

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.C.N DENGAN
HIPERTENSI DI WISMA KENANGA UPT PANTI SOSIAL
PENYANTUN LANJUT USIA BUDI AGUNG KUPANG**

**Studi kasus ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk
menyelesaikan studi pada Program Studi Diploma III Keperawatan
Dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan**



OLEH

**NAMA : GONZAGA RICHARDUS NAHAK
NIM : PO.530320115020**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA
MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D-III KEPERAWATAN
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

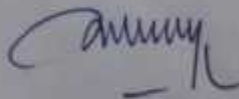
Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh GONZAGA RICHARDUS NAHAK NIM PO.530320115020 dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.CN DENGAN HIPERTENSI DI WISMA KENANGA UPT PANTI PENYANTUN LANJUT USIA BUDI AGUNG KUPANG" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Disusun oleh

Gonzaga Richardus Nahak
NIM. PO.5303201150020

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Didepan Dewan Penguji Prodi D-III
Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang

Pembimbing



Dr. Rafael Paun, SKM, M.Kes
NIP. 195702151982011001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Gonzaga Richardus Nahak NIM : PO.530320115020
dengan judul Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn.C.N Dengan Hipertensi Di
UPT Penyantun Lanjut Usia Budi Agung Kupang Telah Dipertahankan Didepan
Dewan Penguji Pada Juni 2019

Disusun oleh :

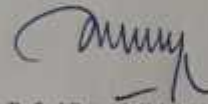
Gonzaga Richardus Nahak
NIM : PO.530320115020

Telah diuji pada juni 2019
Dewan penguji

Penguji I


Yustinus Rindu S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 196612311989011001

Penguji II


Dr. Rafael Paun SKM.,M.Kes
NIP. 195702151982011001

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan


Dr. Florentiang Tar, SKp., M.Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan


Margaretha Teli, S.Kep.NS., MSc-PH
NIP. 197707272000032002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Gonzaga Richardus Nahak
NIM : PO.530320115020
Program Studi : Keperawatan
Institusi : PoltekNIK Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Studi Kasus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

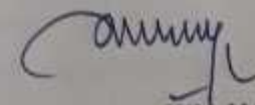
Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, Juli 2019
Pembuat pernyataan



Gonzaga Richardus Nahak
NIM : PO.530320115020

Mengetahui
Pembimbing



Dr. Rafael Paun, SKM., M.Kes
NIP. 195702151982011001

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan bimbingannya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Ilmiah ini dengan judul **ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.C.N DENGAN HIPERTENSI DI WISMA KENANGA UPT PENYANTUN LANJUT USIA BUDI AGUNG KUPANG**”

Penulis menyadari bahwa selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Bapak Dr.Rafael Paun.SKM.M.Kes selaku pembimbing penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totaliasnya dalam menyumbangkan ide-idenya dengan mengoreksi, merevisi, serta melengkapi dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini dan juga tidak lupa terima kasih kepada Bapak Yustinus Rindu.S.Kep.,M.Kep selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis juga mengucapkan limpah terima kasih sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Ragu Harming Kristina.SKM.,M.Kes selaku direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
2. Bapak Dr.Florentianus Tat,SKp.,M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan dan Ibu Margaretha Teli.S.Kep.,Ns.,MSc-PH selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan.
3. Kepada Dosen Pembimbing Akademi ibu Ivon yang selama telah memotivasi dan mambantu penulis.
4. Dosen Keperawaan Kupang atas bimbingan selama perkuliahan dan semua karyawan/I yang telah banyak membantu selama kuliah.
5. Kepada CI dan pengasuh Wisma Kenanga yang memperkenankan penulis melakukan penelitian.

6. Ayahanda Andreas Nahak dan Ibu Margaretha Namok yang telah merawat, membesarkan, menjaga, dan membimbing, serta doa tulus yang tiada henti-hentinya mengeringi penulis.
7. Om Andreas Seran yang telah memotivasi dan mendoakan saya selama kuliah dan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Kakak Feliksianus Fernando Nahak dan Adik Beatrian Trifonia Nahak yang telah memberi semangat dan doa yang tulus dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Teman-teman seperjuangan meraih gelar Kenzo, Ingkel, Elsa, Ayu, Kakak Bian Dan Kakak Udis yang memberikan motivasi dalam menyelesaikan studi kasus.

penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh sebab itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca demi penyempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Kupang, Juni 2019

Penulis

ABSTRAK

Gonzaga Richardus Nahak : Asuhan Keperawatan Pada Tn.C.N Dengan Hipertensi Di Wisma Kenanga UPT Penyantun Lanjut Usia Budi Agung Kupang.

Latar Belakang : Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah systole diatas 140 mmHg dan tekanan darah diastole diatas 90 mmHg. Hipertensi merupakan suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah sistolik 140 mmHg atau lebih dan tekanan darah diastolic 90 mmHg.

Tujuan penelitian ini untuk melaksanakan dan mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi meliputi : pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Metode : Jenis Penelitian ini adalah kualitatif, dengan pendekatan studi kasus, sedangkan rancangan penelitiannya adalah rancangan deskriptif dilakukan pada Tn. C.N di wisma Kenanga UPT Panti Sosial Penyantun Lanjut Usia Budi Agung Kupang.

Hasil. Masalah keperawatan didapatkan pada Tn. C.N adalah Nyeri akut, Gangguan Pola Tidur, dan kurang pengetahuan yang dirawat selama 4 hari dengan melakukan teknik relakasasi untuk masalah nyeri belum dapat teratasi

Simpulan. Masalah yang ditemukan, nyeri akut perlu dilakukan tindak lanjut oleh perawat yang ada di Panti serta pengasuh wisma agar nyeri yang dirasakan dapat diatasi.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Hipertensi

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Depan	
Lembar Persetujuan.....	i
Lembar Pengesahan	ii
Pernyataan Keaslian Penulisan	iii
Kata Pengantar	iv
Abstrak	vi
Daftar Isi.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan Studi Kasus.....	5
1.4 Manfaat Studi Kasus	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Hipertensi	6
2.1.1 Pengertian	6
2.1.2 Klasifikasi Hipertensi.....	6
2.1.3 Penyebab Hipertensi	6
2.1.4 Patofisiologi	7
2.1.5 Manifestasi Klinis	7
2.1.6 Komplikasi	8
2.1.7 Pemeriksaann Diagnostik.....	9
2.1.8 Penatalaksanaan	9
2.2 Konsep Lansia.....	10
2.2.1 Pengertian Lansia.....	10
2.2.2 Batasan Lansia	11
2.2.3 Ciri Lansia.....	11
2.2.4 Perkembangan Lansia	12
2.2.5 Permasalahan Lansia Di Indonesia	13
2.2.6 Tujuan Pelayanan Kesehatan Pada Lansia	13
2.2.7 Pendekatan Perawatan Lansia	14
2.2.8 Prinsip Etika Pada Pelayanan Kesehatan Lansia	15
2.3 Teori Proses Menua.....	16
2.3.1 Teori-Teori Biologi	16
2.3.2 Teori Kejiwaan Sosial	17
2.3.3 Faktor Yang Mempengaruhi Ketuaan	18
2.3.4 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia	19
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi.....	23
2.4.1 Pengkajian	23
2.4.2 Diagnosa Keperawatan	30
2.4.3 Intervensi Keperawatan.....	31
2.4.4 Implementasi Keperawatan	33

2.4.5 Evaluasi Keperawatan.....	33
BAB III HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
3.1 Hasil Studi Kasus	34
3.2 Pembahasan.....	42
3.3 Keterbatasan Studi Kasus.....	46
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	
4.1 Kesimpulan	47
4.2 Saran	48
DAFTAR PUSTAKA	49
LAMPIRAN	
DAFTAR TABEL	
DAFTAR SINGKATAN	
FORMAT PENGKAJIAN	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Hipertensi atau yang dikenal dengan nama penyakit darah tinggi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah di atas ambang batas normal yaitu 120/80 mmHg. Menurut WHO (World Health Organization), batas tekanan darah yang dianggap normal adalah kurang dari 130/85 mmHg. Bila tekanan darah sudah lebih dari 140/90 mmHg dinyatakan hipertensi (batas tersebut untuk orang dewasa di atas 18 tahun) (Adib, 2009).

Hipertensi dapat diklasifikasikan menjadi 2 jenis, yaitu hipertensi primer atau esensial (90% kasus hipertensi) yang penyebabnya tidak diketahui dan hipertensi sekunder (10%) yang disebabkan oleh penyakit ginjal, penyakit endokrin, penyakit jantung dan gangguan ginjal. Menurut JNC VII Report 2003, diagnosis hipertensi ditegakkan apabila didapatkan tekanan darah sistolik (TDS) 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik (TDD) 90 mmHg pada dua kali pengukuran dalam waktu yang berbeda (Indrayani, 2009).

Penyakit hipertensi tahun demi tahun terus mengalami peningkatan. Tidak hanya di Indonesia, namun juga di dunia. Sebanyak 1 milyar orang di dunia atau 1 dari 4 orang dewasa menderita penyakit ini. Bahkan, diperkirakan jumlah penderita hipertensi akan meningkat menjadi 1,6 milyar menjelang tahun 2025. Kurang lebih 10-30% penduduk dewasa di hampir semua negara mengalami penyakit hipertensi, dan sekitar 50-60% penduduk dewasa dapat dikategorikan sebagai mayoritas utama yang status kesehatannya akan menjadi lebih baik bila dapat dikontrol tekanan darahnya (Adib, 2009).

Badan Kesehatan Dunia (WHO) menyebutkan jumlah penderita hipertensi akan terus meningkat seiring dengan jumlah penduduk yang bertambah pada 2025 mendatang diperkirakan sekitar 29% warga dunia

terkena hipertensi. WHO menyebutkan negara ekonomi berkembang memiliki penderita hipertensi sebesar 40% sedangkan negara maju hanya 35%, kawasan Afrika memegang posisi puncak penderita hipertensi, yaitu sebesar 40%. Kawasan Amerika sebesar 35% dan Asia Tenggara 36%. Kawasan Asia penyakit ini telah membunuh 1,5 juta orang setiap tahunnya. Hal ini menandakan satu dari tiga orang menderita hipertensi. Sedangkan di Indonesia cukup tinggi, yakni mencapai 32% dari total jumlah penduduk (Widiyani,2013)

Laporan Kemenkes (2013), bahwa hipertensi merupakan penyebab kematian nomor 3 setelah stroke dan tuberkulosis, dimana proporsi kematiannya mencapai 6,7% dari populasi kematian pada semua umur di Indonesia. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Balitbangkes tahun 2013 menunjukkan prevalensi hipertensi secara nasional mencapai 25,8%. Penderita hipertensi di Indonesia diperkirakan sebesar 15 juta tetapi hanya 4% yang hipertensi terkontrol. Hipertensi terkontrol adalah mereka yang menderita hipertensi dan mereka tahu sedang berobat untuk itu. Sebaliknya sebesar 50% penderita tidak menyadari diri sebagai penderita hipertensi, sehingga mereka cenderung untuk menderita hipertensi yang lebih berat.

