin khas amoniak, tidak terdapat nyeri saat buang air kecil.

Sistem integument turgor kulit baik di tarik kulit klien kembali ke semula +/- 3 detik, tidak ada lesi, warna kulit sawo matang, tidak ada masa, tampilan umum kulit bersih, kulit kepala bersih, distribusi rambut merata dan beruban, tidak ada bekas operasi pada kulit, tidak ada gatal-gatal pada kulit, pasien tampak berbaring dan aktifitas sebagian dibantu oleh keluarga dengan kekuatan otot 3, kondisi pemasangan infus tidak ada tanda flebitis.

Pada pembahasan diatas , ditemukan perasaan gejala klinis antara teori dan kasus pada penderita hipertensi seperti tekanan darah yang meningkat, sakit kepala, kaku kuduk, dan mengalami kelemahan.

B. Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin dan berkompeten untuk mengatasinya (Potter, 2005). Diagnosa keperawatan yang sering timbul pada klien dengan Dispepsia:

1. Nyeri akut (kepala) berhubungan peningkatan tekanan vaskulo serebral
2. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik

Semua diagnosa yang telah dibahas di bab teori sebelumnya telah ditemukan semua diagnosa yang di temukan kasus pasien sesuai dengan konsep teori sebelumnya.

C. Perencanaan

Rencana tindakan diagnosa pertama untuk mengurangi nyeri lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan, ajarkan tentang teknik nonfarmakologi, berikan analgetik untuk mengurangi nyeri, tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat, tentukan analgesik pilihan, rute, pemberian, dan dosis optimal, monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali, berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat.

Untuk rencana adalah Menganjurkan pasien istirahat 12 jam pertama, Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas, Mendorong klien untuk mengungkapkan perasaan terhadap keterbatasan, Mengkaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan, Memonitor klien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan, Meningkatkan tirah baring, istirahat (di tempat tidur/kursi), Menganjurkan keluarga untuk membantu aktivitas klien, dan membatasi aktivitas yang berlebihan

Perencanaan yang dibuat pada pasien dibuat berdasarkan diagnosa yang sudah dirumuskan sebelumnya. Pada diagnosa nyeri, resiko penurunan curah jantung dan intoleransi aktivitas perencanaan di buat sesuai teori yang di persiapkan pada bab sebelumnya dengan menyesuaikan kondisi dan tempat pasien di rawat di PSTW provinsi Bengkulu.

D. Implementasi

Implementasi merupakan komponen proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter dan Perry, 2007).

Implementasi menuangkan rencana asuhan keperawatan kedalam tindakan setelah rencana dikembangkan, sesuai dengan kebutuhan dan prioritas pasien, perawat melakukan intervensi keperawatan spesifik, yang menca kup tindakan keperawatan (Potter dan Perry, 2007).

Implementasi pada pasien dilakukan sesuai dengan masing-masing, diagnosa yang telah direncana tindakan keperawatan, dan sesuai dengan konsep teori, tetapi pada pelaksaan intervensi penulis sesuaikan dengan kondisi pasien yang tinggal di PSTW. Implementasi keperawatan yang berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat di ganti memberi pengobatan tradisional seperti memberikan jus timun utnuk menurunkan tekanan darah.

Implementasi pada pasien dilakuakan sesuai dengan masing-masing diagnosa yang telah direncanakan tindakan keperawatan, dalam melakukan tindakan keperawatan, penulis tidak mengalami kesulitan karena pasien kooperatif. penulis melakukan tindakan keperawatan yang pertama untuk mengatasi nyeri adalah lakukan pengkajian nyeri secara konfhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan factor presipitasi, control lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan, dan ajarkan teknik non farmakologi, berikan analgetik untuk mengurangi nyeri. Pada ipmlementasi pelaksanaan rencana keperawatan untuk memberikan obat penurun tekanan darah dan mengurangi nyeri tidak diberikan karena dokter dan obat yang tidak tersedia.

Pada diagnosa kedua untuk adalah mencatat adanya tanda dan gejala penurunan *cardiac output*, Monitor tekanan darah, monitor intake dan output.pasien dibarikan pengetahuan tentang merawat kesehatan jantung, pasien di latih olahraga kecil, dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan rendah garam, dan menghindari maknan kolestrol tinggi. Untuk tindakan kolaborasi dengan dokter seperti

memantau rekam jantung (EKG) tidak bisa dilakukan karena sarana sarana yang tidak memadai.

