

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. S DENGAN
DIAGNOSIS MEDIS HIPERTENSI DI DESA TROPODO
KOTA MOJOKERTO**



Oleh :

OKTAVIA PERMATA PUTRI WINATA, S.Kep

NIM.2030086

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

2021/2022

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. S DENGAN
DIAGNOSIS MEDIS HIPERTENSI DI DESA TROPODO
KOTA MOJOKERTO

Karya Ilmiah Akhir Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Ners (Ns.)



Oleh :

OKTAVIA PERMATA PUTRI WINATA, S.Kep
NIM.2030086

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2021/2022

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Nila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 23 Juli 2021

Penulis,



Oktavia Permata Putri Winata

NIM. 2030086

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Oktavia Permata Putri Winata
NIM : 2030086
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. S
Dengan Diagnosis Medis Hipertensi Di Desa
Tropodo Kota Mojokerto

Setelah perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns.)

Surabaya, 23 Juli 2021

Pembimbing



Yoga Kertapati, M.Kep..Sp.Kom

NIP.03042

Mengetahui,

Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Stikes Hang Tuah Surabaya



Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp. Kep. MB

NIP. 03020

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Oktavia Permata Putri Winata, S.Kep

NIM 2030086

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn.S Dengan
Diagnosis Medis Hipertensi Di Desa Tropodo Kota
Mojokerto

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (Ns.)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.

Pembimbing : **Yoga Kertapati, M.Kep.,Sp.Kom**

NIP. 03042

Penguji 1 : **Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns., M.Kep**

NIP. 03009

Penguji 2 : **Dini Mei W.S.Kep.,Ns.,M.Kep**

NIP. 03011

Mengetahui,

KA PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS

STIKES HANG TUAH SURABAYA

Nuh Huda, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.MB

NIP.03.020

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 23 Juli 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran Karya Ilmiah Akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebenar-benarnya kepada:

1. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Ners yang telah memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
3. Bapak Yoga Kertapati, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom, selaku Pembimbing yang dengan tulus bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
4. Ibu Hidayatus Sya'diyah,S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Penguji yang dengan tulus bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam

memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Ibu Dini Mei Widayanti.,S.Kep.,Ns.,M.Kep Penguji yang dengan tulus bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Mama, Ayah dan juga Adikku yang senantiasa mendoakan, memberikan semangat dan motivasi selama menempuh studi Profesi Ners dan menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Teman-teman seangkatanku yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir sehingga dapat terselesaikan, semoga hubungan pertemanan ini tetap terjalin.
8. Responden yang telah membantu dan meluangkan waktunya terima kasih atas bantuannya semoga sehat selalu.
9. Terimakasih untuk diri saya yang sudah melalui banyak rintangan dan keterbatasan semua mampu dilewati sampai tahap ini. Terimakasih sudah kuat. Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 23 Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	1
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	2
HALAMAN PERSETUJUAN	3
HALAMAN PENGESAHAN	4
KATA PENGANTAR	5
DAFTAR ISI	7
DAFTAR GAMBAR	9
DAFTAR LAMPIRAN	10
DAFTAR SINGKATAN	11
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.3.3 Manfaat Penulisan.....	4
1.3.4 Metode Penulisan.....	5
1.3.5 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Dasar lansia.....	8
2.1.1 Definisi.....	8
2.1.2 Perubahan Fisik.....	9
2.1.3 Batasan-Batasan Lansia.....	13
2.1.4 Teori Tentang Proses Menua.....	14
2.2 Konsep Hipertensi.....	18
2.2.1 Definisi Hipertensi.....	18
2.2.2 Etiologi.....	19
2.2.3 Klasifikasi.....	21
2.2.4 Patofisiologi.....	21
2.2.5 Pencegahan Hipertensi.....	22
2.2.6 Penatalaksanaan Hipertensi.....	23
2.2.7 Komplikasi.....	25
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi.....	26
2.3.1 Pengkajian Asuhan Keperawatan Hipertensi.....	26
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	32
2.3.4 Intervensi.....	32
2.3.5 Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Hipertensi.....	36
2.3.6 Evaluasi Keperawatan Hipertensi.....	36
2.4 Kerangka Masalah Hipertensi.....	36
BAB 3 TINJAUAN KASUS	38
3.1 Pengkajian.....	38
10. Diagnosa Keperawatan.....	43
11. Intervensi.....	44
12. Implementasi.....	46

13.	Evaluasi.....	48
BAB 4 PEMBAHASAN		
4.1	Pengkajian Keperawatan.....	50
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	56
4.3	Intervensi	58
4.4	Implementasi	60
4.5	Evaluasi.....	61
BAB 5 PENUTUP.....		
5.1	Kesimpulan.....	64
5.2	Saran	66
DAFTAR PUSTAKA		
		67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.5.1 Skema WOC Hipertensi.....	42
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran Tabel Kemampuan ADL	70
Lampiran Tabel Tingkat Kerusakan Intelektual	71
Lampiran Tabel Status Nutrisi	72
Lampiran Tabel Kecemasan GDS Pengkajian Depresi	73
Lampiran Tabel Fungsi sosial lansia.....	74
Dokumentsi pengkajian dan penyuluhan pada Tn.S.....	75

DAFTAR SINGKATAN

TD : Tekanan Darah

N : Nadi

RR : *Respiratory Rate*

BAB : Buang Air Besar

BAK : Buang Air Kecil

DS : Data Subjektif

DO : Data Objektif

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lansia merupakan bagian dari anggota keluarga dan anggota masyarakat yang setiap tahun bertambah jumlahnya yang sejalan dengan peningkatan usia harapan hidup. Berdasarkan hasil sensus tahun 2017 jumlah lansia di Indonesia terdapat 23,66 juta jiwa penduduk lansia Indonesia 9.03 % (Badan Pusat Statistik, 2017).

Penyakit ini menjadi salah satu masalah kesehatan utama di Indonesia maupun dunia sebab diperkirakan sekitar 80% kenaikan kasus hipertensi terutama terjadi di Negara berkembang. pada tahun 2000 terdapat 639 kasus hipertensi diperkirakan meningkat menjadi 1,15 miliar kasus di tahun 2025. Dari 31,7% prevalensi hipertensi, diketahui yang sudah memiliki tekanan darah tinggi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan adalah 7,2% dan kasus yang minum obat hipertensi 0,4%. Hal ini menunjukkan bahwa 76% masyarakat belum mengetahui telah menderita hipertensi Artinya banyak sekali kasus hipertensi tetapi sedikit sekali yang terkontrol (Adib, 2012).

Data statistik WHO (World Health Organization) melaporkan hingga tahun 2018 terdapat satu milyar orang di dunia menderita hipertensi dan diperkirakan sekitar 7,5 juta orang atau 12,8% kematian dari seluruh total kematian yang disebabkan oleh penyakit ini, tercatat 45% kematian akibat jantung koroner dan 51% akibat stroke yang juga disebabkan oleh hipertensi.

Angka kejadian hipertensi di Indonesia menurut riset Kesehatan Dasar Tahun 2017 menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi di Indonesia berdasarkan

pengukuran tekanan darah mengalami peningkatan 5,9%, dari 25,8% menjadi 31,7% dari total penduduk dewasa. Berdasarkan cakupan pelayanan kesehatan usia lanjut (>60 tahun) menurut jenis kelamin , kecamatan dan puskesmas provinsi Jawa Timur tahun 2019 sebanyak 1,4 juta lansia , 58,9 % lansia yang ada di Jawa Timur, dan di Kota Mojokerto sebanyak 4,295 lansia, dan penderita Hipertensi yang ada di Jawa Timur sebanyak 47 % , di Kota Mojokerto 37 % . terlihat bahwa penderita hipertensi pada lansia cukup banyak.

Dimana seiring bertambahnya usia terdapat berbagai macam problema kesehatan yang di alami oleh lansia dan masalah yang banyak dialami oleh lansia saat ini adalah hipertensi . Hipertensi adalah suatu keadaan ketika seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal atau peningkatan abnormal secara terus menerus lebih dari suatu periode, dengan tekanan sistolik diatas 140 mmHg dan tekanan diastolik diatas 90 mmHg. (Aspiani, 2014). Sedangkan hipertensi di Indonesia menunjukkan bahwa di daerah pedesaan masih banyak penderita hipertensi yang belum terjangkau oleh layanan kesehatan dikarenakan tidak adanya keluhan dari sebagian besar penderita hipertensi (Adriansyah, 2012). Diperkirakan ada 76% kasus hipertensi di masyarakat yang belum terdiagnosis, artinya penderitanya tidak mengetahui bahwa dirinya mengidap penyakit Hipertensi.

Penangana hipertensi dapat dilakukan secara komprehensif mencakup promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Penanganan hipertensi bertujuan agar menurunkan tekanan darah yang meliputi terapi farmakologi dan non farmakologi adalah pengelolaan hipertensi dengan pemberian obat-obatan antihipertensi. Sementara itu terapi non farmakologi pada penderita hipertensi

yaitu terapi tanpa obat yang juga dilakukan untuk menurunkan tekanan darah akibat stress dengan mengatur pola hidup sehat yaitu dengan mengurangi konsumsi asupan garam dan lemak, meningkatkan mengkonsumsi buah dan sayur, menghentikan kebiasaan merokok dan alkohol, menurunkan berat badan berlebihan, istirahat cukup, olahraga teratur serta mengelola stress. Salah satu terapi non farmakologi yang dapat digunakan bagi penderita hipertensi adalah terapi komplementer sebagai bagian dari sistem pengobatan yang lengkap, tetapi komplementer tersebut antara lain latihan akupuntur, fisioterapi, psikoterapi, yoga, meditasi, dan aromaterapi (Susanti, 2015).

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

“ Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Gerontik pada Tn. S dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Desa Tropodo Kota Mojokerto? “

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi di Desa Tropodo Kota Mojokerto.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi hasil pengkajian pada pasien dengan diagnosa Hipertensi di Desa Tropodo Kota Mojokerto.
2. Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi di Desa Tropodo Kota Mojokerto.

3. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada masing-masing diagnosa pasien dengan diagnosa medis Hipertensi di Desa Tropodo Kota Mojokerto
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi di Desa Tropodo Kota Mojokerto.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi di Desa Tropodo Kota Mojokerto.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis Hipertensi di Desa Tropodo Kota Mojokerto.

1.3.3 Manfaat Penulisan

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya ilmiah akhir secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini:

1. Secara Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan secara cepat, tepat, dan cermat, sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan pada pasien dengan diagnossis medis Hipertensi di Desa Tropodo Kota Mojokerto.

2. Secara Praktis

- a. Bagi institusi Rumah Sakit

Karya Ilmiah Akhir ini diharapkan dapat sebagai pemasukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan diagnosis Hipertensi sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Karya Ilmiah Akhir ini diharapkan dapat sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini penyakit diagnosa medis Hipertensi di Desa Tropodo Kota Mojokerto sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis gawat darurat. Selain itu, agar keluarga mampu melakukan perawatan pasien lansia diagnosa Hipertensi di Desa Tropodo Kota Mojokerto di rumah agar meminimalkan aktivitas.

c. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini diharapkan dapat sebagai bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis Hipertensi di Desa Tropodo Kota Mojokerto sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.3.4 Metode Penulisan

1. Metode

Metode yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ini adalah metode deskriptif, dimana penulis menggambarkan asuhan keperawatan pada

pasien Tn. S dengan diagnosa medis Hipertensi. Membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan meliputi 5 langkah, yaitu pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Observasi

Data diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap, dan perilaku pasien yang dapat diamati.

b. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnosa pengamatan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari pasien dan perawat memperoleh informasi yang akurat dari pasien.

b. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan, tim kesehatan lain di laboratorium dan di radiologi.

c. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan dilakukan untuk mengumpulkan teori yang mendukung asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi

1.3.5 Sistematika Penulisan

Penyusunan karya ilmiah akhir ini secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya ilmiah akhir ini, yaitu:

1. Bagian awal memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian, dan sistematika penulisan.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi uraian secara teoritis mengenai Konsep Hipertensi, Konsep Hipertensi pada lansia, Konsep Lansia, Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi, Kerangka Masalah Hipertensi.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

BAB 4 : Berisi tentang analisis masalah yang merupakan kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan.