Hasil Riskesdas tahun 2013 prevalensi hipertensi hasil wawancara diseluruh provinsi nusa tenggara timur adalah 7,2% dan berada dibawah angka nasional yang mencapai 9,4%. Ditambah dengan penderita yang sedang minum obat hipertensi sendiri meskipun belum pernah didiagnosis dokter, prevalensi seluruh hipertensi di provinsi adalah 7,4% dan berada dibawah prevalensi nasional yang mencapai 9,5%. Tiga kabupaten/kota dengan prevalensi tertinggi semua kasus hipertensi adalah Sikka (11,4%), Ende (11,1%) dan Ngada (11,1%). Adapun prevalensi hasil pengukuran pada usia 15- <18 tahun menurut JNC VII 2003 adalah 23,3% atau berada dibawah prevalensi nasional (25,8%). Tiga kabupaten prevalensi tertinggi hipertensi hasil pengukuran adalah Ngada (29,8%), Flores Timur (28,3%) dan Manggarai Timur (28,1%).

Berdasarkan data yang diperoleh di UPT Panti Sosial Penyantunan Lanjut Usia Budi Agung Kupang pada periode Mei sampai juni 2019 dengan jumlah penderita hipertensi sebanyak 31 lansia (54,3%) dari 59 penghuni panti. Hipertensi lebih banyak dialami oleh perempuan sebanyak 22 lansia (7,1%) sedangkan yang dialami oleh laki-laki sebanyak 9 lansia (2,9%). Upaya penanganan yang dilakukan pada pasien dengan Hipertensi dilakukan terapi komplementer dan Hidroterapi.

Upaya penanganan untuk mengelola penyakit hipertensi termasuk penyakit tidak menular lainnya, Kemenkes RI 2014, membuat kebijakan yaitu mengembangkan dan memperkuat kegiatan deteksi dini hipertensi secara aktif (skrining), meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan deteksi dini melalui kegiatan posbindu PTM, meningkatkan akses penderita terhadap pengobatan hipertensi melalui revitalisasi Puskesmas untuk pengendalian PTM khususnya tatalaksana PTM di fasilitas pelayanan kesehatan dasar seperti Puskesmas ; peningkatan manajemen pelayanan pengendalian PTM secara komperhensif terutama promotif dan preventif, maupun sarana prasarana diagnostik dan pengobatan. Upaya pencegahan dan penanggulangan hipertensi dimulai dengan meningkatkan kesadaran masyarakat dan perubahan pola hidup ke arah yang lebih sehat.

Hipertensi sangat erat hubungannya dengan faktor gaya hidup dan pola makan. Gaya hidup sangat berpengaruh pada bentuk perilaku atau kebiasaan seseorang yang mempunyai pengaruh positif maupun negatif pada kesehatan. Hipertensi belum banyak diketahui sebagai penyakit yang berbahaya, padahal hipertensi termasuk penyakit pembunuh diam-diam, karena penderita hipertensi merasa sehat dan tanpa keluhan berarti sehingga menganggap ringan penyakitnya. Sehingga pemeriksaan hipertensi ditemukan ketika dilakukan pemeriksaan rutin/saat pasien datang dengan keluhan lain. Dampak gawatnya hipertensi ketika telah terjadi komplikasi, jadi baru disadari ketika telah menyebabkan gangguan organ seperti gangguan fungsi jantung koroner, fungsi ginjal, gangguan fungsi kognitif/stroke. Hipertensi pada dasarnya mengurangi harapan hidup para penderitanya. Penyakit ini

menjadi muara beragam penyakit degeneratif yang bisa mengakibatkan kematian. Hipertensi selain mengakibatkan angka kematian yang tinggi juga berdampak kepada mahalannya pengobatan dan perawatan yang harus ditanggung para penderitanya. Perlu pula diingat hipertensi berdampak pula bagi penurunan kualitas hidup. Bila seseorang mengalami tekanan darah tinggi dan tidak mendapatkan pengobatan secara rutin dan pengontrolan secara teratur, maka hal ini akan membawa penderita ke dalam kasus-kasus serius bahkan kematian.

Tekanan darah tinggi yang terus menerus mengakibatkan kerja jantung ekstra keras, akhirnya kondisi ini berakibat terjadi kerusakan pembuluh darah jantung, ginjal, otak dan mata (Wolff, 2006). Kurangnya pengetahuan akan mempengaruhi pasien hipertensi untuk dapat mengatasi kekambuhan atau melakukan pencegahan agar tidak terjadi komplikasi. Hal ini dikarenakan sebagian besar penderita hipertensi lansia bertempat tinggal di pedesaan dan pendidikannya masih rendah. Pendidikan yang rendah pada pasien hipertensi lansia tersebut mempengaruhi tingkat pengetahuan mengenai penyakit hipertensi secara baik. Pengetahuan pasien hipertensi lansia yang kurang ini berlanjut pada kebiasaan yang kurang baik dalam hal perawatan hipertensi.

1.2 Rumusan Masalah

- a) Bagaimana gambaran pengkajian asuhan keperawatan pada lansia dengan Hipertensi di Upt Panti sosial penyantun lanjut usia Budi Agung Kupang?
- b) Bagaimana rumusan diagnosa asuhan keperawatan pada lansia dengan Hipertensi di Upt Panti sosial penyantun lanjut usia Budi Agung Kupang?
- c) Bagaimana perencanaan asuhan keperawatan pada lansia dengan Hipertensi di Upt Panti sosial penyantun lanjut usia Budi Agung Kupang?
- d) Bagaimana implementasi asuhan keperawatan pada lansia dengan Hipertensi di Upt Panti sosial penyantun lanjut usia Budi Agung Kupang?
- e) Bagaimana evaluasi asuhan keperawatan pada lansia dengan Hipertensi di Upt Panti sosial penyantun lanjut usia Budi Agung Kupang ?

1.3 Tujuan Studi Kasus

1.3.1 Tujuan umum

Melakukan proses Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Hipertensi di UPT Panti Sosial Penyantun Usia Lanjut Budi Agung Kupang dengan pendekatan proses keperawatan.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a) Mempelajari pengkajian pada Tn.C.N dengan masalah Hipertensi di UPT Panti Penyantun Usia Lanjut Budi Agung Kupang.
- b) Mempelajari diagnosa keperawatan pada Tn.C.N dengan masalah hipertensi di UPT Panti Penyantun Usia Lanjut Budi Agung Kupang.
- c) Mempelajari perencanaan keperawatan pada Tn.C.N dengan masalah hipertensi di UPT Panti Penyantun Usia Lanjut Budi Agung Kupang.
- d) Mempelajari tindakan keperawatan pada Tn.C.N dengan masalah hipertensi di UPT Panti menyantun Usia Lanjut Budi Agung Kupang.
- e) Mempelajari evaluasi hasil asuhan keperawatan pada Tn.C.N dengan hipertensi di UPT Panti Penyantun Usia Lanjut Budi Agung Kupang.

1.4. Manfaat Studi Kasus

1) Manfaat Teori

Sebagai referensi dalam mengembangkan ilmu keperawatan dimasa yang akan datang khususnya pada pasien dengan Hipertensi.

2) Manfaat Praktis

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan pada pasien Hipertensi di Upt Panti sosial penyantun lanjut usia Budi Agung Kupang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP HIPERTENSI

2.1.1 Pengertian

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah systole diatas 140 mmHg dan tekanan darah diastole diatas 90 mmHg (Brunner dan Suddarth, 2004).

Hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah diastolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan darah diastolic sedikitnya 90 mmHg (Price & Wilson, 2006)

2.1.2 Klasifikasi hipertensi

Klasifikasi tekanan darah pada orang dewasa menurut JNC 7 terbagi menjadi kelompok normal, prahipertensi, hipertensi derajat I, dan hipertensi derajat 2 (yugiantoro 2009).

Tabel 1. Klasifikasi tekanan darah menurut JNC 7

Klasifikasi tekanan darah	Tekanan darah sistolik (mmHg)	Tekanan darah diastolic (mmHg)
Normal	<120	<80
Prahipertensi	120-139	80-89
Hipertensi derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi derajat 2	>160	>100

2.1.3 Etiologi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan, yaitu:

1. Hipertensi Primer (hipertensi esensial)

Hipertensi primer disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. factor yang mempengaruhinya yaitu: genetic, lingkungan, hiperaktifitas saraf simpatis system renin, angiotensin dan peningkatan Na⁺ Ca intraseluler. factor-faktor yang meningkatkan resiko yaitu: obesitas, merokok, alcohol polisitemia, asupan lemak jenuh dalam jumlah besar, dan stres.

2. Hipertensi sekunder

Penyebab dari hipertensi sekunder meliputi: koarktasio aorta, stenosis arteri renalis, penyakit parenkim ginjal, pemakaian preparat kontrasepsi oral, kokain, epoetin alfa dan hipertensi yang ditimbulkan oleh kehamilan. (Kowalak,2016).

2.1.4 Patofisiologi

Proses terjadinya hipertensi dimulai dengan atherosclerosis yang menyebabkan gangguan struktur anatomi pembuluh darah perifer yang berlanjut dengan kekakuan pembuluh darah. Kekakuan pembuluh darah disertai dengan penyempitan karena adanya penumpukan plak yang menghambat gangguan fungsi peredaran darah perifer. Kekakuan pembuluh darah dan kelambanan aliran darah menyebabkan beban jantung bertambah berat yang akhirnya di kompensasi dengan peningkatan upaya pemompaan jantung yang memberikan gambaran peningkatan tekanan darah dalam sistem sirkulasi.

2.1.5 Manifestasi klinis

Manifestasi klinis yang ditemukan pada penderita hipertensi yaitu : sakit kepala, jantung berdebar-debar, sulit bernapas setelah bekerja keras atau mengangkat beban berat, mudah lelah, penglihatan kabur, wajah memerah, hidung berdarah atau mimisan, sering buang air kecil terutama di malam hari, telinga berdenging (tinutis), vertigo, mual, muntah, gelisah (Ruhyanudin,2007).

Hipertensi sulit disadari oleh seseorang karena hipertensi tidak memiliki gejala khusus. Menurut Sutanto (2009) gejala-gejala yang mudah diamati antara lain yaitu : gejala ringan seperti pusing atau sakit kepala, sering gelisah, wajah merah, tengkuk teras pegal, mudah marah, telinga berdeging, sukar tidur, sesak napas, tengkuk rasa berat, mudah lelah, mata berkunang-kunang dan mimisan (darah keluar dari hidung).

2.1.6 Komplikasi

1) Stroke hemoragi;

Hal ini dapat terjadi akibat hemoragi akibat tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak, yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi karena hipertensi kronis apabila arteri memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan penebalan, sehingga aliran darah ke area otak yang diperdarahi berkurang. Arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah hingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma.

2). Infark miokard

Ini dapat terjadi apabila arteri koroner yang arterosklerotik tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melewati pembuluh darah. Pada hipertensi kronik dan hipertrofi ventrikel, kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat dipenuhi dan dapat terjadi iskemia yang menyebabkan infark.

3). Gagal ginjal

GG dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler glomerulus ginjal. Dengan rusaknya glomerulus, aliran darah ke nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Dengan rusaknya membrane glomerulus protein akan keluar melalui urine sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema, yang sering dijumpai pada hipertensi kronis.

4) Ensefalopati (kerusakan otak)

Hal ini dapat terjadi, terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat dan berbahaya). Tekanan yang sangat tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke ruang interstisial di seluruh susunan saraf pusat. Neuron disekitarnya kolaps dan terjadi koma serta kematian.