Pada diagnosa ketiga mengatasi intoleransi aktivitas yang dilakukan perencanaan terhadap pasien yaitu Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas, mengkaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan, Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (takikardi, disritmia, sesak nafas, diaphoresis, pucat, perubahan hemodinamik),Mendorong klien untuk mengungkapkan perasaan terhadap keterbatasan, Mengkaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan, Memonitor klien akan adanya kelelahan fisik dan membantu aktivitas klien, dan membatasi aktivitas yang berlebihan.

E. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan dan merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan sudah berhasil dicapai (Hutahaean, 2010).

Pada hari ketiga masalah nyeri akut (kepala) berhubungan peningkatan tekanan vaskulo serebral dapat teratasi dengan kriteria hasil mengenali awitan nyeri, menggunakan tindakan pencegahan, melaporkan nyeri dapat dikendalikan. Masalah resiko tinggi penurunan curah jantung dapat teratasi dengan kriteria frekuensi nadi perifer kuat dan simetris, status kognitif dalam batas normal, sesak tidak ada, jantung tidak berdebar-debar, pasien lebih nyaman., hipotensi ortostatik tidak ada. Masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan dan keletihan. Tertasi pasien dapat mengontrol aktivitas dan dan melakukan aktivitas harian secara mandiri.

BAB VI

PENUTUP

A. KESIMPULAN

1. Pengkajian yang dilakukan pada pasien didapatkan data subyektif dan obyektif. Dari data subyektif keluhan sakit kepala, pusing, leher dan tengkuk terasa kaku/tegang, gelisah, , mudah lelah, pasien mengatakan aktivitas terganggu.
Data obyektif yang didapat adalah nyeri kepala, pasien tampak meringis, cepat lelah, tekanan darah tinggi.
2. Diagnosa keperawatan utama yang muncul saat dilakukan pengkajian adalah nyeri akut (kepala) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskulo serebral, resiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
3. Intervensi keperawatan dibuat sesuai keadaan, sarana dan prasarana yang tersedia, dalam merencanakan tindakan keperawatan penulis mengkombinasikan tindakan mandiri, kolaborasi serta penyuluhan pada keluarga dan dari ketiga gabungan tindakan keperawatan diharapkan dapat efektif dalam menangani masalah klien dan mencegah komplikasi penyakit maupun komplikasi tindakan yang dilakukan.
4. Pada saat implemtasi keperawatan semua intervensi keperawatan yang ada pada kasus dapat dimplementasikan, hal ini disebabkan karena klien dan keluarga kooperatif pada saat implementasi dilakukan, Implementasi pada Tn A dapat dilakukan penulis sesuai dengan rencana tindakan keperawatan, dan ditunjang dengan melakukan tindakan keperawatan penulis tidak mengalami kesulitan karena klien kooperatif, penulis melakukan implementasi dengan rencana yang telah direncanakan sebelumnya untuk memenuhi kriteria hasil. Beberapa rencana keperawatan kolaboratif seperti melakukan rekam jantungung (EKG), pemberian obat dan terapi lanjut tidak dapat dilakukan karena

keterbatasan dokter dan alat yang tersedia di panti. Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari dan hasilnya nyeri berkurang, tekanan darah 140/80 mmHg, klien lebih tenang, klien dapat tidur dengan nyaman, jantung tidak berdebar-debar, aktivitas secara mandiri.

Pada saat evaluasi keperawatan hari ketiga masalah nyeri akut (kepala) berhubungan peningkatan tekanan vaskulo serebral dapat teratasi dengan kriteria hasil mengenali awitan nyeri, menggunakan tindakan pencegahan, melaporkan nyeri dapat dikendalikan. Masalah resiko tinggi penurunan curah jantung dapat teratasi dengan kriteria Tekanan darah sistolik, diastolic dan rerata rentang tekanan darah turun, pasien lebih nyaman., hipotensi ortostatik tidak ada. Masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dapat teratasi dengan kriteria aktivitas meningkat, aktivitas secara mandiri, kekuatan otot meningkat.

B. SARAN

1. Bagi Klien

Hipertensi sangat umum terjadi pada masyarakat Indonesia khususnya pada lansia. Tidak tahun akan penyakit dan merawatnya mengakibatkan seseorang tidak sadar akan komplikasi berbahaya yang di sebabkan oleh hipertensi. Oleh sebab perlunya pemeriksaan kesehatan rutin pada pasien agar membantu proses pencegahan dan kesembuhan pasien dapat dicapai sesuai tujuan.