BAB 5 : Penutup, berisi simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar lansia

2.1.1 Definisi

Usia dapat mempengaruhi konsep diri, lanjut usia akan mengalami perubahan konsep diri yang dipengaruhi oleh faktor fisik, psikologis, dukungan sosial, dan lingkungan sosial. Usia termasuk dalam salah satu bagian dari faktor fisik. Lansia yang cenderung mengalami perubahan adalah > 65 tahun, karena pada usia tersebut perubahan fisik lansia mulai berubah dan dapat dirasakan perubahannya (Yusriana, 2019)

Penuaan diartikan sebagai penurunan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri serta mempertahankan struktur dan fungsi normal secara perlahan, sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas dan tidak dapat memperbaiki kerusakan yang diderita. Proses penuaan menyebabkan gangguan di tingkat selular seiring dengan bertambahnya usia sehingga menyebabkan penurunan viabilitas sel dan dapat berakhir dengan kematian (Zalukhu et al., 2016).

Penuaan adalah akumulasi perubahan progresif seiring waktu yang berhubungan dengan peningkatan kerentanan terhadap penyakit dan kematian seiring pertambahan usia dan jumlah kerusakan akibat reaksi radikal bebas yang terus-menerus terhadap sel dan jaringan. Dengan kata lain, kerusakan struktur dan fungsi mencirikan penuaan. Kerusakan ini menyebabkan kondisi patologis dan dapat berakhir pada kematian. Penuaan ditandai dengan hilangnya integritas fisiologis yang progresif, yang memicu gangguan fungsi dan meningkatkan risiko kematian. Kemunduran fungsi ini menjadi faktor risiko utama patologi pada manusia yaitu Hipertensi (Zalukhu et al., 2016)

2.1.2 Perubahan Fisik

1. Sel jumlahnya lebih sedikit tetapi ukurannya lebih besar, berkurangnya cairan intra dan extra seluler.
2. Persyarafan :cepatnya menurun hubungan persyarafan, lambat dalam respon waktu untuk mereaksi, mengecilnya saraf panca indra sistem pendengaran , presbiakusis, atrofi membran timpani, terjadinya pengumpulan serum karena meningkatnya keratin.
3. Sistem penglihatan : pupil timbul sclerosis dan hilangnya respon terhadap sinaps, kornea lebih berbentuk spheris, lensa keruh, meningkatnya ambang pengamatan sinar, hilangnya daya akomodasi, menurunnya akomodasi pandang.
4. Sistem kardiovaskuler :katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun setelah berumur 20 tahun sehingga menyebabkan menurunnya kontraksi dan volume, kehilangan elastisitas pembuluh darah, tekanan darah meninggi.
5. Sistem respirasi :otot-otot pernafasan menjadi kaku sehingga menyebabkan menurunnya aktivitas silia. Paru kehilangan elastisitasnya sehingga kapasitas residu meningkat, nafas berat, kedalaman pernafasan menurun.
6. Sistem gastrointestinal :kehilangan gigi, sehingga menyebabkan gizi buruk, indera pengecap menurun karena adanya iritasi selaput lendir dan atrofi indera pengecap sampai 80%, kemudian hilangnya sensitivitas saraf pengecap untuk rasa manis dan asin.
7. Sistem perkemihan :ginjal mengecil dan nefron menjadi atrofi sehingga aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%, GFR menurun sampai 50%. Nilai ambang ginjal terhadap glukosa menjadi meningkat. Vesikaurinaria, otot-ototnya menjadi melemah, kapasitasnya menurun sampai 200 cc sehingga vesikaurinaria sulit

diturunkan pada pria lansia yang akan berakibat retensia urine. Pembesaran prostat, 75% dialami oleh pria diatas 55 tahun. Pada vulva terjadi atropi sedang vagina terjadiselaput lender kering, elastisitas jaringan menurun, sekres iberkurang dan menjadi alkali.

8. Sistem endokrin : pada sistem endokrin hampir semua produksi hormone menurun, sedangkan fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah, aktivitas tiroid menurun sehingga menurunkan basal metabolic rate (BMR). Produksi sel kelamin menurun seperti estrogen, dan testosterone.

2. Perubahan Mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental adalah :

Pertama-tamaperubahanfisik, khususnya organ perasa

- a. Kesehatan umum
- b. Tingkat Pendidikan
- c. Keturunan
- d. Lingkungan

Kenangan (memori) ada2 :

- a. Kenangan jangka Panjang :berjam-jam sampa berhari-hari yang lalu
- b. Kenangan jangka pendek : 0-10 menit, kenanganburuk

Intelegentiaquestion :

- a. Tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal
- b. Berkurangnya penampilan, persepsi dan ketrampilan psikomotor terjadi perubahan pada daya membayangkan, karena tekanan-tekanan dari faktor waktu

3. Perubahan Psikososial

- a. Pensiun :nilai seorang diukur oleh produktifitasnya, identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan
- b. Merasakan atau sadara kankematian
- c. Perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit

Masalah-Masalah yang Sering Terjadi Pada LanjutLansia

1. Masalah Gizi

a. Gizi berlebihan

Kebiasaan makanan banyak pada waktu muda menyebabkan berat badan berlebihan, apalagi pada lanjut usia penggunaan kalori berkurang karena kekurangannya aktivitas fisik. Kebiasaan makan tersebut sulit diubah walaupun disadari untuk mengurangi makan.

Kegemukan merupakan salah satu pencetus berbagai ipenyakit, misalnya penyakit jantung, diabetes mellitus, penyempitan pembuluh darah, dan tekanan darah tinggi.

b. Gizi kurang

Gizi kurang sering disebabkan oleh masalah-masalah sosial ekonomi dan juga karena gangguan penyakit. Bila dikonsumsi kalori terlalu rendah dari yang dibutuhkan menyebabkanberat badan berkurang dari normal. Apabila hal ini disertai idengan kekurangan protein menyebabkan kerusakan-kerusakans el yang tidak dapat diperbaiki, akibatnya rambutrontok, daya tahan terhadap penyakit menurun kemungkinan akan mudah kena infeksi pada organ-organ tubuh yang vital.

c. Kekurangan vitamin

Bila konsumsi buah dan sayur-sayuran dalam makann kurang, apabila ditambah dengan kekurangan protein dalam makanan, akibatnya nafsu makan berkurang, penglihatan menurun, kulit kering, lesu, dan tidak semangat.

2. Risiko Cidera (Jatuh)

Jatuh akan menyebabkan cedera jaringan lunak bahkan fraktur pangkal paha atau pergelangan tangan. Keadaan tersebut menyebabkan nyeri dan immobilisasi dengan segala akibatnya. Banyak fakto rresiko yang dapat diidentifikasi sertatidak sediki thal-hal yang dapat dimodifikasi agar jatuh tidak terjadi/tidakterulang.

3. Immobilisasi

Immobilisasi atau berbaring terus ditempat tidur dapat menimbulkan arofiotot, dekubitus dan malnutrisi serta pneumonia. Faktor resiko :Osteoarthritis, fraktur, stroke, demensia, vertigo, PPOK, hipotyroid, gangguan penglihatan, hipotensi, postural, anemia, nyeri, lemahotot, keterbatasan ruang lingkup gerak sendi, dan sesak nafas.

4. Hipertensi

Dari banyak penelitian epidemiologi didapatkan bahwa dengan meningkatnya umur dan tekanan darah meninggi. Hipertensi menjadi masalah pada lanjut usia karena sering ditemukan dan menjadi faktor utama stroke, payah jantung, dan penyakit jantung coroner. Lebih dari separuh kematian diatas usia 60 tahun disebabkan oleh penyakitjantung dan serebrovaskuler.

Secara nyata kematian karena kelainan ini, morbiditas penyakit kardiovaskuler menurun dengan pengobatan hipertensi. Hipertensi pada lanjut usia dibedakanatas :

- a. Hipertensi pada tekanan sistolik sama atau lebih besardari 140 mmHg dan atau tekanan diastolic sama atau lebih dari 90 mmHg
- b. Hipertensi sistolikterisolasi :tekanan sistolik lebih besar dari 190 mmHg dan tekanan diastolic lebih rendah dari 90mmHg

Karakteristik penyakit pada lansia

- a. Saling berhubungan satu sama lain
- b. Penyakit sering multiple
- c. Berkembang secara perlahan
- d. Gejala sering tidak jelas
- e. Sering Bersama-sama problem psikologis dan social
- f. Lansia sangat peka terhadap penyakit infeksi akut
- g. Sering terjadi penyakit iatrogenic (penyakit yang disebabkan oleh konsumsiobat yang tidaksesuaidengandosis)

2.1.3 Batasan-Batasan Lansia

1. Menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 Bab 1 Pasal 1 ayat 2 yang berbunyi “Lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 (enam puluh) tahun keatas”.
2. Menurut *World Health Organization* (WHO), usia lanjut dibagi menjadi empat kriteria yaitu: usia pertengahan (middle age) ialah 45-49 tahun, lanjut usia (elderly) ialah 60-74 tahun, lanjut usia tua (old) ialah 75-90 tahun, usia sangat tua (very old) ialah di atas 90 tahun
3. Menurut Dra. Jos Masdani (Psikologi UI) terdapat empat fase yaitu: pertama (fase inventus) ialah 25-40 tahun, kedua (fase virilities) ialah 40-55 tahun, ketiga (fase presenium) ialah 55-65 tahun, keempat (fase senium) ialah 65 hingga tutup usia.

4. Menurut Prof. Dr. Koesoemato Setyonegoro masa lanjut usia (geriatric age): > 65 tahun atau 70 tahun. Masa lanjut usia (geriatric age) itu sendiri menjadi tiga batasan umur, yaitu young old (70-75 tahun), old (75-80 tahun), dan very old (> 80 tahun)(Rachman, 2018)

Menurut Departemen Kesehatan RI (Syah'diyah, 2018) mengklasifikasikan lanjut usia sebagai berikut:

1. Pralansia(prasenilis)
Seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.
2. Lansia
Seseorang yang berusia 6 tahun atau lebih
3. Lansia Risiko Tinggi
Seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih/sesorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan
4. Lansia potensial
Lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan/atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa
5. Lansia tidak potensial
Lansia yang tidak berdaya mencari nafkah,sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

2.1.4 Teori Tentang Proses Menua

Menurut (SYA'DIYAH, 2018) berikut teori-teori mengenai proses menua

1. Teori Biologik
 - a. Teori Genetik dan Mutasi

Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang deprogram oleh molekul/DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi. Teori ini menyatakan bahwa proses menua terjadi akibat adanya program jam genetic didalam nuclei. Jam ini akan berputar dalam jangka waktu tertentu dan jika jam ini sudah habis putaranya maka, akan menyebabkan berhentinya proses mitosis. Hal penting lainnya yang perlu diperhatikan dalam menganalisis faktor-faktor penyebab terjadinya proses menua adalah faktor lingkungan yang menyebabkan terjadinya mutasi somatic.

b. Pemakaian dan Rusak

Kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel-sel tubuh lelah

c. Autoimun

Pada proses metabolisme tubuh, suatu saat di produksi suatu zat khusus. Pada jaringan tubuh tertentu yang tidak tahan terhadap zat tersebut sehingga jaringan tubuh menjadi lemah dan mati.

Proses menua dapat terjadi akibat perubahan protein pasca translasi yang dapat mengakibatkan berkurangnya kemampuan sistem imun tubuh mengenali dirinya sendiri. Hal ini dibuktikan dengan makin bertambahnya prevalensi auto antibody pada lansia. Di pihak lain sistem imun tubuh sendiri daya pertahanannya mengalami penurunan pada proses menua, daya serangnya terhadap antigen menjadi menurun, sehingga sel-sel patologis meningkat sesuai dengan meningkatnya umur,

d. Teori Stres

Menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang bisa digunakan. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal dan stress menyebabkan sel-sel tubuh lelah dipakai.

e. Teori Radikal Bebas

Tidak stabilnya radikal bebas mengakibatkan oksidasi-oksidasi bahan-bahan organik seperti karbohidrat dan protein. Radikal ini menyebabkan sel-sel tidak dapat regenerasi. Penuaan dapat terjadi akibat interaksi dari komponen radikal bebas dalam tubuh manusia. Radikal bebas dapat berupa Superoksida (O_2^-), Radikal Hidroksil (OH) dan peroksida Hidrogen (H_2O_2). Radikal bebas sangat merusak karena sangat reaktif, sehingga dapat bereaksi dengan DNA, protein, dan asam lemak tak jenuh.