2.1.7 pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostic atau laboratoriu yang diambil adalah :

- 1).Serum: **Aldosteron**; Supine nilai normal : 2-5 ng/Dl, Standing nilai normal : 7-20 ng/dL, **Kolesterol** plasma total Nilai normal :150-199 mg/dL, Nilai normal **LDL** : 130 mg/dL, Nilai normal **HDL** : 40 mg/dL, **Trigliserida** nilai normal : 250 mg/dL
- 2).Urine : **BUN (Blood Urea Nitrogen)** ; 8-20mg/dl (2.9-7.1 mmo/L), **Renin** ; nilai normal : 0,2-3,3 ng/ml/jam, **Asam urat** ; nilai normal : 2.5-8 mg/Dl
- 3).**Elektrokardiogram (ECG)**; Hipertrofi ventrikel kiri, iskemia.

2.1.8 Penatalaksanaan Hipertensi

- 1). Secara nonfarmakologi

Pada saat seseorang ditegakkan diagnosanya menderita hipertensi derajat satu, maka yang pertma dilakukan adalah mencari faktor resiko apa yang ada. Kemudian dilakukan upaya untuk menurunkan faktor risiko yang ada dengan modifikasi gaya hidup, sehingga dapat dicapai tekanan darah yang diharpkan. Bila dalam waktu 1 (satu) bulan tidak tercapai tekanan darah normal, maka terapi obat diberika. Bila hipertensi derajat dua maka intervensi obat diberikan bersamaan dengan modifikasi gaya hidup.

Pola hidup sehat yang dianjurkan untuk mencegah dan mengontrol hipertensi adalah :

- a) Gizi seimbang dan pembatasan gula, garam dan lemak
- b) Mempertahankan berat badan dan lingkar pinggang ideal
- c) Gaya hidup aktif/olahraga teratur
- d) Stop merokok
- e) Membatasi konsumsi alkohol (bagi yang minum)

- 2). Secara farmakologi

Tatalaksana hipertensi dengan obat dilakukan bila dengan perubahan pola hidup tekanan darah belum mencapai target (masih >149/90 mmHg) atau 130/80 mmHg pada diabetes atau ginjal kronik. Pemilihan obat berdasarkan ada/tidaknya indikasi khusus. Bila tidak ada

indikasi khusus pilhan obat tergantung dari derajat hipertensi. Terdapat 9 kelas obat antihipertensi untuk mencapai target tekanan darah yang diinginkan.

Penam bahan obat kedua dari kelas yang berbeda dimulai apabila pemakaian obat dosis tunggal dengan dosis lazim gagal mencapai target tekanan darah. Apabila tekanan darah melebihi 20/10 mmHg di atas target, dapat di pertimbangkan untuk memulai terapi dengan dua obat.

2.2.Konsep Lansia

2.2.1 Defenisi Lansia

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh, seperti didalam Undang-Undang No 13 tahun 1998 yang isinya menyatakan bahwa pelaksanaan pembangunan nasional yang bertujuan mewujudkan masyarakat adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan Undang- Undang Dasar 1945, telah menghasilkan kondisi sosial masyarakat yang makin membaik dan usia harapan hidup makin meningkat, sehingga jumlah lanjut usia makin bertambah. Banyak diantara lanjut usia yang masih produktif dan mampu berperan aktif dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia pada hakikatnya merupakan pelestarian nilai-nilai keagamaan dan budaya bangsa.

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan, yaitu anak, dewasa dan tua (Nugroho, 2006).

2.2.2 Batasan Lansia

- 1) WHO (1999) menjelaskan batasan lansi adalah sebagai berikut :
 - a) Usia lanjut (elderly) antara usia 60-74 tahun
 - b) Usia tua (old) : 75-95 tahun, dan
 - c) Usia sangat tua (very old) adalah usia >90 tahun
- 2) Depkes RI (2005) menjelaskan bahwa batasan lansia dibagi menjadi tiga kategori, yaitu :
 - a) Usia lanjut presenilis yaitu antara usia 45-59 tahun
 - b) Usia lanjut yaitu usia 60 ke atas,
 - c) Usia lanjut beresiko yaitu usia 70 tahun ke atas atau usia 60 tahun ke atas dengan masalah kesehatan

2.2.3 Ciri Lansia

Ciri-ciri lansia adalah sebagai berikut :

- a). Lansia merupakan periode kemunduran.

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.

- b). Lansia memiliki status kelompok minoritas.

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di masyarakat menjadi negatif, tetapi ada juga lansia yang mempunyai tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif.

c). Menua membutuhkan perubahan peran.

Perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan. Misalnya lansia menduduki jabatan sosial dimasyarakat sebagai Ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW karena usianya.

d). Penyesuaian yang buruk pada lansia.

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula. Contoh : lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah.

2.2.4 Perkembangan Lansia

Usia lanjut merupakan usia yang mendekati siklus kehidupan manusia didunia. Tahap ini dimulai dari 60 tahun sampai akhir kehidupan. Lansia merupakan istilah tahap akhir dari proses penuaan. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua atau tahap penuaan. Masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir, dimana pada masa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial sedikit demi sedikit sehingga tidak dapat melakukan tugasnya sehari-hari lagi (tahap penurunan). Penuaan merupakan perubahan kumulatif pada makhluk hidup, termasuk tubuh, jaringan dan sel, yang mengalami penurunan kapasitas fungsional. Pada manusia, penuaan dihubungkan dengan perubahan degeneratif pada kulit, tulang, jantung, pembuluh darah, paru-paru, saraf dan jaringan tubuh lainnya. Dengan kemampuan regeneratif yang terbatas,

mereka lebih rentan terhadap berbagai penyakit, sindroma dan kesakitan dibandingkan dengan orang dewasa lain. Untuk menjelaskan penurunan pada tahap ini, terdapat berbagai perbedaan teori, namun para ahli pada umumnya sepakat bahwa proses ini lebih banyak ditemukan pada faktor genetik.

2.2.5 Permasalahan Lansia Di Indonesia

Pendapat lain menjelaskan bahwa lansia mengalami perubahan dalam kehidupannya sehingga menimbulkan beberapa masalah. Permasalahan tersebut diantaranya yaitu :

a) Masalah fisik

Masalah yang dihadapi oleh lansia adalah fisik yang mulai melemah, sering terjadi radang persendian ketika melakukan aktivitas yang cukup berat, indera penglihatan yang mulai kabur, indra pendengaran yang mulai berkurang serta daya tahan tubuh yang menurun sehingga sering sakit.

b) Masalah kognitif (intelektual)

Masalah yang dihadapi lansia terkait dengan perkembangan kognitif, adalah melemahnya daya ingat terhadap sesuatu hal (pikun), dan sulit untuk bersosialisasi dengan masyarakat sekitar.

c) Masalah spiritual

Masalah yang dihadapi terkait dengan perkembangan spiritual, adalah kesulitan untuk menghafal kitab suci karena daya ingat yang mulai menurun, merasa kurang tenang ketika mengetahui anggota keluarganya belum mengerjakan ibadah, dan merasa gelisah ketika menemui permasalahan hidup yang cukup serius.

2.2.6 Tujuan pelayanan kesehatan pada lansia

Pelayanan pada umumnya selalu memberikan arah dalam memudahkan petugas kesehatan dalam membeikan pelayanan sosial, kesehatan, perawatan dalam meningkatkan mutu pelayanan bagi lansia. Tujuan pelayanan kesehatan pada lansia terdiri dari :

- 1) Mempertahankan derajat kesehatan pada lansia pada taraf yang setinggi-tingginya, sehingga terhindar dari penyakit atau gangguan.
- 2) Memelihara kondisi kesehatan dengan aktivitas-aktivitas fisik dan mental
- 3) Mencari upaya semaksimal mungkin agar para lansia yang menderita suatu penyakit atau gangguan, masih dapat mempertahankan kemandirian yang optimal
- 4) Mendampingi dan memberikan bantuan moril dan perhatian para lansia yang berada pada fase terminal sehingga lansia dapat menghadapi kematian dengan tenang dan bermartabat.

2.2.7 Pendekatan Perawatan Lansia

1) Pendekatan fisik

Perawatan pada lansia juga dilakukan dengan pendekatan fisik melalui perhatian terhadap kesehatan, kebutuhan, kejadian yang dialami klien lansia semasa hidupnya, perubahan fisik pada organ tubuh, tingkat kesehatan yang masih dapat dicapai dan dikembangkan, dan penyakit yang dapat dicegah atau progersifitas penyakitnya.

Pendekatan fisik secara umum bagi klien lanjut usia dapat dibagi dua bagian :

- a) Klien yang masiih aktif dan memiliki keadaan fisik yang masih mampu bergerak tanpa bantuan orang lain sehingga dalam kebutuhan sehari-hari ia masih mampu melakukan dengan sendirinya.
- b) Klien lansia yang pasif, keadaan fisiknya mengalami kelumpuhan atau sakit. Perawata harus mengetahui dasar perawatan klien lansia ini, terutama yang berkaitan dengan kebersihan perseorangan untuk mempertahankan kesehatann.

2) Pendekatan psikoogis

Perawat mempunyai peranan penting untuk mengadakan pendekatan edukatif pada klien lansia. Perawat dapat berperan sebagai pendukung terhadap segala sesuatu yang asing, penampung rahasia pribadi dan

sahabat yang akrab. Perawat hendaknya memiliki kesabaran dan ketelitian dalam member kesempatan dan waktu yang cukup banyak untuk menerima berbagai bentuk keluhan agar lansia merasa puas. Perawat harus memegang prinsip triple S yaitu sabar, simpatik, dan service. Bila ingin merubah tingkah laku dan pandangan mereka terhadap kesehatan, perawat bisa melakukannya secara perlahan dan bertahap.

3) Pendekatan sosial

Berdiskusi serta bertukar pikiran dan cerita merupakan salah satu upaya perawat dalam melakukan pendekatan sosial. Member kesempatan untuk berkumpul bersama dengan sesama klien lansia berarti menciptakan sosialisasi. Pendekatan sosial ini merupakan pegangan bagi perawat bahwa lansia adalah makhluk sosial yang membutuhkan orang lain. Dalam pelaksanaannya, perawat dapat menciptakan hubungan sosial, baik antara lansia maupun lansia dengan perawat. Perawat member kesempatan seluas-luasnya kepada lansia untuk mengadakan komunikasi dan melakukan rekreasi. Lansia perlu dimotivasi untuk membaca surat kabar dan majalah.

2.2.8 Prinsip Etika Pada Pelayanan Kesehatan Lansia

Beberapa prinsip etika yang harus dijalankan dalam pelayanan pada lansia adalah :

- 1). Empati: istilah empati menyangkut pengertian “simpati atas dasar pengertian yang dalam” artinya upaya pelayanan pada lansia harus memandang seorang lansia yang sakit dengan pengertian, kasih sayang dan memahami rasa penderitaan yang dialami oleh penderita tersebut. Tindakan empati harus dilaksanakan dengan wajar, tidak berlebihan, sehingga tidak memberi kesan over protective dan belas-kasihan. Oleh karena itu semua petugas geriatrik harus memahami proses fisiologis dan patologik dari penderita lansia.
- 2). Non maleficence dan beneficence. Pelayanan pada lansia selalu didasarkan pada keharusan untuk mengerjakan yang baik dan harus

menghindari tindakan yang menambah penderitaan (harm). Sebagai contoh, upaya pemberian posisi baring yang tepat untuk menghindari rasa nyeri, pemberian analgesik (kalau perlu dengan derivat morfin) yang cukup, pengucapan kata-kata hiburan merupakan contoh berbagai hal yang mungkin mudah dan praktis untuk dikerjakan.