2. Bagi Perawat

Diharapkan selalu berkoordinasi dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan yang tidak hanya dilakukan di rumah sakit melainkan juga di sekitar tempat tinggal khususnya pada pasien dengan hipertensi. Perawat dapat memberikan pengetahuan pada

masyarakat tentang penyakit hipertensi agar masyarakat mengetahui dengan baik.

3. Bagi PSTW

PSTW sebagai rumah tinggal para lansia agar mampu memfasilitasi pelayanan kesehatan dan pemeriksaan kesehatan secara rutin, melengkapi alat – alat dan pemeriksaan penunjang seperti EKG dan obat – obatan pada lansia agar status kesehatan lansia yang tinggal dapat dipantau dengan baik. Selain itu PSTW diharapkan dapat memberikan penyuluhan guna menambah pengetahuan untuk merawat lansia tentang penyakit yang sering di derita lansia.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan masukan dan menambah wawasan bagi mahasiswa lain untuk melakukan pemeriksaan fisik dan penunjang yang lengkap, obat – obatan dan edukasi terhadap lansia dan resiko penyakit yang terjadi terhadap lansia terutama lansia dengan hipertensi .

DAFTAR PUSTAKA

- Aziza, Lucky. 2007. *Hipertensi The Silent Killer*. Jakarta: Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia.
- Ardiansyah, M. 2012. *Medical Bedah untuk mahasiswa*. Jogjakarta :DIVA Ekspres.
- Bustan, 2007. *Epidemiologi Penyakit Tidak menular*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Smeltzer dan Bare. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Alih Bahasa Yasmin Asih. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Corwin E. J. 2010. *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta : EGC
- Doenges, Maryllin E. 2003. *Rencana Asuhan Keperawatan Edisi 3*. Alih Bahasa: Yasmin Asih. Jakarta: EGC
- Dochterman, Bulechek. 2004. *Nuering interventions clasivication (NIC)(5th ed.)*. Jakarta : EGC
- Jennifer, dkk. 2011. *Buku Ajar Patofisiologi*. Alih Bahasa Andry Hartono. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Kemenkes RI. 2013. *Pedoman teknis dan Tatalaksana Hipertensi*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kolifah dkk. 2012. *Hipertensi pada Lansia*. Jakarta : Diva Press
- Kowalski, Robert. 2010. *Terapi Hipertensi: Program 8 minggu Menurunkan Tekanan Darah Tinggi*. Alih Bahasa: Rani Ekawati. Bandung: Qanita Mizan Pustaka
- Moorhead, Jhonson. 2008. *Nursing Outcomes Classification (NOC) (5th ed.)*. Jakarta: EGC
- Muttaqin, Arif. 2009. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: Salemba Medika
- Nanda internasional. 2018. *Diagnosa Keperawatan : definisi dan klaisifikasi 2018-2020(11th ed.)*. Jakarta :EGC
- Potter & Perry. 2010. *Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Jakarta : SalembaMedika

Suyono, Slamet. 2003. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi ke 3. Jakarta: Balai Penerbi FKUI

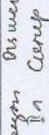


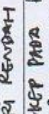
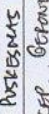


Udjianti. 2011. *Keperawatan Kardiovaskular*. Jakarta: Salemba Medika.

WHO dalam Fahratul.2012.*Indikator Masyarakat Sehat*. Perhi. 2012

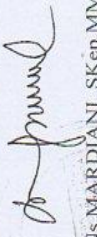
WHO.2015. *Hypertension Guideline Committee. Guidelines of the Managementof Hypertension. J Hypertension*. 2003;21(11): 1983-92

DAFTAR OPONEN DAN AUDIEN
 UJIAN PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH
 D III KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES BENGKULU