2. Teori sosial

a. Teori Aktifitas

Lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial.

b. Teori Pembebasan

Dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas. Sehingga terjadi kehilangan ganda yakni:

- a) Kehilangan peran
- b) Hambatan kontrol sosial
- c) Berkurangnya komitmen

c. Teori Kesenambungan

Teori ini menggunakan adanya kesinambungan dalam siklus kehidupan lansia. Dengan demikian pengalaman hidup seseorang pada suatu saat merupakan gambarannya kelak pada saat ini menjadi lansia.

d. Teori Psikologi

a) Teori kebutuhan Manusia menurut Hirarki Maslow

Menurut teori ini, setiap individu memiliki hirarki dari dalam diri, kebutuhan yang memotivasi seluruh perilaku manusia. Kebutuhan ini memiliki urutan prioritas yang berbeda. Ketika kebutuhan dasar manusia sudah terpenuhi, mereka berusaha menemukannya pada tingkat selanjutnya sampai urutan yang paling tinggi dari kebutuhan tersebut tercapai.

b) Teori Individual Jung

Carl Jung (1960) menyusun sebuah teori perkembangan kepribadian dari seluruh fase kehidupan yaitu mulai dari masa kanak-kanak, masa muda dan masa dewasa muda, usia pertengahan sampai lansia. Kepribadian individu terdiri dari ego, ketidaksadaran seseorang dan ketidaksadaran bersama. Menurut teori ini kepribadian digambarkan terhadap dunia luar atau ke arah subyektif. Pengalaman-pengalaman dari dalam diri (introvert). Keseimbangan antara kekuatan ini dapat dilihat pada setiap individu, dan merupakan hal yang paling penting bagi kesehatan mental.

Lanjut usia juga mengalami perubahan dalam minat. Pertama minat terhadap diri makin bertambah. Kedua minat terhadap penampilan semakin berkurang. Ketiga minat terhadap uang semakin meningkat, terakhir minat terhadap kegiatan rekreasi tak berubah hanya cenderung menyempit. Untuk itu diperlukan motivasi yang tinggi padandiri lansia untuk selalu menjaga kebugaran fisiknya agar tetap sehat secara fisik. Motivasi tersebut diperlukan untuk melakukan latihan fisik secara benar dan teratur untuk meningkatkan kebugaran fisiknya.

Dalam menghadapi perubahan tersebut diperlukan penyesuaian. Ciri-ciri penyesuaian yang tidak baik dari lansia (Hurlock, 1979) dikutip oleh Munandar (1994) adalah:

- a. Minat sempit terhadap kejadian di lingkungannya
- b. Penarikan diri ke dalam dunia fantasi
- c. Selalu mengingat kembali masa lalu
- d. Selalu khawatir karena pengangguran
- e. Kurang ada motivasi
- f. Rasa kesendirian karena hubungan dengan keluarga kurang baik
- g. Tempat tinggal yang tidak diinginkan

2.2 Konsep Hipertensi

2.2.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah suatu keadaan ketika seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal atau peningkatan abnormal secara terus menerus lebih dari suatu periode, dengan tekanan sistolik diatas 140 mmHg dan tekanan diastolik diatas 90mmHg. (Aspiani, 2014)

Menurut *World Health Organization* (WHO) batas tekanan darah yang masih dianggap normal adalah <130/85 mmHg. Bila tekanan darah sudah >140/90 mmHg dinyatakan hipertensi(Kusumawaty et al., 2016). Hipertensi adalah suatu keadaan dimana tekanan sistol dan diastol mengalami kenaikan yang melebihi batas normal tekanan (tekanan sistol diatas 140 mmHg dan diastol diatas 90 mmHg) (Iswahyuni, 2017). Tekanan darah persistem dimana tekanan sistoliknya 140 mmHg dan tekanan diastoliknya di aats 90 mmHg dan diklasifikasikan sesuai derajat keparahanya, mempunyai rentang dan tekanan darah normal,tinggi sampai hipertensi maligna (Syah'diyah, 2018)

Menurut jurnal (Agustina volume 2) Seorang lansia disebut memiliki tekanan darah tinggi atau hipertensi apabila tekanan darahnya mencapai angka lebih dari 140/90 mmHg, sedangkan tekanan darah rendah atau hipotensi apabila tekanan darah lansia di bawah 90/60 mmHg. Ketika mencapai usia di atas 60 tahun, tekanan darah seorang lansia

akan cenderung mulai meningkat. Tekanan darah yang tinggi pada lansia bisa saja tidak menimbulkan gejala. Namun, para lansia atau keluarga yang merawatnya perlu waspada apabila lansia memiliki hipertensi disertai gejala pusing, lemas, nyeri dada, sesak napas, penurunan kesadaran, pingsan, dan kelemahan anggota gerak tubuh. Hal tersebut bisa jadi menandakan bahwa lansia mengalami komplikasi hipertensi.

Hipertensi pada lansia dikaitkan dengan proses penuaan yang terjadi pada tubuh. Semakin bertambah usia seseorang, tekanan darah juga semakin meningkat. Meskipun proses penuaan memang sesuatu yang alami, lansia dengan hipertensi tetap berisiko mengalami komplikasi penyakit yang lebih serius. Seperti stroke, kerusakan ginjal, penyakit jantung,

2.2.2 Etiologi

Berikut etiologi hipertensi menurut (syah'diyah, 2018)

1. Hipertensi Essensial/Primer

Faktor yang mempengaruhi seperti:

- a. Lingkungan
- b. Hiperaktivitas susunan syaraf simpatik
- c. Peningkatan natrium
- d. Obesitas
- e. Alkohol
- f. Merokok
- g. Stres dan emosional

2. Hipertensi Sekunder/Renal

Penyakit yang merupakan hipertensi antara lain:

- a. Penyakit ginjal

- b. Hiperaldosteronisme
- c. Sindroma cushing
- d. Hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan
- e. Penyakit jantung
- f. Penyakit endokrin

Faktor Resiko:

- a. Usia dan riwayat keluarga
- b. Ras dan seks
- c. Intake tinggi garam
- d. Stress
- e. Penggunaan obat-obat kontrasepsi oral

3. Kebiasaan Hidup

Kebiasaan Hidup yang sering menyebabkan hipertensi adalah:

- a. Konsumsi garam yang tinggi, dari statistic diketahui bahwa suku bangsa atau penduduk dengan konsumsi garam rendah jarang menderita hipertensi. Dari dunia kedokteran juga telah dibuktikan bahwa ,pembatasan garam dan pengeluaran garam/natrium oleh obat diuretic akan menurunkan tekanan darah lebih lanjut.
- b. Kegemukan atau makan berlebihan : dari penelitian kesehatan terbukti ada hubungan antara kegemukan dan hipertensi. Meskipun mekanisme bagaimana kegemukan mwnimbulkan hipertensi masih belum jelas,tetapi sudah terbukti penurunan berat badan dapat menurunkan tekanan darah.
- c. Stres dan ketegangan jiwa: sudah lama diketahui bahwa ketegangan jiwa seperti rasa tertekan,murung ,rasa marah, dendam rasa takut , rasa

bersalah dapat merangsang kelenjar anak ginjal melepaskan hormone adrenalin dan memacu jantung berdenyut lebih cepat serta lebih kuat ,sehingga tekanan darah akan meningkat

- d. Pengaruh lain yang dapat menyebabkan naiknya tekanan darah adalah sebagai berikut: merokok: karena merangsang sistenm adrenergik dan meningkatkan tekanan darah;minum aalkohol,minum obat-obatan, misal: ephedrine, Prednison, epinefrin.

2.2.3 Klasifikasi

Klasifikasi	Tekanan Sistolik	Tekanan Diastolik
Normal	<120	<80
Prehipertensi	120-130	80-89
Hipertensi Stage I	140-150	90-99
Hipertensi Stage II	>150	>100

Hipertensi pada usia lanjut dibedakan atas (Darmojo, 1977 dalam Putra 2019):

- 1 Hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan / atau tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg.
- 2 Hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan sistolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg.

Klasifikasi hipertensi berdasarkan penyebabnya dapat dibedakan menjadi 2 golongan besar yaitu :

- a. Hipertensi essensial (hipertensi primer) yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya.
- b. Hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang di sebabkan oleh penyakit lain.

2.2.4 Patofisiologi

Sejumlah mekanisme fisiologis terlibat dalam pengaturan tekanan darah, dan gangguan mekanisme ini mungkin memainkan peran kunci terjadinya hipertensi. Di antara faktor- faktor lain, seperti faktor genetik, aktivasi sistem saraf simpatik/sympathetic

nervous system (SNS) dan sistem reninangiotensin- aldosteron, asupan garam berlebih serta gangguan antara vasokonstriktor dan vasodilator telah terlibat dalam patofisiologi hipertensi. Walaupun peran faktor di atas dalam patogenesis hipertensi telah diketahui, keterlibatan faktor-faktor ini dalam menyebabkan hipertensi belum begitu diketahui secara menyeluruh.

Faktor prediktor terkuat kurangnya kontrol tekanan darah adalah usia tua, tekanan darah awal yang tinggi, obesitas, konsumsi garam berlebihan dan penyakit keturunan. Telah diketahui hubungan antara penuaan , sejumlah penelitian menunjukkan bahwa seluruh aktivitas saraf simpatik tubuh meningkat dengan penuaan dan indeks aktivitas simpatis terutama muscle sympathetic nerve activity lebih terkait dengan tekanan darah pada orang tua (Rampengan, 2015)

2.2.5 Pencegahan Hipertensi

Usaha pencegahan juga bermanfaat bagi penderita hipertensi agar penyakitnya tidak menjadi lebih parah, tentunya harus disertai pemakaian obat-obattan yang harus ditentukan oleh dokter. Agar terhindar dari komplikasi fatal hipertensi,harus diambil tindakan pencegahan yang baik antara lain dengan cara sebagai berikut Menurut (Syah'diyah, 2018):

1. Mengurangi konsumsi garam
2. Menghindari kegemukan
3. Membatasi konsumsi lemak
4. Olahraga teratur
5. Makan banyak sayur segar
6. Tidak merokok dan tidak minum alkohol
7. Latihan relaksasi atau meditasi

8. Berusaha membina hidup yang positif

Penatalaksanaan Hipertensi diawali dengan identifikasi dan modifikasi faktor gaya hidup, memastikan kepatuhan pengobatan, menghentikan obat-obatan yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah, mengobati penyebab sekunder dari hipertensi, dan penggunaan obat-obatan yang efektif untuk mengendalikan tekanan darah. Diet rendah garam, olahraga teratur, penurunan berat badan, mengurangi asupan alkohol, dan berhenti merokok harus secara rutin dianjurkan dan obat-obatan antihipertensi harus diresepkan pada dosis toleransi maksimum (Rampengan, 2015).

2.2.6 Penatalaksanaan Hipertensi

Pengelolaan hipertensi bertujuan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi kardiovaskuler yang berhubungan dengan pencapaian dan pemeliharaan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg.

Prinsip pengelolaan penyakit hipertensi meliputi.

1. Terapi tanpa Obat

Terapi tanpa obat digunakan sebagai tindakan untuk hipertensi ringan dan sebagai tindakan suportif pada hipertensi sedang dan berat. Terapi tanpa obat ini meliputi :

a. Diet

Diet yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah :

1. Restriksi garam secara moderat dari 10 gr/hr menjadi 5 gr/hr
2. Diet rendah kolesterol dan rendah asam lemak jenuh
3. Penurunan berat badan
4. Penurunan asupan etanol
5. Menghentikan merokok

b. Latihan Fisik

Latihan fisik atau olah raga yang teratur dan terarah yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah olah raga yang mempunyai empat prinsip yaitu: Macam olah raga yaitu isotonis dan dinamis seperti lari, jogging, bersepeda, berenang dan lain-lain.

Intensitas olah raga yang baik antara 60-80 % dari kapasitas aerobik atau 72-87 % dari denyut nadi maksimal yang disebut zona latihan. Lamanya latihan berkisar antara 20 – 25 menit berada dalam zona latihan Frekuensi latihan sebaiknya 3 x perminggu dan paling baik 5 x perminggu.

c. Edukasi Psikologis

Pemberian edukasi psikologis untuk penderita hipertensi meliputi :

1) Tehnik Biofeedback

Biofeedback adalah suatu tehnik yang dipakai untuk menunjukkan pada subyek tanda-tanda mengenai keadaan tubuh yang secara sadar oleh subyek dianggap tidak normal.