- 3). Otonomi yaitu suatu prinsip bahwa seorang individu mempunyai hak untuk menentukan nasibnya, dan mengemukakan keinginannya sendiri. Tentu saja hak tersebut mempunyai batasan, akan tetapi di bidang geriatri hal tersebut berdasar pada keadaan, apakah lansia dapat membuat keputusan secara mandiri dan bebas. Dalam etika ketimuran, seringkali hal ini dibantu (atau menjadi semakin rumit ?) oleh pendapat keluarga dekat. Jadi secara hakiki, prinsip otonomi berupaya untuk melindungi penderita yang fungsional masih kapabel (sedangkan non-maleficence dan beneficence lebih bersifat melindungi penderita yang inkapabel). Dalam berbagai hal aspek etik ini seolah-olah memakai prinsip paternalisme, dimana seseorang menjadi wakil dari orang lain untuk membuat suatu keputusan (misalnya seorang ayah membuat keputusan bagi anaknya yang belum dewasa).

2.3. Teori Proses Menua

2.3.1. Teori – teori biologi

- 1) Teori genetik dan mutasi (somatic mutatie theory)

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies – spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul – molekul / DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi. Sebagai contoh yang khas adalah mutasi dari sel – sel kelamin (terjadi penurunan kemampuan fungsional sel)

- 2) Pemakaian dan rusak

Kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel – sel tubuh lelah (rusak)

- 3) Reaksi dari kekebalan sendiri (auto immune theory)
Di dalam proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh tertentu yang tidak tahan terhadap zat tersebut sehingga jaringan tubuh menjadi lemah dan sakit.
- 4) Teori “immunology slow virus” (immunology slow virus theory)
Sistem immune menjadi efektif dengan bertambahnya usia dan masuknya virus kedalam tubuh dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh.
- 5) Teori stres
Menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah terpakai.
- 6) Teori radikal bebas
Radikal bebas dapat terbentuk dalam bebas, tidak stabilnya radikal bebas (kelompok atom) mengakibatkan oksidasi oksigen bahan-bahan organik seperti karbohidrat dan protein. Radikal bebas ini dapat menyebabkan sel-sel tidak dapat regenerasi.
- 7) Teori rantai silang
Sel-sel yang tua atau usang , reaksi kimianya menyebabkan ikatan yang kuat, khususnya jaringan kolagen. Ikatan ini menyebabkan kurangnya elastis, kekacauan dan hilangnya fungsi.
- 8) Teori program
Kemampuan organisme untuk menetapkan jumlah sel yang membelah setelah sel-sel tersebut mati.

2.3.2 Teori kejiwaan sosial

- 1) Aktivitas atau kegiatan (activity theory)
Lansia mengalami penurunan jumlah kegiatan yang dapat dilakukannya. Teori ini menyatakan bahwa lansia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial.

- 2) Ukuran optimum (pola hidup) dilanjutkan pada cara hidup dari lansia. Mempertahankan hubungan antara sistem sosial dan individu agar tetap stabil dari usia pertengahan ke lanjut usia.
- 3) Kepribadian berlanjut (continuity theory)
Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lansia. Teori ini merupakan gabungan dari teori diatas. Pada teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang lansia sangat dipengaruhi oleh tipe personality yang dimiliki.
- 4) Teori pembebasan (disengagement theory)
Teori ini menyatakan bahwa 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 sering terjadi kehilangan ganda (triple loss), seperti' Kehilangan peran, Hambatan kontak sosial dan Berkurangnya kontak komitmen

2.2.3. Faktor Yang Mempengaruhi Ketuaan

Penuaan dapat terjadi secara fisiologis dan patologi. Bila seseorang mengalami penuaan fisiologis (*physiological aging*), diharapkan mereka dapat tua dalam keadaan sehat. Penuaan ini sesuai dengan kronologis usia dipengaruhi oleh faktor endogen.

Perubahan ini dimulai dari sel jaringan organ sistem pada tubuh. Sedangkan faktor lain yang juga berpengaruh pada proses penuaan adalah faktor eksogen seperti lingkungan, sosial budaya, dan gaya hidup. Mungkin pula terjadi perubahan degeneratif yang timbul karena stress yang dialami individu (Pudjiastuti& Utomo, 2003). Yang termasuk faktor lingkungan antara lain pencemaran lingkungan akibat kendaraan bermotor, pabrik, bahan kimia, bising, kondisi lingkungan yang tidak bersih, kebiasaan menggunakan obat dan jamu tanpa kontrol, radiasi sinar matahari, makanan berbahan kimia, infeksi virus, bakteri dan mikroorganismen lain.

Faktor endogen meliputi genetik, organik dan imunitas. Faktor organik yang dapat ditemui adalah penurunan hormone pertumbuhan,

penurunan hormone testosterone, peningkatan prolaktin, penurunan melatonin, perubahan folicel stimulating hormon dan luteinizing hormone). Menurut Wahyudi Nugroho (2008), faktor yang mempengaruhi penuaan adalah hereditas (keturunan), nutrisi/makanan, status kesehatann, pengalaman hidup, lingkungan dan stress.

2.2.4. Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial dan sexual (Azizah dan Lilik M, 2011.).

2.2.4.1 Perubahan Fisik

1). Sistem Indra

Sistem pendengaran; Prebiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.

2). Sistem Intergumen

Pada lansia kulit mengalami atropi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan atropi glandula sebacea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot.

3). Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia: Jaaringan penghubung (kolagen dan elastin), kartilago, tulang, otot dan sendi. Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur. Kartilago: jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi, sehingga permukaan sendi menjadi rata. Kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung kearah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendiaan menjadi rentan

terhadap gesekan. Tulang: berkurangnya kepadatan tulang setelah diamati adalah bagian dari penuaan fisiologi, sehingga akan mengakibatkan osteoporosis dan lebih lanjut akan mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur. Otot: perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serat otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif. Sendi; pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament dan fasia mengalami penuaan elastisitas.

4). Sistem kardiovaskuler

Perubahan pada sistem kardiovaskuler pada lansia adalah massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga peregangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat. Perubahan ini disebabkan oleh penumpukan lipofusin, klasifikasi SA Node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

5). Sistem respirasi

Pada proses penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.

6). Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun (kepekaan rasa lapar menurun), liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah.

7). Sistem perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

8). Sistem saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atrofi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

9). Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovarium dan uterus. Terjadi atrofi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

2.2.4.2 Perubahan Kognitif

Memory (Daya ingat, Ingatan), IQ (Intelligent Quotient), Kemampuan Belajar (Learning), Kemampuan Pemahaman (Comprehension), Pemecahan Masalah (Problem Solving), Pengambilan Keputusan (Decision Making), Kebijaksanaan (Wisdom), Kinerja (Performance), Motivasi

2.2.4.3 Perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental :

Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa, Kesehatan umum, Tingkat pendidikan, keturunan (hereditas), lingkungan, gangguan syaraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian, gangguan konsep diri akibat kehilangan jabatan, rangkaian dari kehilangan , yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan famili, hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri.

2.2.4.4 Perubahan konsep diri.

Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya. Lansia semakin matang (mature) dalam kehidupan keagamaan, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari.

2.2.4.5 Perubahan Psikososial

1). Kesepian

Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti

menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.

2). Duka cita (Bereavement)

Meninggalnya pasangan hidup, teman dekat atau bahkan hewan kesayangan dapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah rapuh pada lansia. Hal tersebut dapat memicu terjadi gangguan fisik dan kesehatan.

3). Depresi

Duka cita yang berlanjut akan menimbulkan perasaan kosong, lalu diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut menjadi suatu episode depresi. Depresi juga dapat disebabkan karena stres lingkungan dan menurunnya kemampuan adaptasi.

4). Gangguan cemas

Dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik, gangguan cemas umum, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan-gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.

5). Parafrenia

Suatu bentuk skizofrenia pada lansia, ditandai dengan waham (curiga), lansia sering merasa tetangganya mencuri barang-barangnya atau berniat membunuhnya. Biasanya terjadi pada lansia yang terisolasi/diisolasi atau menarik diri dari kegiatan sosial.

6). Sindroma Diogenes

Suatu kelainan dimana lansia menunjukkan penampilan perilaku sangat mengganggu. Rumah atau kamar kotor dan bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urin nya, sering menumpuk barang dengan tidak teratur. Walaupun telah dibersihkan, keadaan tersebut dapat terulang kembali.

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi

2.4.1 Pengkajian

1) Biodata

Nama klien perlu diketahui untuk mengidentifikasi kebenaran nama dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif. Alamat perlu dilengkapi secara jelas untuk bisa di hubungi. Umur perlu diketahui untuk mengetahui berapa umur pasien sekarang sehingga tidak salah dalam pemberian dosis obat, melakukan tindakan keperawatan dan melayani terapi guna mempercepat proses penyembuhan pasien di pelayanan kesehatan. Pekerjaan pasien perlu dikaji untuk mengetahui kondisi ekonomi dalam proses administrasi pasien selama dirawat difasilitas kesehatan. Tanggal masuk perlu diketahui berapa lama klien tinggal di panti. Alasan masuk panti karena suami meninggal.

2) Riwayat Keluarga

Pasangan (Apabila pasangan masih hidup): Status kesehatan, Umur, Pekerjaan. Anak –anak (Apabila anak-anak masih hidup): Nama dan alamat.

3) Riwayat Pekerjaan

Status pekerjaan saat ini, Pekerjaan sebelumnya, Sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan.

4) Riwayat lingkungan hidup.

Tipe tempat tinggal, Jumlah kamar, Jumlah tingkat, Jumlah orang yang tinggal serumah, Derajat privasi, Tetangga terdekat.

5) Riwayat Rekreasi.

Hobi/minat, Keanggotaan kelompok, Liburan/perjalanan.

6) Sumber/ sistem pendukung yang digunakan :

- a) Dokter rumah sakit
- b) Kontrol kesehatan di rumah sakit
- c) Klinik
- d) Pelayanan kesehatan di rumah.

- 7) Riwayat kesehatan saat ini.
 - a) Penyakit yang diderita satu tahun terakhir.
 - b) Penyakit yang diderita saat ini.
 - c) Keluhan yang dialami satu tahun terakhir.
 - d) Keluhan saat ini.
 - e) Pengetahuan atau pemahaman dan penatalaksanaan kesehatan misalnya diet khusus atau mengganti balutan.
 - f) Penggunaan obat.
 - g) Nama obat.
 - h) Dosis obat.
 - i) Bagaimana atau kapan menggunakan.
 - j) Dokter yang menginstruksikan.
 - k) Tanggal resep.
- 8) Riwayat Alergi (catat agen dan reaksi spesifik) : obat-obatan, makanan, kontak substansi dan factor lingkungan.
- 9) Riwayat peningkatan/penurunan berat badan.