NAMA : Partiulintan Afriani
 NIM : 2021021811
 JURUSAN : D III KEPERAWATAN

NO	HARI/TANGGAL	NAMA PENYAJI	JUDUL	TANDA TANGAN KETUA PENGUJI	KETERANGAN
1.	Selasa / 18 - 6 - 2019	ELY Tasui	Askep pada klien dengan Disuntensi & Teknik Ceper Koles In Corep		OPONEN
2.	Selasa / 18 - 6 - 2019	Iman	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke di RSUD Tars		AUDIEN
3.	Selasa / 18 - 6 - 2019	Meleun	Asuhan keperawatan Nyeri pada Pasien Gastritis di RSUD Tars		OPONEN
4.	Selasa / 18 - 6 - 2019	M. Rusdi	Askep Pada Pasien Demam Hanta		AUDIEN
5.	Selasa / 18 - 6 - 2019	PONITA WATI GOLIN	Askep Pada Pasien Demam Bronkitis Di Puskesmas Tunjung Kel. Lubuk Sarai		AUDIEN
6.	Jumat / 21 - 6 - 2019	Not Riza	Askep Berorientasi Pada Lansia Dengan Anafikitis Alergik di Puskesmas Lora Pasirgul		AUDIEN
7.	Jumat / 21 - 6 - 2019	Sufurda	Askep Gerontik dan Lansia Anafikitis Rontal di Puskesmas Lubuk Sarai		AUDIEN

Ketua Prodi D III Keperawatan



Ns. MARDIANI, SKep.MM.
 NIP. 197203211995032001





KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website: www.poltekkes-kemenkes-bengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



Quality
ISO 9001:2015
SAI GLOBAL
QE 030130

Nomor : : DM. 01.04/...034.../2019
Lampiran : -
Hal : -
: **Izin Pra Penelitian**

21 Juni 2019

Yang Terhormat,
Kepala Panti Sosial Tresna Werda
di
Bengkulu

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2018/2019, maka dengan ini kami mohon kiranya Bapak/Ibu dapat memberikan rekomendasi izin pengambilan data, untuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) dimaksud.

Nama mahasiswa tersebut adalah :

Nama : Parluhutan Sitorus
NIM : PO5120218110 RPL
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gerontik Dengan Hypertensi
Di Panti Sosial Tresna Werda (PSTW) Propinsi Bengkulu

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.



Wakil Direktur Bidang Akademik,

Eliana, SKM, M.PH
NIP.196505091989032001



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website: www.poltekkes-kemenkes-bengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



Quality
ISO 9001:2015
SAS GLOBAL
CIB CAP120

22 Juli 2019

Nomor : : DM. 01.04/...1020.../2019
Lampiran : -
Hal : **Izin Penelitian**

Yang Terhormat,
Kepala DPMPTSP Provinsi Bengkulu
di
Tempat

Schubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2018/2019, maka bersama ini kami mohon Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data kepada:

Nama : Parluhutan Sitorus
NIM : P0 51202118110 RPL
Program Studi : Diploma III Keperawatan
No Handphone : 085296155830
Tempat Penelitian : Panti Sosial Tresna Werda Propinsi Bengkulu
Waktu Penelitian : 4 Hari
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gerontik Dengan Hipertensi Di Panti Sosial Tresna Werda (PSTW) Propinsi Bengkulu

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.



Eliana, SKM, M.PH
NP 196506391989032001

Tembusan disampaikan kepada:



PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
DINAS SOSIAL
PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA " PAGAR DEWA " BENGKULU
Jalan Adam Malik KM.9 Telepon : (0736) 24034

SURAT KETERANGAN
Nomor : B.1.I./45 / VIII/ PSTW/ 2019

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Panti Sosial Tresna Werdha Pagar Dewa Provinsi Bengkulu, dengan ini menerangkan bahwa saudara :

Nama : **PARLUHUTAN SITORUS**
NPM : **P0 5120218110/ RPL**
Prodi : **D III Keperawatan Akademi Politeknik Kesehatan Bengkulu**
Judul Skripsi : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gerontik Dengan Hipertensi di Panti Sosial Tresna Werdha Provinsi Bengkulu Tahun 2019**

Telah melaksanakan penelitian di Panti Sosial Tresna Werdha Pagar Dewa Provinsi Bengkulu (Dinas Sosial Provinsi Bengkulu) dari tanggal 09 Agustus s/d 16 Agustus 2019.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 19 Agustus 2019

Kepala Panti Sosial Tresna Werdha Pagar Dewa
Provinsi Bengkulu



AKSANI S.Sos
NIP. 19621212 198203 1 014



PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Jl. Batang Hari No.108 Kel.Padang Harapan, Kec.Ratu Agung, Kota Bengkulu Telp: (0736) 22044 Fax: (0736) 7342162 SMS: 0819 1935 6000
Website: www.dpmpstp.bengkuluprov.go.id / Email: dpmpstpbengkuluprov@gmail.com
BENGKULU 38223