Penerapan biofeedback terutama dipakai untuk mengatasi gangguan somatik seperti nyeri kepala dan migrain, juga untuk gangguan psikologis seperti kecemasan dan ketegangan.

2) Tehnik relaksasi

Relaksasi adalah suatu prosedur atau tehnik yang bertujuan untuk mengurangi ketegangan atau kecemasan, dengan cara melatih penderita untuk dapat belajar membuat otot-otot dalam tubuh menjadi rileks

3) Pendidikan Kesehatan (Penyuluhan)

Tujuan pendidikan kesehatan yaitu untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang penyakit hipertensi dan pengelolaannya sehingga pasien dapat

mempertahankan hidupnya dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

2.2.7 Komplikasi

Menurut (Yonata & Satria, 2016) Hipertensi seringkali tidak menimbulkan gejala khas, apabila hipertensi tidak dikontrol dan ditangani dengan tepat maka akan menimbulkan berbagai komplikasi yang dapat mengancam kehidupan penderitanya, salah satu diantaranya ialah stroke. Stroke didefinisikan sebagai suatu gangguan disfungsi neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah, dan terjadi secara mendadak dengan gejala-gejala dan tanda-tanda yang sesuai dengan daerah fokal otak yang terganggu. Pada hipertensi terjadi beberapa gangguan fisiologis yang dapat memicu terjadinya komplikasi berupa stroke.

Menurut (Syah'diyah, 2018) komplikasi yang dapat timbul bila hipertensi tidak terkontrol adalah:

1. Krisis hipertensi
2. Penyakit jantung dan pembuluh darah: penyakit jantung koroner dan penyakit jantung hipertensi adalah dua bentuk utama penyakit jantung yang timbul pada penderita hipertensi
3. Penyakit jantung cerebrovaskuler: hipertensi adalah faktor resiko paling penting untuk timbulnya stroke
4. Ensefalopati hipertensi yaitu sindroma yang ditandai dengan perubahan neurologis mendadak atau sub akut yang timbul sebagai akibat tekanan arteri yang meningkat dan kembali normal apabila tekanan darah diturunkan.
5. Nefrosklerosis karena hipertensi
6. Retinopati hipertensi.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi

2.3.1 Pengkajian Asuhan Keperawatan Hipertensi

I. Pengkajian

a. pengumpulan data

a. Identitas

Nama, umur, agama, jenis kelamin, tanggal masuk dan penanggung jawab.

b. Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah klien pernah mengalami sakit yang sangat berat.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Beberapa hal yang harus diungkapkan pada setiap gejala yaitu sakit kepala, kelelahan, pundak terasa berat.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah keluarga pernah mengalami penyakit yang sama.

d. Aktivitas / istirahat

1. Gejala: kelelahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton.

2. Tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, dan takipnea.

e. Sirkulasi

1. Gejala: riwayat penyakit, aterosklerosis, penyakit jantung koroner, dan penyakit serebrovaskuler. Dijumpai pula episode palpitasi.

2. Tanda : Kenaikan TD (pengukuran serial dari tekanan darah) diperlukan untuk menegakkan diagnosis. Hipertensi postural mungkin berhubungan dengan regimen obat.

f. Integritas Ego

1. Gejala : riwayat kepribadian, ansietas, faktor stress multiple (hubungan keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan)
2. Tanda : letupan suasana hati, gelisah, penyempitan continue perhatian, tangisan meledak, otot muka tegang, pernapasan menghela, peningkatan pola bicara.

g. Eliminasi

1. Gejala : adanya gangguan ginjal saat ini atau atau riwayat penyakit ginjal pada masa lalu.

h. Makanan/cairan

1. Gejala : makanan yang disukai dapat mencakup makanan tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol (seperti makanan yang di goreng, keju, telur), gula-gula yang berwarna hitam, dan kandungan tinggi kalori, mual, muntah dan perubahan BB meningkat / turun, riwayat penggunaan obat diuretik.

i. Neurosensori

Gejala : keluhan pusing, berdenyut, sakit kepala suboksipita (terjadinya saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam, gangguan penglihatan (diplobia, penglihatan kabur, epistaxis).

j. Nyeri / ketidaknyamanan

Gejala : Angina (penyakit arteri koroner / keterlibatan jantung), sakit kepala oksipital berat, seperti yang pernah terjadi sebelumnya.

k. Pernapasan

1. Gejala: dispnea yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja. Takipnea, orthopnea, dispnea, batuk dengan atau tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok.

2. Tanda : distress respirasi atau penggunaan otot aksesori pernapasan, bunyi nafas tambahan (krakles / mengi), sianosis

1. Keamanan

Gejala : gangguan koordinasi / cara berjalan, hipotensi postural.

2. Pola fungsi kesehatan

1. Pola *persepsi* dan tata laksana hidup sehat

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan, dan penanganan kesehatan

2. Pola nutrisi

Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan, dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, *diet*, kesulitan menelan, mual/muntah, dan makanan kesehatan

3. Pola eliminasi

Menjelaskan pola fungsi *eksresi*, kandung kemih, defekasi, ada tidaknya masalah *defekasi*, masalah nutrisi, dan penggunaan kateter.

4. Pola tidur dan istirahat

Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan persepsi terhadap energy, jumlah tidur pada siang dan malam, masalah tidur, dan *insomnia*

5. Pola aktivitas dan istirahat

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernafasan, dan *sirkulasi*. Riwayat penyakit jantung, *frekuensi*, irama, dan kedalaman pernafasan.

6. Pola hubungan dan peran

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaan, tidak punya rumah, dan masalah keuangan.

7. Pola *sensori* dan *kognitif*

Menjelaskan *persepsi sensori* dan *kognitif*, pola persepsi sensori meliputi pengkajian penglihatan, pendengaran, perasaan, dan pembau. Pada klien katarak dapat ditemukan gejala gangguan penglihatan *perifer*, kesulitan memfokuskan kerja dengan merasa diruang gelap. Sedangkan tandanya adalah tampak kecoklatan atau putih susu pada *pupil*, peningkatan air mata.

8. Pola *persepsi* dan konsep diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan *persepsi* terhadap kemampuan konsep diri. Konsep diri menggambarkan gambaran harga diri, peran, identitas diri. Manusia sebagai sistem terbuka makhluk bio-psiko-sosio- kultural-spiritual, kecemasan, ketakutan, dan dampak terhadap sakit. Pengkajian tingkat depresi menggunakan Tabel *Inventaris Depresi Beck*

9. Pola seksual dan reproduksi

Menggambarkan kepuasan/masalah terhadap seksualitas.

10. Pola *mekanisme*/penanggulangan *stress* dan koping Menggambarkan kemampuan untuk menangani *stress*

11. Pola tata nilai dan kepercayaan

Menggambarkan dan menjelaskan pola, nilai keyakinan termasuk *spiritual* (Aspiani, 2014).

II. Pemeriksaan Diagnostik

1. Hemoglobin / hematocrit

Untuk mengkaji hubungan dari sel–sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan factor–factor resiko seperti hiperkoagulabilitas, anemia.

2. BU

Memberikan informasi tentang perfusi ginjal Glukosa Hiperglikemi (diabetes mellitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh peningkatan katekolamin (meningkatkan hipertensi)

3. Kalium serum

Hipokalemia dapat megindikasikan adanya aldosteron utama (penyebab) atau menjadi efek samping terapi diuretik.

4. Kalsium serum

Peningkatan kadar kalsium serum dapat menyebabkan hipertensi\

5. Kolesterol dan trigliserid serum

Peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus untuk / adanya pembentukan plak ateromatosa (efek kardiovaskuler)

6. Pemeriksaan tiroid

Hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi

7. Kadar aldosteron urin/serum

Untuk mengkaji aldosteronisme primer (penyebab)

8. Urinalisa

Darah, protein, glukosa mengisyaratkan disfungsi ginjal dan atau adanya diabetes.

9. Asam urat

Hiperurisemia telah menjadi implikasi faktor resiko hipertensi

10. Steroid urin

Kenaikan dapat mengindikasikan hiperadrenalisisme

11. IVP

Dapat mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti penyakit parenkim ginjal, batu ginjal / ureter

12. Foto dada

Menunjukkan obstruksi kalsifikasi pada area katub, pembesaran jantung

13. CT scan

Untuk mengkaji tumor serebral, ensefalopati

14. EKG

Dapat menunjukkan pembesaran jantung, pola regangan, gangguan konduksi, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2016)

- 1 Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah SDKI D.009
Kategori Fisiologis Sub Kategori Sirkulasi
- 2 Pola napas tidak efektif b.d Hambatan upaya napas SDKI D.0005 Kategori Fisiologis Sub kategori sirkulasi
- 3 Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik SDKI D.0077 Kategori Psikologis Sub Kategori Nyeri dan Kenyamanan
- 4 Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan SDKI D.0056 Kategori Fisiologis Sub Kategori Aktivitas/Istirahat
- 5 Defisit Pengetahuan b.d Kurang terpapar informasi SDKI D.0111 Kategori Perilaku Sub Kategori Penyuluhan dan Pembelajaran

2.3.4 Intervensi

1. Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah

Perawatan Sirkulasi

Observasi :

1. Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, kapiler, warna, suhu)
2. Identifikasi faktor gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua)
3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstremitas

Terapeutik:

1. Hindari pemasangan infuse atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
2. Lakukan pencegahan infeksi
3. Lakukan perawatan kaki dan kuku

Edukasi :

1. Anjurkan berolahraga rutin(mis:berjalan kaki 20 langkah)
2. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
3. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi

Kriteria Hasil:

1. Mempertahankan tekanan darah dalam rentang yang dapat diterima
2. Memerlihatkan irama dan frekuensi jantung stabil dan normal
2. Pola napas tidak efektif b.d Hambatan upaya napas

Observasi:

1. Monitor pola napas
2. Monitor bunyi napas
3. Monitor sputum

Terapeutik:

1. Posisikan semi fowler
2. Lakukan fisioterapi dada jika perlu

3. Berikan minuman hangat

Edukasi

1. Ajarkan teknik batuk efektif

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, eskpetoran, jika perlu

Kriteria hasil:

1. Mempertahankan pola napas yang efektif

3. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik

Observasi:

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Terapeutik:

1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: hipnosis, terapi musik)
2. Fasilitasi istirahat tidur

Edukasi

1. Jelaskan strategi meredakan nyeri
2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu

Kriteria Hasil:

1. Melaporkan nyeri/ketidaknyamanan terkontrol

4. Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan

Observasi

1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
2. Monitor kelelahan fisik dan emosional
3. Monitor pola tidur

Terapeutik

1. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
2. Berikan aktivitas distraksi yang nyaman
3. Sediakan lingkungan yang nyaman

Kolaborasi

1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Kriteria Hasil:

1. Berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan/diperlukan

5. Defisit Pengetahuan b.d Kurang terpapar informasi

Observasi:

1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi

Terapeutik:

1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
3. Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

Kriteria Hasil :

1. Pengetahuan meningkat

2.3.5 Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Hipertensi

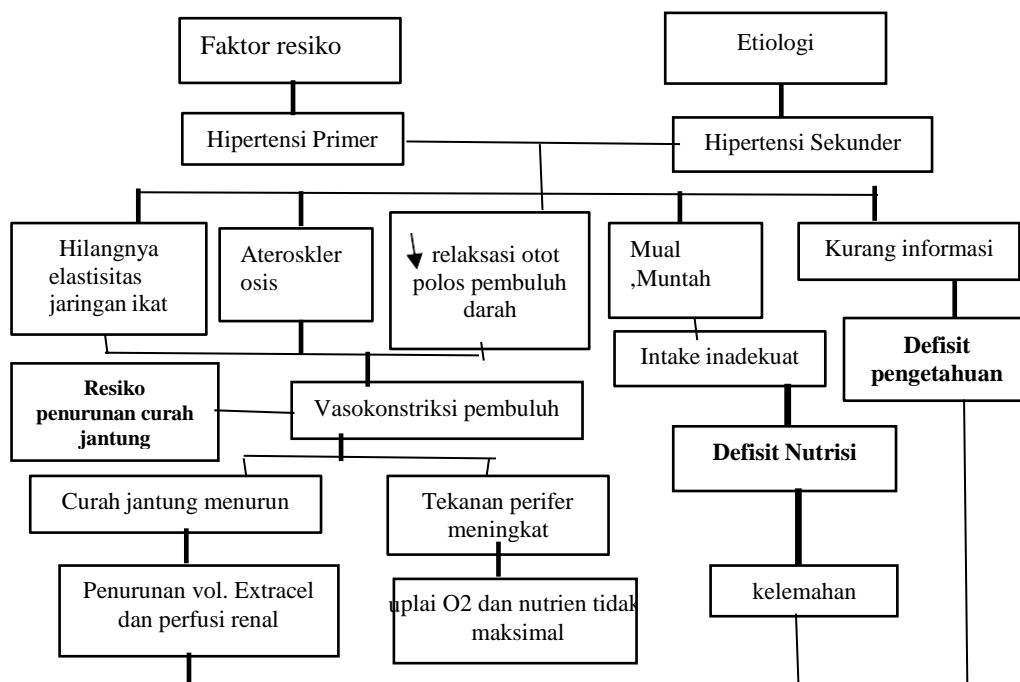
Dari hasil intervensi yang telah tertulis implementasi / pelaksanaan yang dilakukan disesuaikan dengan keadaan pasien dirumah/dirumah sakit.