Indeks Massa Tubuh, Pola konsumsi makanan (misal frekuensi, sendiri/dengan orang lain) .
- 10) Pola istirahat tidur, lama tidur, gangguan tidur yang sering dialami.
- 11) Riwayat kesehatan masa lalu. : penyakit kanak-kanak, penyakit serius kronik, trauma, pembedahan, dan riwayat obstetric.
- 12) Riwayat Keluarga

Silsilah keluarga (identifikasi kakek atau nenek, orang tua, paman, bibi, saudara kandung, pasangan, anak-anak), Riwayat penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga .
- 13) Tinjauan sistem

Dalam tinjauan sistem ini penulis melakukan pemeriksaan fisik dari kepala sampai kaki menggunakan metode auto dan allo anamnesa serta Inpeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (IPPA) yang diawali dengan penilaian tingkat kesadaran dengan nilai normal 15 yang terdiri dari membuka mata dengan spontan nilainya 4, mampu berbicara secara

verbal dengan nilai 5 dan klien mampu menunjukkan tempat yang sakit dengan nilai 6. Dan di ikuti dengan pengukuran TTVI: Tekanan darah, Nadi, Suhu, RR:

a). Kepala,

Untuk daerah kepala, mata, hidung, telinga dan heler penulis melakukan pemeriksaan dengan metode Inspeksi dan Palpasi saja; saat Inspeksi terlihat bentuk kepala, warna rambut, terdapat lesi, ketombe pada rambut dan kebersihan kepala; pada mata bentuk mata, kesimetrisan mata kiri dan kanan, konjungtiva; bentuk telinga kiri dan kanan, kelainan pada telinga. kelainan hidung, adanya mimisan, kotor atau bersih; adanya kelainan pada leher, adanya lesi, edema, kemerahan dan palpasi apakah ada pembesaran kelenjar tiroid, dan JVP; sedangkan saat dilakukan palpasi untuk mengetahui apakah terdapat nodul; apakah terjadi edema atau pembengkakan pada mata.apakah ada nyeri tekan dan adanya kotoran di daerah telinga; di daerah sinus hidung apakah terjadi nyeri tekan; dan pengukuran vona jugolari pada lehe.

b). Dada

Untuk dada dilakukan dengan cara Inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (IPPA); saat dilakukan inspeksi terlihat bentuk dada, kesimetrisan, retraksi dinding dada; saat dilakukan Palpasi untuk mengetahui batas jantung atas setinggi iga 2 dan bjb setinggi iga ke 6, bjki sejajar dengan gari midklavikula sedangkan bjka sejajar dengan garis prosesuspoideus, perkusi untuk mengetahui batas jantung dengan bunyi ketokan padat menunjukkan adanya jantung bagia dalam, sedangkan auskultasi untuk mendengarkan bunyi jantung I terdengar pada S1 dan S2 bunyi jantung 2 terdengar pada S3 dan S4 bunyi janutng tambahan terdengar jika ada kelainan pada jantung atau bunyi jantung murmur.

c). Abdomen:

Inspeksi bentuk abdomen apakah terjadi kelainan, adanya lesi. Sedangkan **palpasi** dilakukan dengan palpasi ringan atau palpasi dalam tergantung tujuan untuk mengetahui bentuk, ukuran, dan konsistensi organ-organ dan struktur-struktur dalam perut, palpasi ringan dilakukan untuk mengetahui area-area nyeri tekan dan adanya massa, palpasi dalam dilakukan untuk mengetahui keadaan hepar, lien, ginjal, dan kandung kemih. Lakukan **perkusi** di empat kuadran dan perhatikan suara yang timbul pada saat melakukannya dan bedakan batas-batas dari organ dibawah kulit. Organ berongga seperti lambung, usus, kandung kemih berbunyi timpani, sedangkan bunyi pekak terdapat pada hati, limfa, pankreas, ginjal. Tehnik perkusi yaitu pertama kali yakinkan tangan pemeriksa hangat sebelum menyentuh perut pasien Kemudian tempatkan tangan kiri dimana hanya jari tengah yang melekat erat dengan dinding perut. Selanjutnya diketok 2-3 kali dengan ujung jari tengah tangan kanan. Lakukanlah perkusi pada keempat kuadran untuk memperkirakan distribusi suara timpani dan redup. Biasanya suara timpanilah yang dominan karena adanya gas pada saluran gastrointestinal, tetapi cairan dan faeces menghasilkan suara redup. Pada sisi abdomen perhatikanlah daerah dimana suara timpani berubah menjadi redup. Periksalah daerah suprapublik untuk mengetahui adanya kandung kencing yang teregang atau uterus yang membesar. Perkusilah dada bagian bawah, antara paru dan arkus costa, Anda akan mendengar suara redup hepar disebelah kanan, dan suara timpani di sebelah kiri karena gelembung udara pada lambung dan fleksura splenikus kolon. Suara redup pada kedua sisi abdomen mungkin menunjukkan adanya asites. **Auskultasi** abdomen dengan normal bising usus 15-35 x/menit:Letakkan kepala stetoskop sisi diafragma yang telah dihangatkan di daerah kuadran kiri bawah. Berikan tekanan ringan,

minta pasien agar tidak berbicara. Bila mungkin diperlukan 5 menit terus menerus untuk mendengar sebelum pemeriksaan menentukan tidak adanya bising usus.

Dengarkan bising usus apakah normal, hiperaktif, hipoaktif, tidak ada bising usus dan perhatikan frekwensi/karakternya; Bila bising usus tidak mudah terdengar, lanjutkan pemeriksaan dengan sistematis dan dengarkan tiap kuadran abdomen. Dan dilanjutkan dengan menggunakan sisi bel stetoskop, untuk mendengarkan bunyi desiran dibagian epigastrik dan pada tiap kuadran diatas arteri aortik, ginjal, iliaka, femoral dan aorta torakal. Pada orang kurus mungkin dapat terlihat gerakan peristaltik usus atau denyutan aorta.

d). Extremitas,

ispeksi bentuk ekstremitas apakah ada kelainan bentuk, adanya lesi, edema, dan kemerahan. Palpasi apakah ada nodul dan nyeri tekan pada daerah ekstremitas atas dan bawah.

Tabel 2. Tes koordinasi/keseimbangan

No.	Aspek penilaian	Keterangan	Nilai
1	Berdiri dengan postur normal		4
2	Berdiri dengan postur normal (dengan mata tertutup)		
3	Berdiri dengan satu kaki	Kanan : Kiri :	1
4	Berdiri, fleksi trunk, dan berdiri ke posisi netral		3
5	Berdiri, lateral dan fleksi trunk		3
6	Berjalan, tempatkan salah satu tumit di depan jari kaki yang lain		3
7	Berjalan sepanjang garis lurus		4
8	Berjalan mengikuti tanda gambar pada lantai		3
9	Berjalan mundur		3
10	Berjalan mengikuti lingkaran		3
11	Berjalan dengan tumit		2
12	Berjalan dengan ujung kaki		1
	JUMLAH		29

Kriteria penilaian:

4 : melakukan aktifitas dg lengkap

3 : sedikit bantuan (untuk keseimbangan)

2 : dengan bantuan sedang – maksimal

1 : tidak mampu melakukan aktivitas

Keterangan:

42 – 54 : Melakukan aktifitas dengan lengkap

28 – 41 : Sedikit bantuan (untuk keseimbangan)

14 – 27 : Dengan bantuan sedang sampai maksimal

Table.3 Pemeriksaan Indeks Barthel

No	Jenis aktivitas	Nilai		Penilaian
		Bantuan	Mandiri	
1	Makan/minum	5	10	10
2	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur/sebaliknya	5-10	15	15
3	Kebersihan diri: cuci muka, menyisir, dll	0	5	5
4	Keluar/masuk kamar mandi	5	10	10
5	Mandi	0	5	5
6	Berjalan (jalan datar)	10	15	15
7	Naik turun tangga	5	10	5
8	Berpakaian/bersepatu	5	10	10
9	Mengontrol defekasi	5	10	10
10	Mengontrol berkemih	5	10	10
	Jumlah			95

Keterangan :

0 – 20 : Ketergantungan penuh/total

21 – 61 : Ketergantungan berat

62 – 90 : Ketergantungan moderat

91 – 99 : Ketergantungan ringan

100 : Mandiri

Tabel 4. Pemeriksaan short table mental status questionare

Benar	Salah	No	Pertanyaan
		1	Tanggal berapa hari ini
		2	Hari apa sekarang
		3	Apa nama tempat ini
		4	Dimana alamat anda
		5	Kapan anda lahir
		6	Berapa umur anda
		7	Siapa presiden Indonesia sekarang
		8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya

		9	Siapa nama ibu anda
		10	Angka 20 dikurangi 3=? Dan seterusnya dikurangi 3

Keterangan :

Salah 0-3 : fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : kerusakan intelektual ringan

Salah 6-8 : kerusakan intelektual sedang

Salah 9-10: kerusakan intelektual berat

Tabel.5 mini mental status exam (MMSE)

ITEM	TES	NILAI MAX	NILAI
1	ORIENTASI Sekarang (tahun), (musim), (bulan), (tanggal), hari apa?	2	4
2	Kita berada dimana? (Negara), (provinsi), (kota), (rumah sakit), (lantai/kamar)	2	
3	REGISTRASI Sebutkan 3 buah nama benda (apel, meja, koin) tiap benda 1 detik	4	4
4	ATENSI DAN KALKULASI Kurangi 100 dengan 7. Nilai 1 untuk setiap jawaban benar. Hentikan selama 5 jawaban. Atau disuruh mengeja terbalik kata "DUNIA" (nilai diberikan pada huruf yang benar sebelum kesalahan; misalnya "a I u n d"=3	1	1
5	MENGINGAT KEMBALI (RECALL) Klien diminta inggat kembali nama benda diatas	3	3
6	BAHASA Klien diminta menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (pensil, buku).	4	15
7	Klien diminta mengulang kata-kata "namun",	1	
8	"bila"	3	
9	Klien diminta melakukan perintah : "ambil kertas ini dengan tangan anda, lipatlah menjadi dua bagian dan letakkan dilantai"	2	
10	Klien disuruh membaca dan melakukan perintah "pejamkan mata anda"	3	
11	Klien disuruh menulis dengan spontan Klien diminta menggambarkan bentuk dibawah ini	2	
TOTAL			

Keterangan :

Skor 24-30 : normal

Nilai 18-23 : gangguan kognitif sedang

Nilai 0-17 : gangguan kognitif berat

Tabel.6 Pemeriksaan Apgar Keluarga

NO	Pernyataan	Kriteria Nilai		
		Selalu	Kadang-kadang	Hampir tdk pernah
1	Saya puas bisa kembali pada keluarga (teman) saya untuk membantu saya pada waktu sesuatu menyusahkan saya.			0
2	Saya puas dgn cara keluarga (teman) saya membicarakan sesuatu dan mengungkapkan masalah dengan saya.		1	
3	Saya puas bahwa keluarga (teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya dalam melakukan aktivitas	2		
4	Saya puas dgn cara keluarga (teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi saya seperti marah, sedih, atau mencintai		1	
5	Saya puas dengan cara teman saya menyediakan waktu bersama-sama		1	

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Nanda 2015 dalam studi kasus ini ditemukan 3 diagnosa keperawatan yaitu :

- 1) Penurunan curah jantung (00029)
- 2) Nyeri akut (00132)
- 3) Intoleransi aktivitas (00092)
- 4) Kurang pengetahuan (00126)

2.4.3.intervensi keperawatan

- 1) Penurunan curah jantung (00029)

Noc : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam status kardiovaskuler pasien dalam rentang normal dengan kriteria hasil :

- a) Tanda vital dalam batas normal
- b) Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan
- c) Tidak ada edema paru, perifer dan tidak ada asites
- d) Tidak ada penurunan kesadaran

Nic :

- a) Evaluasi nyeri dada seperti intensitas, lokasi, radisi, durasi, dan presipitasi dan factor yang memberatkan.
- b) Dokumentasi adanya disritmia jantung
- c) Monitor status respirasi untuk gejala gagal jantung
- d) Instruksikan kepada pasien tentang pentingnya menginformasikan jika terdapat ketidaknyamanan pada dada
- e) Kaji toleransi pasien terhadap aktivitas terhadap perubahan ; napas pendek, nyeri, palpitasi dan pusing.