REKOMENDASI

Nomor : 503/82.650/877/DPMPSTP-P.1/2019

TENTANG PENELITIAN

- Dasar :
1. Peraturan Gubernur Bengkulu Nomor 14 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Gubernur Bengkulu Nomor 4 Tahun 2017 tentang Pendelegasian Sebagian Kewenangan Penandatanganan Perizinan dan Non Perizinan Pemerintah Provinsi Bengkulu Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bengkulu.
 2. Surat dari Wakil Direktur Bidang Akademik Politeknik Kesehatan Bengkulu Nomor : DM.01.04/1019/2/2019, Tanggal 22 Juli 2019 Perihal Rekomendasi Penelitian. Permohonan Diterima Tanggal 26 Juli 2019 .

Nama / NPM : Parluhutan Sitorus/ P0 51202118110 RPL
Pekerjaan : ASN
Maksud : Melakukan Penelitian
Judul Proposal Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gerontik Dengan Hipertensi Di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Provinsi Bengkulu
Daerah Penelitian : Panti Sosial Tresna Werdha Provinsi Bengkulu
Waktu Penelitian/ Kegiatan : 26 Juli 2019 s/d 26 Agustus 2019
Penanggung Jawab : Wakil Direktur Bidang Akademik Politeknik Kesehatan Bengkulu

Dengan ini merekomendasikan penelitian yang akan diadakan dengan ketentuan :

- a. Sebelum melakukan penelitian harus melapor kepada Gubernur/ Bupati/ Walikota Cq. Kepala Badan/ Kepala Kantor Kesbang Pol atau sebutan lain setempat.
- b. Harus mentaati semua ketentuan Perundang-undangan yang berlaku.
- c. Selesai melakukan penelitian agar melaporkan/ menyampaikan hasil penelitian kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.
- d. Apabila masa berlaku Rekomendasi ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan penelitian belum selesai, perpanjangan Rekomendasi Penelitian harus diajukan kembali kepada instansi pemohon.
- e. Rekomendasi ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku, apabila ternyata pemegang surat rekomendasi ini tidak mentaati/ mengindahkan ketentuan-ketentuan seperti tersebut di atas.

Demikian Rekomendasi ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya



Ditetapkan di : Bengkulu
Pada tanggal : 26 Juli 2019

a.n GUBERNUR BENGKULU
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
PROVINSI BENGKULU



Ir. HENDRY POERWANTRISNO
Pembina Utama Muda
NIP.19620921 199003 1 003

Tembusan disampaikan kepada Yth.

1. Kepala Badan Kesbang Pol Provinsi Bengkulu
2. Kepala Dinas Sosial Provinsi Bengkulu
3. Wakil Direktur Bidang Akademik Politeknik Kesehatan Bengkulu
4. Yang bersangkutan

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Parluhutan Sitorus
NIM : P0 5120218110 RPL
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gerontik dengan Hipertensi
Di Panti Sosial Tresna Werda (PSTW) Provinsi Bengkulu
Tahun 2019
Pembimbing : S.Pardosi, S.Kp, S.Sos, M.Si (P.si)

No	Tanggal	Topik	saran	Paraf Pembimbing
1		Judul	Buat sesuai saran mulai dari Bab I	γ
2		BAB I,II,III	Buat sesuai saran tambahkan diagnosa gerontik sesuai kasus	γ
3		BAB I,II,III	Buat sesuai saran dan perbanyak referensi	γ
4		Revisi BAB I,II,III	ACC ujian Proposal	γ
5		Revisi BAB I,II,III	Lanjutkan ke Bab selanjutnya	γ
6		BAB IV	Buat sesuai saran lanjut bab selanjutnya	γ
7		Revisi BAB IV, V, VI	Lakukan sesuai tindakan, tambahkan pemeriksaan fisik dan pengkajian gerontik lainnya	γ
8		Revisi BAB IV, V, VI	Revisi sesuai saran dan lengkapi kesimpulan saran sesuai hasil penelitian	γ
		Revisi BAB IV, V, VI	Lengkapi semua kasus dan membuat ppt	γ
9		Revisi BAB IV, V, VI	ACC ujian Kasus	γ