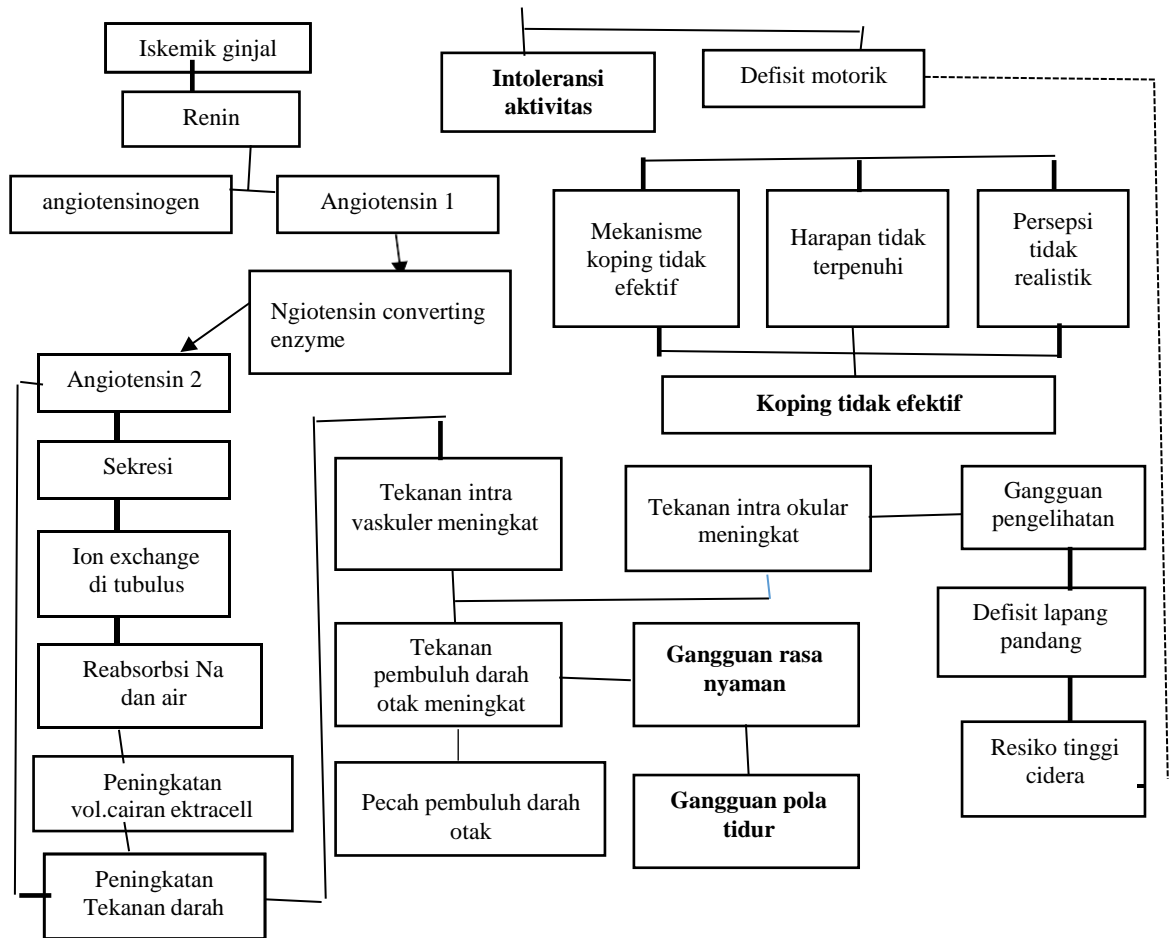
2.3.6 Evaluasi Keperawatan Hipertensi

1. Evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang keresahan klien dengan berdasar tujuan yang telah ditetapkan.
2. Dalam evaluasi tujuan tersebut terdapat 3 alternatif yaitu tujuan tercapai, tujuan tercapai sebagian, tujuan tidak tercapai.

2.4 Kerangka Masalah Hipertensi

Gambar 2.5.1 Skema WOC Hipertensi (Smeltzer & Bare,2008)





BAB 3
TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

A. DATA UMUM

Tanggal Pengkajian : 10 November 2020

1 IDENTITAS :

. KLIEN

Nama : Tn.S
Umur : 77 tahun
Agama : Islam
Alamat asal : Desa Tropodo , Kota Mojokerto
Suku : Jawa
Tingkat Pendidikan : SD
Status : Duda
Sumber Pendapatan : Pensiunan PNS
Riwayat Pekerjaan : Pegawai KAI

2 DATA :

. KELUARGA

Nama : Tn. A
Hubungan : Anak
Pekerjaan : Sopir
Alamat : Desa Tropodo , Kota Mojokerto

3 STATUS KESEHATAN SEKARANG :

.

Keluhan utama : Pasien mengatakan badannya terasa lelah dan pusing

Keluhan 3 bulan terakhir : Pasien mengatakan kepalanya sering pusing.

Riwayat Penyakit : Hipertensi

Pengetahuan, usaha yang dilakukan untuk mengatasi keluhan: jika pusing pasien istirahat tidur

Obat-obatan : Pasien mengatakan tidak meminum obat hipertensi, hanya jika sakit parah pasien mau minum obat dari dokter.

Riwayat Alergi : Pasien mengatakan tidak ada alergi obat ataupun makanan

4. Pemeriksaan Fisik

- a. **Kondisi umum** : pasien mengatakan mudah lelah saat melakukan aktivitas dan setelah melakukan aktivitas.
- b. **Integumen** : tidak terdapat lesi/luka, tidak terjadi perubahan pigmen, tidak memar dan tidak lembab, kulit Tn.S cenderung kering.
- c. **Hematopoetic** : tidak ada pendarahan, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, Tn.S tidak anemia. Tidak ada masalah pada hematoepic psien.
- d. **Kepala** : Pasien mengatakan sakit kepala dan pusing saat sulit tidur, bangun tidur, dan setelah makan daging kambing.
- e. **Mata** : pada mata Tn.S terjadi perubahan penglihatan (kabur) , konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik (tidak kuning), Tn.S tidak memakai kacamata, tidak ada nyeri, gatal, atau infeksi pada mata.
- f. **Telinga** : tidak terjadi penurunan pendengaran, tinitus, vertigo, Tn.S tidak memakai alat bantu pendengaran, tidak ada riwayat infeksi, dan Tn. S rutin membersihkan telinganya.
- g. **Hidung** : tidak terdapat sinusitis , penciuman normal dan bentuk hidung simetris. Klien mengatakan tidak ada masalah dengan penciumannya dan dapat mencium bau dengan normal
- h. **Mulut dan tenggorokan** : tidak terdapat nyeri telan , Klien mengatakan kesulitan menggigit dan mengunyah makanan yang bertekstur keras

karena beberapa gigi geraham yang sudah tanggal, mukosa lembab terdapat caries gigi, tidak ada gigi palsu, tidak ada lesi, klien sikat gigi 2 kali sehari

- i. Leher :** Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid saat dikaji dan tidak ada nyeri tekan.
- j. Pernafasan :** Tn.S tidak batuk, nafas pendek karena kelelahan setelah aktivitas
- k. Kardiovaskuler :** terdapat dispnea setelah melakukan aktivitas, tidak ada edema di bagian dada klien dan juga tidak ada nyeri dada
- l. Gastrointestinal :** tidak terjadi disphagia, tidak terjadi perubahan nafsu makan, tidak ada *nausea/vomiting* , pola BAB sehari sekali dengan rutin, tidak ada masalah pada pencernaan klien.
- m. Perkemihan :** tidak terdapat masalah pada perkemihan Tn.S seperti urgency,hematuria,poliuria,oliguria,inkontensia urin, dan tidak ada nyeri saat berkemih, pola BAK 6 kali sehari.
- n. Reproduksi Laki- laki :** tidak ada lesi dan pasien sudah tidak melakukan aktivitas seksual karena istri sudah meninggal.
- o. Muskuloskeletal :** tidak ada nyeri sendi, tidak ada bengkak,kram kaku sendi, terdapat kelemahan otot membuat aktivitas lebih lambat, postur tulang belakang kifosis/membungkuk, tidak ada tremor, tidak menggunakan alat bantu.
- p. Persyarafan :** tidak ada masalah pada persyarafan Tn.S seperti syncope, tremor,paralysis,paresis,masalah memori tidak ada masalah.

5. Potensi pertumbuhan psikososial dan spiritual :

Tn.S tidak merasa cemas, depresi atau ketakutan, pasien mengalami insomnia dan sering terbangun saat tidur, mekanisme koping jika ada masalah atau kesulitan pasien akan mendiskusikan atau meminta bantuan pada anaknya. Persepsi tentang kematian pasien mengatakan semua orang yang hidup pasti akan mati, pasien sudah siap dengan semua yang akan terjadi. Spiritual pasien melakukan sholat dan tidak ada hambatan, aktivitas rekreasi pasien rekreasi jika ada anaknya yang mengajak untuk liburan biasanya 2 minggu sekali. melakukan interaksi dengan anak , keluarga serta warga sekitar dengan baik menggunakan Bahasa Jawa.

6. Lingkungan :

Kamar Tn.S terlihat rapi dan terdapat kipas angin, tv , almari, dan meja didalamnya, terdapat satu kamar mandi didekat dapur, Tn. S berada dirumahnya sendiri, keadaan diluar rumah tampak rapi dan ada sangkar burung peliharaan pasien.

7. *Negative Functional Consequences*

a. Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari – hari (indeks barthel)

Hasil interpretasi ketergantungan ringan dengan skor 95, Tn. S dapat melakukan mandi,makan, taiolet (BB/BAK) , naik turun tangga, berpakaian, kontrol BAB, kontrol BAK, ambulasi , transfer kursi/bed dengan mandiri, Tn.S hanya membutuhkan bantuan pemeliharaan kesehatan diri.

b. Tingkat kerusakan Intelektual (short portable mental status questioner)

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan salah nol sehingga intepretasi fungsi intelektual utuh. Tn. S dapat menjawab semua pertanyaan dengan benar seperti tanggal berapa, hari,nama tempat, alamat rumah, berapa umur ,kapan lahir, siapa nama presiden, dan hitung-hitungan yang diberikan.

c. Kecemasan (*Geriatric Depressoion Scale (Short Form)*)

Berdasarkan hasil skor berjumlah 4 sehingga Tn. S tidak terindikasi depresi. pertanyaan yang diajukan seperti anda puas dengan kehidupan anda saat ini, anda merasa bosan dengan berbagai aktifitas dan kesenangan, anda merasa bahwa hidup anda hampa / kosong, anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda.

d. Status Nutrisi

Berdasarkan hasil skor berjumlah 2 sehinggann interpretasi *Good* , Tn.S mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan yang keras.

e. Fungsi sosial lansia

Berdasarkan hasil skor 10 interpretasi fungsi baik, dengan pertanyaan yang dijukan seperti saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya, saya puas dengan cara keluarga (teman-teman)saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya, saya puas dengan cara keluarga (teman-teman)

saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas / cara baru.