2) Nyeri akut kode (00132)

NOC ;setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien akan bebas dari dengan criteria hasil :

- a) Mengenali kapan nyeri terjadi nyeri
- b) Menggambarkan faktor penyebab nyeri
- c) Menggunakan tindakan pencegahan nyeri
- d) Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesic

NIC :

- a) Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif..
- b) observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan.
- c) Monitor tanda-tanda vital
- d) Ajarkan teknik nonfarmakologi (relaksasi dengan tarik napas dalam).

3) Intoleransi aktivitas kode (00092)

NOC : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien bertoleransi terhadap aktivitaas dengan kriteria hasil :

- a) Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah nadi dan RR.

- b) Mampu melakukan aktivitas secara mandiri sehari-hari.
- c) Keseimbangan aktivitas dan istirahat.

NIC :

- a) Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aaktivitas.
- b) Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan.
- c) Monitor nutrisi dan sumber energy yang adekuat
- d) Monitor tidur dan lamanya pasien
- e) Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik.
- f) Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai.

4) Kurang pengetahuan kode (00126)

NOC : setelah dilakukan tindakan selama dalam perawatan 3x24 jam pasien menunjukkan pengetahuan tentang proses penyakit dengan criteria hasil :

- a) Pasien dan keluarga menyatakan telah memahami penyakit yang diderita.
- b) Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur penetalaksanaan yang telah dijelaskan oleh tenaga kesehatan.
- c) Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang telah dijelaskan oleh tenaga kesehatan.

NIC :

- a) Kaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit yang spesifik
- b) Kenali pengetahuan pasien mengenai kondisinya.
- c) Jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit sesuai kebutuhan.
- d) Jelaskan alasan dibalik manajemen terapi/penanganan yang direkomendasi.

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi dibuat sesuai dengan tindakan yang diberikan

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan dimana kita melihat keberhasilan dalam implementasi

BAB III

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 HASIL STUDI KASUS

3.1.1 Gambaran lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia Budi Agung Kupang yang berdiri pada tahun 1968, dengan nama Panti Tresna Werdha Budi Agung Kupang, dan sudah dipimpin oleh 7 orang pimpinan termasuk pimpinan yang sekarang. Panti tersebut beralamat di jalan Rambutan nomor 9 Oepura Kupang. Merupakan UPT kantor wilayah Departemen Sosial Provinsi Nusa Tenggara Timur, yang dipimpin oleh Agustinus Gervasius, S.Pi. Pada tahun 2000, setelah departemen social di likuidasi dan dalam pelaksanaan otonomi daerah, panti penyantunan lanjut usia diserahkan kepada daerah dan berubah nama menjadi UPT Panti Sosial Penyantunan Lanjut Usia Budi Agung Kupang dan pada tahun 2017 pemerintah melakukan perampingan stuktur organisasi sehingga berubah nama lagi menjadi UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia di Kupang Pada Dinas Sosial Provinsi NTT dengan visi “menuju lanjut usia sejahtera di hari tua” dan misi meningkatkan pelayanan kepada lansia melalui pemenuhan sandanSg, pangan dan papan. Meningkatkan jaminan sosial dan meningkatkan hubungan yang harmonis antara lansia dengan lansia, lansia dengan keluarga dan lansia dengan masyarakat.

Secara garis besar UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia Budi Agung Kupang mempunyai kapasitas tampung 100 orang. Kapasitas isi sebanyak 85 orang yang menempati 11 wisma, 3 wisma ditempati oleh lansia laki-laki, yaitu 1) Wisma Cemara, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh tinggal di luar wisma. 2). Wisma Mawar, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh tinggal di luar wisma. 3) Wisma Kenanga, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 7 orang lansia dan 1 orang pengasuh. Dan 7 wisma lain di tempati oleh lansia wanita antara lain : 1) Wisma Melati terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 6 orang lansia dan 1

orang pengasuh. 2) Wisma Teratai, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh. 3) Wisma Flamboyan, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh. 4). Wisma Cempaka, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 4 orang lansia dan 1 orang pengasuh. 5) Wisma Sakura, terdapat 7 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh. 6). Wisma Bougenvil, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh. 7) Wisma Kamboja, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 4 orang lansia dan 1 orang pengasuh. Sedangkan 1 wisma ditempati oleh lansia yang berkeluarga, yaitu Wisma Anggrek, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 3 pasang lansia dan 1 orang pengasuh. Sumber daya manusia yang memberikan pelayanan kepada penerima manfaat adalah pegawai negeri sipil sebanyak 25 orang, dengan rincian : Sarjana (S1) 9 orang, Diploma III (D 3) 6 orang dan SMA 11 orang, dan pegawai non PNS 11 orang dengan rincian Sarjana (S1) 4 orang, Diploma III (D 3) 3 orang dan SMA 4 orang.

Lansia yang disantun di UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia Budi Agung Kupang adalah lansia yang terlantar atau diterlantarkan sehingga tidak dipungut biaya penampungan. Lansia yang akan disantun harus memenuhi beberapa persyaratan diantaranya : Laki-laki/perempuan yang berusia 60 tahun ke atas, terlantar atau diterlantarkan dan miskin serta tidak mampu memenuhi kebutuhan jasmani, rohani maupun sosial, bersedia secara individu ataupun keluarga untuk disantun, sehat dan tidak menyidap penyakit menular atau masalah kejiwaan, bersedia untuk mengikuti peraturan yang berlaku di panti.

Sistem pelayanan kesehatan kepada lansia di UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia Budi Agung Kupang dilayani oleh seorang perawat dan 2 orang dokter. Dengan bekerja sama dengan Puskesmas Sikumana dan semua rumah sakit yang berada di Kota Kupang. Perawat selain melakukan pemeriksaan fisik dan kesehatan pada lansia juga memberikan ceramah atau penyuluhan kesehatan setiap hari selasa dan memberikan beberapa terapi non farmakologi seperti terapi tertawa, senam otak (*brain gims*) dan hidroterapi

(rendam kaki pada air hangat). Sedangkan dokter melakukan pemeriksaan kesehatan pada lansia setiap hari sabtu dan pada situasi yang insidental.

3.1.2 Pengkajian Keperawatan

- 1) Identitas pasien : Tn.C.N umur 71 tahun, jenis kelamin laki-laki, suku timor soe, agama Kristen protestan, pendidikan terakhir SMA, status perkawinan menikah, tanggal masuk panti 16 juni 2014, alasan masuk panti bapak tidak tau dan hanya diantar oleh pak pendeta ke panti saja, tidak ada orang terdekat yang bisa dihubungi.
- 2) Riwayat keluarga istrinya meninggal pada tahun 2002, penyebab kematian karena gastritis, dan anak-anaknya juga sudah meninggal pada tahun 2002 penyebab kematian batuk terus menerus.
- 3) Riwayat pekerjaan saat ini tidak ada, pekerjaan sebelumnya sekretaris desa, sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan ditanggung oleh pemerintah.
- 4) Riwayat lingkungan hidup : tipe tempat tinggal semi permanen, jumlah kamar ada 4, jumlah orang yang tinggal serumah ada empat orang.
- 5) Riwayat penyakit yang diderita Tn.C.n satu tahun terakhir dan saat ini hipertensi, keluhan saat ini kepala pusing, tengkuk terasa tegang dan nyeri (skala 5 : nyeri sedang). Penggunaan obat amlodiphine basilate dengan dosis 10mg diminum pada malam hari.
- 6) Riwayat alergi : tidak ada riwayat alergi obat dan makanan, Pola nutrisi kebiasaan makan ikan kering, makanan yang asin dan daging, Diet khusus pembatasan makanan ikan kering, dan daging.
- 7) Riwayat peningkatan berat 45 kg, IMT 18,75 normal. Pola makan : pola makan Tn.C.N baik sehari makan 3 kali. Pola tidur tidur ; lama tidur 2-6 jam, gangguan tidur yang dialami Tn.C.N tidak bisa tidur karena kepala pusing dan tengkuk terasa tegang.
- 8) Tinjauan system : tingkat kesadaran composmentis dengn GCS : E4/M6/V5. Tanda tanda vital TD : 170/80mmHg, nadi :78x/menit, suhu :36,2C, pernapasan :23x/menit. Penilaian umum : tidak mengalami kelelahan, tidak ada perubahan berat badan, ada perubahan napsu

makan, kesulitan tidur di malam hari. Integument : tidak ada lesi, terdapat perubahan pigmentasi, tidak ada perubahan pada tekstur kulit, ada perubahan rambut (uban), turgor kulit baik. Kepala : pasien mengalami nyeri pada kepala, pusing, tidak ada trauma pada kepala. Mata : tidak ada masalah pada indera penglihatan pasien. Telinga : pasien mengalami perubahan pendengaran. Hidung : pasien tidak ada masalah yang berhubungan dengan hidung. Mulut dan tenggorokan : pasien tidak ada masalah yang berhubungan dengan mulut dan tenggorokan. Leher : pasien tidak ada masalah yang berhubungan dengan leher. Pernapasan : pasien tidak ada masalah yang berhubungan dengan pernapasan. Kardiovaskuler : pasien tidak ada masalah yang berhubungan dengan jantung. Gastrointestinal : pasien tidak ada masalah yang berhubungan dengan gastroeintestinal. Perkemihan : pasien tidak ada masalah yang berhubungan dengan perkemihan. Musculoskeletal : tidak ada masalah yang berhubungan dengan muskuloskeletal.

9) Riwayat psikososial : pasien tidak memiliki masalah psikososial.

a) Status fungsional (indeks barthel)

Pasien mampu melakukan semua aktivitas makan/minum, kebersihan diri, keluar masuk kamar mandi, berjalan, naik turun tangga, berpakaian/bersepatu, mengontrol BAB/BAK.

Nilai indeks barthel : 100. Kesimpulannya : pasien melakukan semua aktivitas secara mandiri

b) Status kognitif (status portable mental status questionnaire/SPMSQ)

Pasien mampu mengetahui nama tempat tinggal, alamat tempat tinggal, tempat tanggal lahir dan ingat nama ibunya, pasien lupa tanggal, hari, umurnya dan pasien juga tidak mengetahui presiden sekarang dan sebelumnya

Nilai status kognitif : . 4. Kesimpulannya : Tn.C.N mengalami kerusakan intelektual ringan.

c) Mini Mental Status Exam (MMSE)

Pada fase orientasi pasien hanya mengetahui tahun, musim, negara, provinsi untuk bulan tanggal dan hari pasien tidak mengetahui. Pada fase registrasi, pasien mampu menyebutkan 3 dari 3 objek yang disebutkan petugas. Pada fase atensi dan kalkulasi. Pasien mampu mengurangi angka 100 dengan 7,6,5,4,3 tetapi membutuhkan waktu untuk bisa menjawabnya dan pasien nampak bingung mengeja kata dunia secara terbalik. Pada fase mengingat kembali, pasien mampu menyebutkan 3 dari 3 benda yang ditunjuk petugas. Pada fase pengertian verbal, pasien mampu mengulang kata-kata yang diucapkan petugas. Pada fase pengertian verbal, pasien mampu melakukan perintah yang ditulis petugas. Pada fase perintah tertulis, pasien mampu melakukan perintah yang ditulis petugas. Pada fase menulis kalimat, pasien mampu menulis satu kalimat yang bermakna. Pada fase menggambar konstruksi, pasien bisa menirukan gambar yang diberikan petugas.

Nilai MMSE : 23. Kesimpulannya : Tn.C.N mengalami gangguan kognitif sedang.

d) Status fungsi sosial (APGAR Keluarga)

Pasien mengatakan hamper tidak pernah kembali ke keluarganya. Pasien mengatakan kadang-kadang teman-temannya menerima dan mendukung keinginan dalam melakukan aktivitas. Pasien mengatakan kadang-kadang teman-temannya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi seperti marah, sedih, atau mencintai.

Nilai : 4. Kesimpulannya : pasien mengalami disfungsi keluarga sedang.

3.1.3 Analisis Data

Data-data yang ditemukan kemudian dibuat analisa data sebagai berikut :

Data subyektif : Tn.C.N mengatakan bahwa kepala terasa sakit, nyeri dan terasa tegang.

Data obyektif : P : tidak menentu, Q : tumpul, R : menyebar sampai leher, S : Skala nyeri : 5(nyeri sedang), T : tidak menentu. Tanda-tanda vital : tekanan darah 170/80 mmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36,2°C, Pernapasan 23x/menit. Berdasarkan data diatas penulis dapat merumuskan masalah keperawatan Nyeri Akut.

Data subyektif : Tn.C.N mengatakan susah tidur karena nyeri yang dirasakan.

Data obyektif : Tn.C.N mengatakan susah tidur karena nyeri yang dirasakan, Tn.C.N hanya tidur 1-2 jam terdapat bantalan hitam pada mata.

Dari data-data diatas dapat ditemukan masalah gangguan pola tidur.

Data subyektif : Tn.C.N mengatakan tidak tahu tentang penyebab, dan gejala penyakit yang dialaminya.

Data Obyektif : Pasien tampak bingung, sering menanyakan tentang kondisi penyakitnya, dan data pendukungnya pada pemeriksaan status kognitif (SPMSQ) pasien mengalami kerusakan intelektual ringan dan pada pemeriksaan (MMSE) pasien mengalami gangguan kognitif sedang.

Dari data-data diatas dapat ditemukan masalah keperawatan Kurang pengetahuan

3.1.4 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa data maka dapat ditegakan diagnosa keperawatan yaitu : Nyeri akut (00132), gangguan pola tidur (00198) dan kurang pengetahuan (00126)

3.1.5. Intervensi Keperawatan NANDA NIC DAN NOC

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditetapkan pada Tn.C.N maka intervensi yang dapat diterapkan menurut NANDA NIC NOC 2015 adalah sebagai berikut :

Diagnosa I nyeri akut(00132) : **NOC** : (1605)Pain Control dengan kriteria 1)Mengenali kapan nyeri terjadi , 2)Menggambarkan faktor penyebab, 3)Menggunakan tindakan pencegahan, 4)Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik. **NIC** : (1400)Pain Management : 1). Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif. 2) observasi reaksi non

verbal dari ketidaknyamanan. 3). Monitor tanda-tanda vital. 4). Ajarkan teknik nonfarmakologi (relaksasi dengan tarik napas dalam).

Diagnose II Gangguan Pola Tidur(00198) : **NOC** : (00146), Sleep And Pattern dengan criteria hasil jumlah tidur dalam batas normal, pola tidur kualitas tidur dalam batas norma, persaan segar sesudah tidur, mampu mengidentifikkasi hal yang meningkatkan tidur. **NIC** : Sleep enhancement(1850): 1) kaji pola tidur pasien, 2) jelaskan pentingnya tidur yang adekuat kepada klien dan keluarga, 3) identifikasi penyebab gangguan tidur.

Diagnosa III Kurang Pengetahuan dengan (00126), **NOC** : Pasien dan keluarga menyatakan telah memahami penyakit yang diderita,Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur penetalaksaan yang telah dijelaskan oleh tenaga kesehatan, Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang telah dijelaskan oleh tenaga kesehatan. **NIC** : Pendidikan pasien kode (5602) Pengajaran proses penyakit. 1) Kaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit yang spesifik.2) Kenali pengetahuan pasien mengenai kondisinya, 3) Jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit sesuai kebutuhan, 4) Identifikasi kemungkinan penyebab sesuai kebutuhan, 5) Jelaskan alasan dibalik manajemen terapi/penanganan yang direkomendasi.

3.1.6 Implementasi Keperawatan

1) Diagnosa I dilakukan tindakan pada selasa, 28 Mei 2019, jam 08.30 melakukan pengkajian nyeri, mengajarkan teknik relaksasi, memonitor tanda-tanda vital. Untuk Diagnosa II dilakukan tindakan pada jam 08.40 mengkaji pola tidur pasien, menjelaskan pentingnya tiidur yang adekuat, mengidentifikkasi penyebab gangguan tidur. Untuk Diagnosa III dilakukan tindakan pada Jam 09.00 mengkaji tingkat pengetahuan pasien mengenai proses penyakit, menjelaskan penyebab penyakit hipertensi, menjelaskan tanda dan gejala hipertensi, menjelaskan cara pencegahan dan penanganan hipertensi.

- 2) Diagnosa I dilakukan tindakan pada rabu, 29 Mei 2019, jam 07.25 melakukan pengkajian nyeri, mengajarkan teknik relaksasi, memonitor tanda-tanda vital. Untuk Diagnosa II dilakukan tindakan pada jam 07.35 mengkaji pola tidur pasien, menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat, mengidentifikasi penyebab gangguan tidur. Untuk Diagnosa III dilakukan tindakan Jam 10.00 melakukan penyuluhan pada pasien : mengkaji tingkat pengetahuan pasien mengenai proses penyakit, menjelaskan penyebab penyakit hipertensi, menjelaskan tanda dan gejala hipertensi, menjelaskan cara pencegahan dan penanganan hipertensi.
- 3) Diagnosa I dilakukan tindakan pada kamis, 30 Mei 2019, jam 08.25 melakukan pengkajian nyeri, mengajarkan teknik relaksasi, memonitor tanda-tanda vital. Untuk Diagnosa II dilakukan tindakan pada jam 08.30 mengkaji pola tidur pasien, menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat, mengidentifikasi penyebab gangguan tidur. Untuk Diagnosa III dilakukan tindakan Jam 10.00 melakukan penyuluhan pada pasien : mengkaji tingkat pengetahuan pasien mengenai proses penyakit, menjelaskan penyebab penyakit hipertensi, menjelaskan tanda dan gejala hipertensi, menjelaskan cara pencegahan dan penanganan hipertensi.

3.1.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Deswani,2009) :

Diagnosa I Nyeri Akut Tanggal 29 Mei 2019 subyektif : Tn.C.N mengatakan masih merasakan nyeri, obyektif : skala nyeri 2 (nyeri ringan)tanda-tanda vital : tekanan darah 170/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 23x/menit, suhu 36,2°C, Aktual : Masalah belum teratasi, Predikat : Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa II Gangguan pola tidur tanggal 29 Mei 2019 Subyektif : Tn.C.N mengatakan tidur nyenyak karena masih nyeri yang dirasakan suda

berkurang, sepanjang hari tidurnya 2-6 jam, obyektif : nampak segar saat bangun tidak terdapat bantalan hitam pada mata, Aktual : Masalah teratasi, Predikat : Intervensi dihentikan

Diagnosa III kurang pengetahuan tanggal 29 Mei 2019 Subyektif : S : Tn.C.N mengatakan sudah paham tentang pengertian, penyebab, dan gejala dan komplikasi penyakit yang akan terjadi jika tidak melakukan penanganan lebih lanjut, O : Pasien dapat menjelaskan kembali tentang pengertian sampai dengan komplikasi hipertensi yang akan terjadi, A : Masalah teratasi, P : Intervensi dihentikan.

3.2 Pembahasan

Penulis akan membahas persamaan dan kesenjangan yang ada pada “Asuhan Keperawatan Pada Tn. C.N dengan diagnosa medis Hipertensi di Wisma Kenanga Panti Werdha, Budi Agung Kupang.” Berdasarkan pengkajian yang penulis lakukan pada Tn.C.N selama 4 hari mulai tanggal 27,28,29,30 Mei 2019, penulis mengangkat 3 (tiga) diagnosa keperawatan berdasarkan data-data pendukung yang ditemukan penulis. Dalam pembahasan ini penulis membaginya dalam 5 (lima) langkah dari proses keperawatan yaitu Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Implementasi Dan Evaluasi.

3.2.1 Pengkajian

Menurut WHO (World Health Organization), batas tekanan darah yang dianggap normal adalah kurang dari 130/85 mmHg. Bila tekanan darah sudah lebih dari 140/90 mmHg dinyatakan hipertensi (batas tersebut untuk orang dewasa di atas 18 tahun) (Adib, 2009). Berdasarkan kasus yang ditemukan Tn.C.N berusia 71 tahun menderita Hipertensi. Hasil pengkajian yang ditemukan penulis sudah sesuai dengan apa yang ada di teori sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus nyata. Dari pengkajian tanggal 27 Mei 2019 jam 08.00 didapatkan : Data subyektif : Tn.C.N mengatakan bahwa kepala terasa sakit dan lehernya terasa tegang. Data obyektif : P : tidak menentu, Q : tumpul, R : menyebar sampai leher, S : Skala nyeri : 5(nyeri sedang), T : tidak menentu. Tanda-tanda vital :

tekanan darah 170/80 mmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36,2°C, Pernapasan 23x/menit. Dari data-data yang ditemukan masalah keperawatan Nyeri Akut dengan. Data subyektif : Tn.C.N mengatakan susah tidur karena nyeri yang dirasakan. Data subyektif : Tn.C.N mengatakan susah tidur karena nyeri yang dirasakan, Tn.C.N hanya tidur 1-2 jam. Data Subyektif : Tn.C.N mengatakan tidak tahu tentang penyebab, dan gejala penyakit yang dialaminya. Data Obyektif : Pasien tampak bingung, sering menanyakan tentang kondisi penyakitnya. data pendukungnya pada pemeriksaan status kognitif (SPMSQ) pasien mengalami kerusakan intelektual ringan dan pada pemeriksaan (MMSE) pasien mengalami gangguan kognitif sedang.

3.2.2 Diagnosa keperawatan

Menurut Doenges, dkk 2000; ada 4 diagnosa keperawata pada pasien dengan hipertensi yaitu : Risiko tinggi penurunan curah jantung, Nyeri akut (sakit kepala), Intoleransi aktivitas, dan Kurang pengetahuan. Berdasarkan kasus diatas ditemukan ditemukan 3 diagnosa yaitu :nyeri akut, gangguan pola tidur, dan kurang pengetahuan. Nyeri akut didapatkan karena pasien mengatakan kepala teras sakit dan leher terasa tegang dengan skala nyeri 5 atau nyeri sedang. Dari hasil studi kasus untuk diagnose I tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata. Untuk diagnose II gangguan pola tidur muncul kerena pasien mengatakan susah tidur karena nyerannya yang membuat pasien tidak bisa tidur,pasien nampak dan ada bantalan hitam pada mata. Dari hasil studi kasus untuk diagnose II ditemukan antara kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana pada diagnosa nanda dan diagnose menurut Doenges tidak ditemukan diagnosa gangguan pola tidur.