8. Hasil Pemeriksaan Diagnostik/Penunjang

Tidak ada hasil diagnostik/penunjang karena pasien dilakukan pengkajian dirumah dan Tn.S tidak menyimpan hasil pemeriksaan.

9. Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Berdasarkan hasil pengkajian Tn.S tidak merokok, Pola pemenuhan sehari – hari frekuensi makan Tn. S 3 kali sehari, jumlah makanan yang dihabiskan 1 porsi, makanan tambahan kadang-kadang dihabiskan, frekuensi minum lebih dari 3 gelas per hari, jenis air putih, pola kebiasaan tidur hanya 4-6 jam, gangguan tidur sering terbangun, frekuensi BAB 1 kali sehari, konsistensi lembek, tidak ada gangguan BAB, pola BAK 4-6 kali sehari, warna kuning jernih, kegiatan produktif lansia yang dilakukan merawat burung peliharaan, mandi 2 kali sehari, memakai sabun dan sikat gigi.

10. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Hipertensi adalah sebagai berikut:

1. Ketidak patuhan berhubungan dengan ketidak adekuatan pemahaman (kurang motivati) (**D.0114 – SDKI 2016**) Berdasarkan data yang didapat pada saat pengkajian pasien mengatakan sering pusing dan tidak mengkonsumsi obat darah tinggi. Jika sakit sudah parah pasien baru akan periksa ke rumah sakit. Menolak menjalani perawatan/pengobatan. Pasien juga terlihat memegang kepalanya.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (**D.0056 – SDKI 2016**) Berdasarkan data yang didapat saat pengkajian pasien mengatakan setelah aktivitas mengeluh lelah dan sedikit sesak sehingga tidak bisa melakukan aktivitas berat Tekanan darah berubah $> 20\%$ dari kondisi istirahat, dari Tekanan Darah 150/100 mmHg menjadi 180/110mmHg Nadi : 83 x/menit Repirasi : 28 x/menit.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (**D.0055 – SDKI 2016**) berdasarkan hasil pengkajian didapatkan pasien mengatakan sulit tidur ,tidur 4-6 jam per hari , tidur siang jarang dan tidur malam pukul 21.00 namun sering terbangun, terbangun pukul 01.00 petang dan kembali tidur pukul 02.00 dan bangun pukul 05.00 .

11. Intervensi

Pada tinjauan pustaka dan intervensi keperawatan pada Tn. S menggunakan kriteria hasil pada pencapaian tujuan. Dalam intervensinya adalah memandirikan pasien dan keluarga dalam melaksanakan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan menangani masalah (psikomotor) dan perubahan tingkah laku (afektif).

Tujuan tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan, namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

1. Ketidak Patuhan berhubungan dengan Ketidak adekuatan pemahaman (kurang motivasi) , tujuan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan

keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat kepatuhan meningkat dengan kriteri hasil, verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan meningkat, verbalisasi mengikuti anjuran meningkat, perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan membaik. Tindakan keperawatan yang dilakukan dengan dukungan kepatuhan program pengobatan yaitu identifikasi perilaku upaya kesehatan yang dapat ditingkatkan, orientasi pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan, identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan, buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik, libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani, informasikan program pengobatan yang harus dijalani, informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan, tujuan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dan tingkat keletihan menurun dengan kriteria hasil, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, keluhan lelah menurun, frekuensi napas membaik, pola istirahat membaik. Dengan tindakan keperawatan manajemen energi , identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur, tujuan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam

diharapkan pola tidur membaik dan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil, keluhan sulit tidur menurun, kemampuan beraktivitas meningkat, keluhan tidak nyaman menurun. Tindakan keperawatan yang dilakukan dengan dukungan tidur, identifikasi pola aktivitas dan tidur identifikasi faktor pengganggu tidur, fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur, tetapkan jadwal tidur, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur), anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, anjurkan menghindari makanan atau minuman yang menggagu tidur

12. Implementasi

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara langsung terkoordinasi dan terintergrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan Tn. S yang sebenarnya.

1. Ketidak patuhan berhubungan dengan ketidak adekuatan pemahaman (kurang motivasi) Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 10 November 2020, 11 November 2020 dan 12 November 2020. Implementasi yang dilakukan adalah mengidentifikasi perilaku upaya kesehatan yang dapat ditingkatkan, mengorientasi pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan, mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan, membuat komitmen menjalani

program pengobatan dengan baik, melibatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani, menginformasikan program pengobatan yang harus dijalani, menginformasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 10 November 2020, 11 November 2020 dan 12 November 2020. Implementasi yang dilakukan adalah mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor kelelahan fisik, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan, mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur,. Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 10 November 2020, 11 November 2020 dan 12 November 2020. Implementasi yang dilakukan adalah mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur, menetapkan jadwal tidur, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur), menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur.

13. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.

1. Ketidak patuhan b.d Ketidak adekuatan pemahaman (kurang motivasi)
hasil evaluasi pada hari pertama pasien mengatakan tidak mengkonsumsi obat darah tinggi dan jarang melakukan pemeriksaan kesehatan, pasien mengatakan memahami program pengobatan yang harus dijalankan, pasien tampak fokus memperhatikan edukasi dari perawat tentang kepatuhan program pengobatan, menginformasikan program yang harus dijalani. Pada hari ke dua pasien mengatakan didampingi oleh keluarga untuk mengambil obat di puskesmas, meminum obat sesuai anjuran dokter, pasien terlihat menunjukkan obat yang didapatkan dari puskesmas dan didampingi oleh anaknya. Pada hari ketiga pasien mengatakan sudah mengurangi makanan yang mengandung garam, makan makanan lauk pauk dan sayuran serta buah-buahan, pasien terlihat lebih segar setelah beraktifitas dan makan makanan bergizi, dan minum obat hipertensi.
2. Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan, evaluasi yang didapat pada hari pertama pasien mengatakan cepat lelah setelah beraktifitas dan sedikit sesak, pasien terlihat letih, lesuh. Pada hari kedua, pasien mengatakan lelah berkurang setelah melakukan aktivitas menarik nafas dalam dan terasa

rilex , pasien terlihat lebih baik dan tanda kelelahan berkurang. Pada hari ketiga pasien mengatakan sudah bisa mengontrol keletihan dan sesak dengan cara menarik nafas dalam dan istirahat yang cukup.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, evaluasi pada hari pertama pasien mengatakan tidur 4-6 jam per hari , tidur siang jarang dan tidur malam pukul 21.00 namun terbangun pukul 01.00 petang dan kembali tidur pukul 02.00 dan bangun pukul 05.00 ,pasien terlihat letih dan terlihat kantong mata. Pada hari ke dua pasien mengatakan sudah bisa tidur dan tidak terbangun saat malam dan siang hari, pasien mengatakan melakukan pijat sebelum tidur, pasien terlihat lebih segar dan kualitas tidur meningkat. Pada hari ke tiga pasien mengatakan sudah bisa menepati jam tidur saat siang dan malam hari,tidak minum kopi ketika malam hari, pasien terlihat lebih segar dan mampu menghindari minuman yang mengganggu tidur.

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Tn. S dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Desa Tropodo Kota Mojokerto , yang dilaksanakan mulai tanggal 10 November 2020. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan. Pembahasan untuk asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian Keperawatan

Penulis melakukan pengkajian pada Tn. S dengan melakukan anamnesa pada pasien, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari hasil wawancara. Pembahasan akan dimulai dari:

1. Identitas

Data yang didapatkan Tn. S berjenis kelamin laki-laki, berusia 77 tahun. Menurut Anies (2010) menyebutkan Dengan semakin bertambahnya usia, kemungkinan seseorang menderita hipertensi juga semakin besar. Penyakit hipertensi merupakan penyakit yang timbul akibat adanya interaksi dari berbagai faktor risiko terhadap timbulnya hipertensi. Hanya elastisitas jaringan yang arterosklerosis serta pelebaran pembuluh darah adalah faktor penyebab hipertensi pada usia tua. Faktor resiko terjadinya hipertensi, ada faktor yang dapat di kontrol yaitu obesitas (kegemukan), kurang olahraga, konsumsi garam berlebihan, merokok dan mengkonsumsi alkohol yang berlebihan, stress. Sedangkan faktor yang tidak dapat di kontrol yaitu keturunan (genetika), jenis kelamin, dan usia Susanti (2015) dari kasus Tn.S faktor resiko terjadinya hipertensi pada Tn.S salah

satunya dapat di sebabkan oleh umur yaitu umur Tn. S sudah 77 tahun dan faktor yang lain yang dapat menyebabkan hipertensi pada Tn.S yaitu memakan makanan asin dan sulit untuk tidur.

2. **Riwayat Sakit dan Kesehatan**

Menurut keluarga pasien, pasien mengidap Hipertensi sudah sejak lama dan Tn.S tidak mau memeriksakan ke puskesmas atau mengikuti posyandu lansia, sehingga Tn.S tidak minum obat Hipertensi. Pasien pernah dirawat di Rumah Sakit karena batuk dan sesak nafas. Menurut Riskesdas (2007 – 2008) Hanya sekitar 0,4% dari 31,7% kasus yang minum obat hipertensi untuk pengobatan. Rendahnya penderita hipertensi untuk berobat dikarenakan hipertensi atau darah tinggi tidak menunjukkan gejala atau tanda khas yang bisa dipakai sebagai peringatan dini. Terdapat 76% kasus hipertensi di masyarakat yang diprediksi belum terdiagnosis.

3. **Pemeriksaan Fisik**

- a. **Kondisi umum** : pasien mengatakan mudah lelah saat melakukan aktivitas dan setelah melakukan aktivitas, menurut Sri Iswhyuni (2017) Aktifitas fisik adalah setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi. Kurangnya aktifitas fisik merupakan faktor risiko indepeden untuk penyakit kronis dan secara keseluruhan diperkirakan dapat menyebabkan kematian secara global. Semakin bertambahnya usia maka semakin terbatas aktivitas yang dilakukan.
- b. **Integumen** : tidak terdapat lesi/luka, tidak terjadi perubahan pigmen, tidak memr dan tidak lembab, kulit Tn.S cenderung kering.
- c. **Hematopoetic** : tidak ada pendarahan, tidak ada pembengkakan kelenjar

limfe, Tn.S tidak anemia. Tidak ada masalah pada hematoepic psien.

- d. **Kepala** : Pasien mengatakan sakit kepala dan pusing saat sulit tidur, bangun tidur, dan setelah makan daging kambing.
- e. **Mata** : pada mata Tn.S terjadi perubahan pengelihatan (kabur) , konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik (tidak kuning), Tn.S tidak memakai kacamata, tidak ada nyeri, gatal, atau infeksi pada mata.
- f. **Telinga** : tidak terjadi penurunan pendengaran, tinitus, vertigo, Tn.S tidak memakai alat bantu pendengaran, tidak ada riwayat infeksi, dan Tn. S rutin membersihkan telinganya.
- g. **Hidung** : tidak terdapat sinusitis , penciuman normal dan bentuk hidung simetris. Klien mengatakan tidak ada masalah dengan penciumannya dan dapat mencium bau dengan normal
- h. **Mulut dan tenggorokan** : tidak terdapat nyeri telan , Klien mengatakan kesulitan menggigit dan mengunyah makanan yang bertekstur keras karena beberapa gigi geraham yang sudah tanggal, mukosa lembab terdapat caries gigi, tidak ada gigi palsu, tidak ada lesi, klien sikat gigi 2 kali sehari
- i. **Leher** : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid saat dikaji dan tidak ada nyeri tekan.
- j. **Pernafasan** : Tn.S tidak batuk, nafas pendek karena kelelahan setelah aktivitas
- k. **Kardiovaskuler** : terdapat dispnea setelah melakukan aktivitas, tidak ada edema di bagian dada klien dan juga tidak ada nyeri dada
- l. **Gastrointestinal** : tidak terjadi disphagia, tidak terjadi perubahan nafsu makan, tidak ada *nausea/vomiting* , pola BAB sehari sekali dengan rutin,

tidak ada masalah pada pencernaan klien.

- m. **Perkemihan** : tidak terdapat masalah pada perkemihan Tn.S seperti urgency,hematuria,poliuria,oliguria,inkontensia urin, dan tidak ada nyeri saat berkemih, pola BAK 6 kali sehari.
- n. **Reproduksi Laki- laki** : tidak ada lesi dan pasien sudah tidak melakukan aktivitas seksual karena istri sudah meninggal.
- o. **Muskuloskeletal** : tidak ada nyeri sendi, tidk ada bengkak,kram kaku sendi, terdapat kelemahan otot membuat aktivitas lebih lambat, postur tulang belakang kifosis/membungkuk, tidak ada tremor, tidak menggunakan alat bantu.
- p. **Persyarafan** : tidak ada masalah pada persyarafan Tn.S seperti syncope, tremor,paralysis,paresis,masalah memori tidak ada masalah.

4. **Potensi pertumbuhan psikososial dan spiritual :**

Tn.S tidak merasa cemas, depresi atau ketakutan, pasien mengalami insomnia dan sering terbangun saat tidur, mekanisme koping jika ada masalah atau kesulitan pasien akan mendiskusikan atau meminta bantuan pada anaknya. Persepsi tentang kematian pasien mengatakan semua orang yang hidup pasti akan mati, pasien sudah siap dengan semua yang akan terjadi. Spiritual pasien melakukan sholat dan tidak ada hambatan, aktivitas rekreasi pasien rekreasi jika ada anaknya yang mengajak untuk liburan biasanya 2 minggu sekali. melakukan interaksi dengan anak , keluarga serta warga sekitar dengan baik menggunakan Bahasa Jawa.

5. Lingkungan :

Kamar Tn.S terlihat rapi dan terdapat kipas angin, tv , almari, dan meja didalamnya, terdapat satu kamar mandi didekat dapur, Tn. S berada dirumahnya sendiri, keadaan diluar rumah tampak rapi dan ada sangkar burung peliharaan pasien.

6. *Negative Functional Consequences*

Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari – hari (indeks barthel)

Hasil interpretasi ketergantungan ringan dengan skor 95, Tn. S dapat melakukan mandi,makan, taiolet (BB/BAK) , naik turun tangga, berpakaian, kontrol BAB, kontrol BAK, ambulasi , transfer kursi/bed dengan mandiri, Tn.S hanya membutuhkan bantuan pemeliharaan kesehatan diri.

7. **Tingkat kerusakan Intelektual (short portable mental status questioner)**

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan salah nol sehingga intrepretasi fungsi intelektual utuh. Tn. S dapat menjawab semua pertanyaan dengan benar seperti tanggal berapa, hari,nama tempat, alamat rumah, berapa umur ,kapan lahir, siapa nama presiden, dan hitung-hitungan yang diberikan.

8. **Kecemasan (*Geriatric Depressoion Scale (Short Form)*)**

Berdasrkan hasil skor berjumlah 4 sehingga Tn. S tidak terindikasi depresi. pertanyaan yang diajukan seperti anda puas dengan kehidupan anda saat ini, anda merasa bosan dengan berbagai aktifitas dan kesenangan, anda merasa bahwa hidup anda hampa / kosong, anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda.

9. **Status Nutrisi**

Berdasarkan hasil skor berjumlah 2 sehinggann interpretasi *Good* , Tn.S mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan

yang keras.

10. Fungsi sosial lansia

Berdasarkan hasil skor 10 interpretasi fungsi baik, dengan pertanyaan yang diajukan seperti saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya, saya puas dengan cara keluarga (teman-teman)saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya, saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas / cara baru.

11. Hasil Pemeriksaan Diagnostik/Penunjang

Tidak ada hasil diagnostik/penunjang karena pasien dilakukan pengkajian dirumah dan Tn.S tidak menyimpan hasil pemeriksaan.

12. Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Berdasarkan hasil pengkajian Tn.S tidak merokok, Pola pemenuhan sehari – hari frekuensi makan Tn. S 3 kali sehari, jumlah makanan yang dihabiskan 1 porsi, makanan tambahan kadang-kadang dihabiskan, frekuensi minum lebih dari 3 gelas per hari, jenis air putih, pola kebiasaan tidur hanya 4-6 jam, gangguan tidur sering terbangun, frekuensi BAB 1 kali sehari, konsistensi lembek, tidak ada gangguan BAB, pola BAK 4-6 kali sehari, warna kuning jernih, kegiatan produktif lansia yang dilakukan merawat burung peliharaan, mndi 2 kalli sehari, memakai sabun dan sikt gigi.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Hipertensi adalah sebagai berikut:

1. Ketidak patuhan berhubungan dengan ketidak adekuatan pemahaman (kurang motivati) (**D.0114 – SDKI 2016**) Berdasarkan data yang didapat pada saat pengkajian pasien mengatakan sering pusing dan tidak mengkonsumsi obat darah tinggi. Jika sakit sudah parah pasien baru akan periksa ke rumah sakit. Menolak menjalani perawatan/pengobatan. Psien juga terlihat memegang kepalanya. Berdasarkan ptofisiologi penyakit tekanan darah yang tinggi bisa memicu hipertensi maligna atau hipertensi krisis. Hipertensi maligna adalah kondisi meningkatnya tekanan dalam tengkorak karena tekanan darah yang melonjak derastis menyebabkan pusing/sakit kepala. Dan juga bisa memicu pengelihatan kabur serta mual. (Smeltzer & Bare, 2008) . Kegagalan pengendalian hipertensi pada pasien sering disebabkan kurangng motivasi minum obat. Keteraturan meminum obat ditentukan oleh kepatuhan penderita. Pengobatan awal pada hipertensi sangatlah penting karena dapat mencegah timbulnya komplikasi pada beberapa organ tubuh seperti jantung, ginjal, dan otak (Muttaqin, 2009). Namun seringkali ditemui bahwa penderita hipertensi tidak akan mengkonsumsi obat ketika tubuh mereka merasa sehat meskipun tekanan darah masih tinggi. Kepatuhan minum obat dapat ditingkatkan dengan berbagai strategi diantaranya melalui sikap atau motivasi ingin sembuh. (Tri Sulistyarini, 2015)
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (**D.0056 – SDKI 2016**)
Berdasarkan data yang didapat saat pengkajian pasien mengatakan setelah

aktivitas mengeluh lelah dan sedikit sesak sehingga tidak bisa melakukan aktivitas berat Tekanan darah berubah $> 20\%$ dari kondisi istirahat, dari Tekanan Darah 150/100 mmHg menjadi 180/110mmHg Nadi : 83 x/menit Repirasi : 28 x/menit, berdasarkan patofisiologi penyakit hipertensi, kelemahan disebabkan oleh defisit nutrisi efek dari mual sehingga menyebabkan *intoleransi* aktivitas disebabkan suplai O₂ dan nutrisi tidak maksimal, Penurunan *lean body mass* (otot, organ ubuh, tulang) disertai perubahan metabolisme pada lansia akan menimbulkan rasa letih dan lemah karena terjadinya atrofi. Sehingga berkurangnya protein tubuh ini akan menambah lemak tubuh dan terjadi perubahan metabolisme yang membuat tubuh semakin lemas.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (**D.0055 – SDKI 2016**) berdasarkan hasil pengkajian didapatkan pasien mengatakan sulit tidur ,tidur 4-6 jam per hari , tidur siang jarang dan tidur malam pukul 21.00 namun sering terbangun, terbangun pukul 01.00 petang dan kembali tidur pukul 02.00 dan bangun pukul 05.00 . berdasarkan patofisiologi penyakit gangguan pola tidur bisa disebabkan karena gangguan rasa nyaman disebabkan oleh tekanan pembuluh darah pada otak bisa mengakibatkan pusing/sakit kepala. Insomnia adalah gangguan tidur yang paling umum, berdampak substansial pada individu dan masyarakat secara keseluruhan (Singareddy et al., 2012). Penelitian dalam jurnal *Hypertension* di tahun 2015, melibatkan lebih dari 200 pengidap insomnia kronis dan 100 orang yang memiliki pola tidur normal. Semua peserta penelitian diwajibkan untuk menjalankan tidur

siang. Seseorang dengan insomnia kronis berisiko alami hipertensi lebih tinggi dibandingkan orang yang memiliki waktu tidur cukup.

4.3 Intervensi

Pada tinjauan pustaka dan pada perencanaan tindakan keperawatan pada Tn. S menggunakan kriteria hasil pada pencapaian tujuan. Dalam intervensinya adalah memandirikan pasien dan keluarga dalam melaksanakan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan menangani masalah (psikomotor) dan perubahan tingkah laku (afektif).

Tujuan tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan, namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

1. Ketidak Patuhan berhubungan dengan Ketidak adekuatan pemahaman (kurang motivasi) , tujuan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat kepatuhan meningkat dengan kriteri hasil, verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan meningkat, verbalisasi mengikuti anjuran meningkat, perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan membaik. Tindakan keperawatan yang dilakukan dengan dukungan kepatuhan program pengobatan yaitu identifikasi perilaku upaya kesehatan yang dapat ditingkatkan, orientasi pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan, identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan, buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik, libatkan keluarga untuk

mendukung program pengotan yang dijalani, informasikan program pengobatan yang harus dijalani, informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan, tujuan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dan tingkat keletihan menurun dengan kriteria hasil, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, keluhan lelah menurun, frekuensi napas membaik, pola istirahat membaik. Dengan tindakan keperawatan manajemen energi , identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur, tujuan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan pola tidur membaik dan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil, keluhan sulit tidur menurun, kemampuan beraktivitas meningkat, keluhan tidak nyaman menurun. Tindakan keperawatan yang dilakukan dengan dukungan tidur, identifikasi pola aktivitas dan tidur identifikasi faktor pengganggu tidur, fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur, tetapkan jadwal tidur, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur), anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, anjurkan menghindari makanan atau minuman yang menggagu tidur

4.4 Implementasi

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara langsung terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan Tn. S yang sebenarnya.

1. Ketidak patuhan berhubungan dengan ketidak adekuatan pemahaman (kurang motivasi) Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 10 November 2020, 11 November 2020 dan 12 November 2020. Implementasi yang dilakukan adalah mengidentifikasi perilaku upaya kesehatan yang dapat ditingkatkan, mengorientasi pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan, mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan, membuat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik, melibatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani, menginformasikan program pengobatan yang harus dijalani, menginformasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 10 November 2020, 11 November 2020 dan 12 November 2020. Implementasi yang dilakukan

adalah midentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor kelelahan fisik, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan, mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur,. Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 10 November 2020, 11 November 2020 dan 12 November 2020. Implementasi yang dilakukan adalah mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur identifikasi faktor pengganggu tidur, memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur, menetapkan jadwal tidur, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur), menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur.

4.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.

1. Ketidak patuhan b.d Ketidak adekuatan pemahaman (kurang motivasi) hasil evaluasi pada hari pertama pasien mengatakan tidak mengkonsumsi obat darah tinggi dan jarang melakukan pemeriksaan kesehatan, pasien

mengatakan memahami program pengobatan yang harus dijalankan, pasien tampak fokus memperhatikan edukasi dari perawat tentang kepatuhan program pengobatan, menginformasikan program yang harus dijalani. Pada hari ke dua pasien mengatakan didampingi oleh keluarga untuk mengambil obat di puskesmas, meminum obat sesuai anjuran dokter, pasien terlihat menunjukkan obat yang didapatkan dari puskesmas dan didampingi oleh anaknya. Pada hari ketiga pasien mengatakan sudah mengurangi makanan yang mengandung garam, makan makanan lauk pauk dan sayuran serta buah-buahan, pasien terlihat lebih segar setelah beraktifitas dan makan makanan bergizi, dan minum obat hipertensi.

2. Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan, evaluasi yang didapat pada hari pertama pasien mengatakan cepat lelah setelah beraktivitas dan sedikit sesak, pasien terlihat letih, lesuh. Pada hari kedua, pasien mengatakan lelah berkurang setelah melakukan aktivitas menarik nafas dalam dan terasa rileks, pasien terlihat lebih baik dan tanda kelelahan berkurang. Pada hari ketiga pasien mengatakan sudah bisa mengontrol keletihan dan sesak dengan cara menarik nafas dalam dan istirahat yang cukup.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, evaluasi pada hari pertama pasien mengatakan tidur 4-6 jam per hari, tidur siang jarang dan tidur malam pukul 21.00 namun terbangun pukul 01.00 petang dan kembali tidur pukul 02.00 dan bangun pukul 05.00, pasien terlihat letih dan terlihat kantong mata. Pada hari ke dua pasien mengatakan sudah bisa tidur dan tidak terbangun saat malam dan siang hari, pasien mengatakan melakukan pijat sebelum tidur, pasien terlihat lebih segar dan kualitas tidur

meningkat. Pada hari ke tiga pasien mengatakan sudah bisa menepati jam tidur saat siang dan malam hari, tidak minum kopi ketika malam hari, pasien terlihat lebih segar dan mampu menghindari minuman yang mengganggu tidur.

4.6 Evaluasi Terbaru

Evaluasi terbaru dilakukan pada tanggal 25 Juli 2021 dengan tujuan untuk mengetahui perkembangan intervensi keperawatan yang sebelumnya diberikan. Didapatkan hasil TD : 140/80 mmHg , N : 85 x/menit, RR : 25 x/menit . saat dilakukan evaluasi kembali pasien mengatakan rutin meminum obat hipertensi , pengambilan obat hipertensi dibantu oleh ibu kader di lingkungan Tropodo, pasien sudah tidak mengkonsumsi daging kambing dan makanan yang asin, Tn.S mengatakan sudah tidak memiliki gangguan tidur, dan untuk meningkatkan imunitas Tn.S setiap pagi berjemur didepan rumah dan melakukan aktivitas.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Desa Tropodo Kota Mojokerto. Maka penulis menarik beberapa kesimpulan dan saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

5.1 Kesimpulan

1. Pada saat pengkajian pasien mengatakan tidak mengkonsumsi obat darah tinggi. Jika sakit parah pasien baru akan periksa ke rumah sakit, pasien mengatakan setelah aktivitas merasa lelah dan sedikit sesak sehingga tidak bisa melakukan aktivitas berat, pasien mengatakan tidur 4-6 jam per hari , tidur siang jarang dan tidur malam pukul 21.00 namun terbangun pukul 01.00 petang dan kembali tidur pukul 02.00 dan bangun puku 05.00 serta didapatkan data hasil pengkajian TD : 150/100 mmHg , RR : 24x/menit, Nadi 83x/menit , Suhu : 36,5°C .
2. Pada pasien muncul diagnosa keperawatan pemeliharaan kesehatan tidak efektif b.d ketidak adekuatan pemahaman (kurang motivasi), Intoleransi aktivitas b.d kelemahan , kesiapan peningkatan tidur.
3. Perencanaan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan pemeliharaan kesehatan dan tingkat kepatuhan pasien meningkat, toleransi aktivitas meningkat dan tingkat kelelahan menurun, pola tidur membaik dan status kenyamanan meningkat . Rencana tindakan keperawatan sudah disesuaikan dengan teori dan kondisi pasien dengan menetapkan penyusunan rencana keperawatan. Merencanakan asuhan keperawatan

pada pasien dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Desa Tropodo Kota Mojokerto harus melihat kondisi pasien secara keseluruhan dan target waktu penyelesaiannya juga disesuaikan dengan kemampuan pasien

4. Pelaksanaan tindakan keperawatan meliputi, Identifikasi perilaku upaya kesehatan yang dapat ditingkatkan, orientasi pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan, identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan, buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik, libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani, informasikan program pengobatan yang harus dijalani, informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan. Identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur, tetapkan jadwal tidur, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur), anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, anjurkan menghindari makanan atau minuman yang menggagu tidur.
5. Hasil evaluasi pada tanggal 12 November 2020 pasien sudah mengalami perbaikan. Dan evaluasi terbaru tanggal 25 Juli 2021 terlihat bahwa pasien masih mematuhi intervensi yang diberikan perawat.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas maka penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan di perlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai sikap, pengetahuan dan ketrampilan yang mendukung sehingga mampu bekerja secara professional.
3. Pendidikan dan pengetahuan perawat perlu ditingkatkan baik formal maupun non formal guna tercapainya proses pelayanan yang professional

DAFTAR PUSTAKA

- Adriansyah, M. (2012). *Medikal Bedah Untuk Mahasiswa*. Yogyakarta: Diva Press.
- Adib, M. (2012). *Cara Mudah Memahami dan Menghindari Hipertensi Jantung dan Stroke*. Yogyakarta: Dianloka.
- Agustina, S., Sari, S. M & Savita, R., n.d. Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Hipertensi pada Lansia di atas 65 tahun. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, Volume 2,p.4.
- Asnawi. (2007). *Teori Motivasi*. Jakarta: Rineka Cipta
- Alfi, W. N. and Yuliwar, R. (2018) ‘The Relationship between Sleep Quality and Blood Pressure in Patients with Hypertension’, *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 6(1), p. 18. <https://doi.org/10.20473/jbe.v6i12018.18-26>.
- Dinkes. (2019). Dinas Kesehatan 2019. Pemerintah Provinsi Jawa Timur. [https://dinkes.jatimprov.go.id/diakses 15 Juli 2021](https://dinkes.jatimprov.go.id/diakses%2015%20Juli%202021)
- Fatmah. 2010. *Gizi Lanjut Usia*. Jakarta: Erlangga.
- Murwani, A. 2011. *Perawatan Pasien Penyakit dalam*. Yogyakarta : Gosyen Publishing
- Muttaqin, Arif.(2009). *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular*. Jakarta: Salemba Medika
- Sri Iswahyuni., Hubungan Antara Aktifitas Fisik Dan Hipertensi Pada Lansia. Volume 14, Nomor 2 Maret 2017
- Rosid. *Suara Pembaharuan: Banyak Kasus Hipertensi Tidak Terdiagnosa.* , (2012).
- Triyanto, E. (2014). *Pelayana Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Tri Sulistyarini, Marrisca Fitriana , Delapan Faktor yang Mempengaruhi Motivasi Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi. Vol. 8, No 1 Juli 2015.
- Saputri. (2012). Peran sosial dan konsep diri pada lansia. *Jurnal Keperawatan*, 3(2), 256–263.
- Syah'diyah, H. (2018). *Keperawatan Lanjut Usia Teori Dan Aplikasi*. Indomedia Pustaka.
- Cheristina, A., Suaib, M., & Dewiyanti. (2019). Hubungan Keluarga Dengan Konsep Diri Lansia. *Jurnal Fenomena Kesehatan*, 02(01), 252–257.
- Iswahyuni, S. (2017). Hubungan Antara Aktifitas Fisik Dan Hipertensi Pada Lansia. *Profesi (Profesional Islam) : Media Publikasi Penelitian*, 14(2), 1. <https://doi.org/10.26576/profesi.155>
- Smeltzer & Bare. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* Brunner & Suddarth/ editor, Suzzane C. Smeltzer, Brenda G. Bare; alih bahasa, Agung Waluyo, dkk. Jakarta: EGC.

- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Edisi 1)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Lampiran

Lampiran Tabel Kemampuan ADL

Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (Indeks Barthel)

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat
1	Pemeliharaan Kesehatan Diri	0	5	0
2	Mandi	0	5	5
3	Makan	5	10	10
4	Toilet (Aktivitas BAB & BAK)	5	10	10
5	Naik/Turun Tangga	5	10	10
6	Berpakaian	5	10	10
7	Kontrol BAB	5	10	10
8	Kontrol BAK	5	10	10
9	Ambulasi	10	15	15
10	Transfer Kursi/Bed	5-10	15	15

Interpretasi: ketergantungan ringan (95)

- 0-20 : Ketergantungan Penuh
- 21-61 : Ketergantungan Berat
- 62-90 : Ketergantungan Sedang
- 100-99 : Ketergantungan Ringan
- 100 : Mandiri

Lampiran Tabel Tingkat Kerusakan Intelektual

Dengan menggunakan SPMSQ (short portable mental status questioner)

Ajukan beberapa pertanyaan pada daftar dibawah ini :

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan
<input type="checkbox"/>		1	Tanggal berapa hari ini ?
<input type="checkbox"/>		2	Hari apa sekarang ?
<input type="checkbox"/>		3	Apa nama tempat ini ?
<input type="checkbox"/>		4	Dimana alamat anda ?
<input type="checkbox"/>		5	Berapa umur anda ?
<input type="checkbox"/>		6	Kapan anda lahir ?
<input type="checkbox"/>		7	Siapa presiden Indonesia ?
<input type="checkbox"/>		8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?
<input type="checkbox"/>		9	Siapa nama ibu anda ?
<input type="checkbox"/>		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun
JUMLAH			

Intrepretasi : Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan

salah : 0 , fungsi intelektual utuh

Interpretasi : fungsi intelektual utuh

Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4 – 5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6 – 8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9 – 10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

Ket :

- a) Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan bila subjek hanya berpendidikan sekolah dasar
- b) Bisa dimaklumi bila kurang dari satu kesalahan bila subjek mempunyai pendidikan di atas sekolah menengah atas
- c) Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan untuk subjek kulit hitam dengan menggunakan kriteriya pendidikan yang sama

3.3 Tabel Kecemasan, GDS Pengkajian Depresi

No	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya	Tidak	Hasil
1.	Anda puas dengan kehidupan anda saat ini	0	1	0
2.	Anda merasa bosan dengan berbagai aktifitas dan kesenangan	1	0	1
3.	Anda merasa bahwa hidup anda hampa / kosong	1	0	1
4.	Anda sering merasa bosan	1	0	1
5.	Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu	0	1	0
8.	Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda	1	0	1
7.	Anda lebih merasa bahagia di sepanjang waktu	0	1	0
8.	Anda sering merasakan butuh bantuan	1	0	0
9.	Anda lebih senang tinggal dirumah daripada keluar melakukan sesuatu hal	1	0	0
10.	Anda merasa memiliki banyak masalah dengan ingatan anda	1	0	0
11.	Anda menemukan bahwa hidup ini sangat luar biasa	0	1	0
12.	Anda tidak tertarik dengan jalan hidup anda	1	0	0
13.	Anda merasa diri anda sangat energik / bersemangat	0	1	0
14.	Anda merasa tidak punya harapan	1	0	0
15.	Anda berfikir bahwa orang lain lebih baik dari diri anda	1	0	0
Jumlah				4

(*Geriatric Depressioin Scale (Short Form) dari Yesafage (1983) dalam Gerontological Nursing, 2006*)

Interpretasi :

Jika Diperoleh skore 5 atau lebih, maka diindikasikan depresi

Lampiran Tabel Status Nutrisi

Pengkajian determinan nutrisi pada lansia:

No	Indikator	score	Pemeriksaan
1.	Menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi	2	-
2.	Makan kurang dari 2 kali dalam sehari	3	-
3.	Makan sedikit buah, sayur atau olahan susu	2	-
4.	Mempunyai tiga atau lebih kebiasaan minum minuman beralkohol setiap harinya	2	-
5.	Mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan yang keras	2	-
6.	Tidak selalu mempunyai cukup uang untuk membeli makanan	4	-
7.	Lebih sering makan sendirian	1	-
8.	Mempunyai keharusan menjalankan terapi minum obat 3 kali atau lebih setiap harinya	1	-
9.	Mengalami penurunan berat badan 5 Kg dalam enam bulan terakhir	2	-
10.	Tidak selalu mempunyai kemampuan fisik yang cukup untuk belanja, memasak atau makan sendiri	2	-
Total score			2

(American Dietetic Association and National Council on the Aging, dalam *Introductory Gerontological Nursing*, 2001)

Interpretasi:

0 – 2 : Good

3 – 5 : Moderate nutritional risk

6 ≥ : High nutritional risk

Lampiran Tabel Fungsi sosial lansia

APGAR KELUARGA DENGAN LANSIA

Alat Skrining yang dapat digunakan untuk mengkaji fungsi sosial lansia

NO	URAIAN	FUNGSI	SKORE
1	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	ADAPTATION	2
2	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman)saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	PARTNERSHIP	2
3	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas / arah baru	GROWTH	2
4	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih/mencintai	AFFECTION	2
5	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	RESOLVE	2
Kategori Skor: Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab: 1). Selalu : skore 2 2). Kadang-kadang : 1 3).Hampir tidak pernah : skore 0 Intepretasi: < 3 = Disfungsi berat 4 - 6 = Disfungsi sedang > 6 = Fungsi baik		TOTAL	10 Fungsi baik

Smilkstein, 1978 dalam Gerontologic Nursing and health aging 2005

Lampiran Dokumentasi pengkajian dan Penyuluhan Hipertensi pada Tn.S