Diagnosa III Kurang pengetahuan muncul karena pasien mengatakan tidak tahu tentang penyebab dan gejala penyakit yang dialaminya data obyektif pasien nampak bingung sering menanyakan tentang kondisi penyakitnya. data pendukungnya pada pemeriksaan status kognitif (SPMSQ) pasien mengalami kerusakan intelektual ringan dan pada pemeriksaan (MMSE)

pasien mengalami gangguan kognitif sedang. Dari data yang ditemukan dalam studi kasus tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa I nyeri akut(00132) : **NOC** : (1605)Pain Control dengan criteria 1) Mengenali kapan nyeri terjadi 2)Menggambarkan faktor penyebab, 3)Menggunakan tindakan pencegahan 4)Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik. **NIC** : (1400)Pain Management : 1). Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif. 2) observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan. 3). Monitor tanda-tanda vital. 4). Ajarkan teknik nonfarmakologi (relaksasi dengan tarik napas dalam). Dari hasil studi kasus untuk diagnose I tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

Diagnose II Gangguan Pola Tidur(00198) : **NOC** : (00146) Sleep And Pattern dengan criteria hasil jumlah tidur dalam batas normal, pola tidur kualitas tidur dalam batas norma, persaan segar sesudah tidur, mampu mengidentifikkasi hal yang meningkatkan tidur. **NIC** : Sleep enhancement(1850): jelaskan tidur yang adekuat, jelaskan pentingnya tidur yang adekuat, monitor waktu makan minum dan waktu tidur. Dari hasil studi kasus untuk diagnose II ditemukan antara kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana pada diagnosa nanda dan diagnose menurut Doenges tidak ditemukan diagnosa gangguan pola tidur.

Diagnosa III Kurang Pengetahuan dengan (00126), **NOC** : Pasien dan keluarga menyatakan telah memahami penyakit yang diderita,Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur penetalaksanaan yang telah dijelaskan oleh tenaga kesehatan, Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang telah dijelaskan oleh tenaga kesehatan.. **NIC** : Pendidikan pasien kode 5602) Pengajaran proses penyakit. 1) Kaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit yang spesifik.2) Kenali pengetahuan pasien mengenai kondisinya, 3) Jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit sesuai kebutuhan, 4) Identifikasi kemungkinan penyebab sesuai kebutuhan, 5) Jelaskan alasan dibalik manajemen terapi/penanganan yang

direkomendasi. Dari data yang ditemukan dalam studi kasus tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan pada tanggal 28,29,30 Mei 2019 untuk Diagnosa I Nyeri Akut implementasinya sebagai berikut : melakukan pengkajian nyeri, mengajarkan teknik relaksasi, memonitor tanda-tanda vital. Semua tindakan yang dilakukan sesuai dengan apa yang direncanakan dan tidak ada kesenjangan teori dan kasus nyata. Untuk Diagnosa II dilakukan tindakannya adalah mengkaji pola tidur pasien, menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat, mengidentifikasi penyebab gangguan tidur. Semua tindakan yang dilakukan sesuai dengan apa yang direncanakan. Untuk Diagnosa III dilakukan tindakan adalah mengkaji tingkat pengetahuan pasien mengenai proses penyakit, menjelaskan penyebab penyakit hipertensi, menjelaskan tanda dan gejala hipertensi, menjelaskan cara pencegahan dan penanganan hipertensi. Semua tindakan yang direncanakan sesuai dengan apa yang direncanakan dan tidak ada kesenjangan teori dan praktik.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Deswani,2009) :

Diagnosa I Nyeri Akut subyektif : Tn.C.N mengatakan, obyektif : skala nyeri 2 (nyeri ringan)tanda-tanda vital : tekanan darah 170/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 23x/menit, suhu 36,2°C, Aktual : Masalah belum teratasi, Predikat : Intervensi dilanjutkan. Diagnosa II Gangguan pola Subyektif : Tn.C.N mengatakan tidur nyenyak karena masih nyeri yang dirasakan sudah berkurang, sepanjang hari tidurnya 2-6 jam, obyektif : nampak segar saat bangun tidak terdapat bantalan hitam pada mata, Aktual : Masalah teratasi, Predikat : Intervensi dihentikan. Diagnosa III kurang pengetahuan tanggal 29 Mei 2019 Subyektif : S : Tn.C.N mengatakan sudah paham tentang pengertian, penyebab, dan gejala dan komplikasi penyakit

yang akan terjadi jika tidak melakukan penanganan lebih lanjut, O : Pasien dapat menjelaskan kembali tentang pengertian sampai dengan komplikasi hipertensi yang akan terjadi, A : Masalah teratasi, P : Intervensi dihentikan.

4.3 Keterbatasan Studi Kasus

- a) Hanya dilakukan di satu orang lansia dengan Hipertensi sehingga tidak ada pembandingan
- b) Karena Keterbatasan waktu dimana dilakukan studi kasus hanya sampai dengan empat hari sehingga masalah tidak dapat diatasi sampai tuntas.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 KESIMPULAN

4.1.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian yang didapat pada Tn.C.N kepala terasa sakit dan leher tegang, P : tidak menentu, Q : tumpul, R : menyebar sampai leher, S : Skala nyeri : 5(nyeri sedang), T : tidak menentu. Tanda-tanda vital : tekanan darah 170/80 mmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36,2°C, Pernapasan 23x/menit, susah tidur serta muda lelah.

4.1.2 Diagnosa

Dari hasil pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti pada Tn.C.N pada tanggal 27 Mei 2019 ditemukan 3 diagnosa keperawatan yaitu : nyeri akut (00132), gangguan pola tidur (00198), dan kurang pengetahuan(00126).

4.1.3 Intervensi

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditetapkan pada Tn.C.N maka intervensi yang dapat diterapkan menurut NANDA dan NIC NOC 2015-2017 adalah :

Dignosa I Nyeri Akut (00132) : 1) lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif. 2) observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan. 3) monitor tanda-tanda vital. 4) ajarkan teknik nonfarmakologi (relaksasi tarik naps dalam). Diagnosa II Gangguan pola tidur (00198) : 1) jelaskan tidur yang adekuat. Diagnosa III Kurang pengetahuan (00126) : 1) kaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit yang spesefik. 2) kenali pengetahuan mengenai kondisinya. 3) jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit sesuai kebutuhan. 4) identifikasi kemungkinan penyebab sesuai kebutuhan. 5) jelaskan alasan dibalik manajemen terapi atau penanganan yang direkomendasikan.

4.1.4 Implementasi

Implementasi yang dilakukan pada Tn.C.N mulai tanggal 28-29 Mei 2019 sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah dibuat.

4.1.5 Evaluasi

Diagnosa I Nyeri Akut, masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan,
Diagnosa II Gangguan Pola Tidur, masalah teratasi, intervensi dihentikan.
Dan Diagnosa III Kurang Pengetahuan, Masalah teratasi, intervensi dihentikan

4.2 SARAN

4.2.1 Untuk Dinas Sosial UPT Penyantun Lanjut Usia Budi Agung Kupang dan Pengasuh Panti

Diharapkan peran aktif dalam perawatan lansia antara lain membantu dalam melakukan penanganan dalam meningkatkan kesehatan pada lansia dan rujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat (Puskesmas atau Rumah Sakit) yang memadai untuk mendapatkan perawatan yang lebih baik.

4.2.2 Bagi Pelayanan Kesehatan

Lebih meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan lansia yang lebih berkualitas

4.2.3 Bagi penulis

Sebagai pembanding antara teori yang didapat selama perkuliahan dengan praktik keterampilan di lapangan dan pengalaman.

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar ; RISKESDAS. Jakarta : Balibang Kemenkes RI
- Badan Penelitian dan pengembangan kesehatan (2013). Riset kesehatan dasar (riskesdas) 2013. Laporan nasional 2013. 1-384. <http://doi.org>.(akses 27 mei 2019)
- Adib, M. 2009. *Cara Mudah Memahami Dan Menghindari Hipertensi, Jantung, Dan Stroke*. Yogyakarta : Dianloka
- Price, Wilson. 2006. Patofisiologi Vol 2 ; *Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Penerbit Buku Kedokteran. EGC. Jakarta.
- Indrayani, W. N. 2009. *Deteksi Dini Kolesterol, Hipertensi Dan Stroke*. Jakarta : Milestone.
- Wolf, H. P. 2006. *Hipertensi* : Jakarta : Bhuana Ilmu Popular, Gramedia
- Brunner & Suddarth. 2004. *Keperawatan Medikal Bedah Edisi Volume 1*. Jakarta: EGC.
- Yugiantoro, M. 2009. *Hipertensi Essensial*. In. Sudoyo. A.W., et al eds. Buku Ajar Penyakit Dalam. 5th ed. Jilid Ii. Jakarta : Interna Pablising, 1079-1085.
- Kowalak. 2016. *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta : EGC.
- Doenges, Marilyn E.dkk.2000. *Rencana Asuhan Keperawatan & Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Edisi I II.Alih Bahasa: I Made Kriasa.EGC.Jakarta sAwan.
- Ruhyanudin, F. 2007. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: UPT Penerbitan Universitas Muhammadiyah Malang.
- Sutanto. 2009. *Awas 7 Penyakit Degeneratif*. Yogyakarta : paradigm Indonesia
- Nanda NIC NOC. 2015-2017. *Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis nanda nic dan noc*. Jilid 1. Mediaction Jakarta.
- Deswani.(2009). *Proses Keperawatan Dan Berpikir Kritis*. Jakarta : Salemba Medika. <http://repiratory.unima.ac.id>. (akses 28 Mei 2019)

<http://www.p2ptm.kemkes.go.id/artikel-sehat/hipertensi-dan-penanganannya>
(akses : 17 Juni 2019)

Nugroho, Wahjudi.(2008). *Keperawatan Gerontik*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Nugroho. 2006. *Keperawatan Gerontik*. Jakarta. EGC

Pudjiastuti & Utomo. 2003. *Fisioterapi Pada Lansia* : Jakarta. EGC

Undang-undang No 13 (1998). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia.

Azizah & Lilik Ma'rifatul, (2011). *Keperawatan lanjut usia*. Edisi 1. Yogyakarta : Graha Ilmu

Kemendes-RI. Situasi dan Analisis Lanjut Usia. Infodatin Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. 2014.

Depkes RI. (2005). *Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut Bagi Petugas Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Lampiran 1

DAFTAR TABEL

	Hal
1) Tabel 1: Klasifikasi Hipertensi.....	6
2) Tabel 2: Tes Koordinasi.....	27
3) Tabel 3 : Pemeriksaan Indeks Barthel.....	28
4) Tabel 4: Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ).....	28
5) Tabel 4: Mini-Mental State Exam (MMSE).....	29
6) Tabel 5 : Apgar Keluarga.....	30

Lampiran 2

Daftar Singkatan

NO	Singkatan	Kepanjangan
1.	RISKESDAS	Riset kesehatan dasar
2.	LANSIA	Lanjut Usia
3.	RI	Republik Indonesia
4.	WHO	World Health Organization
5.	MMSE	Mini-mental State Exam
6.	TN	Tuan
7.	GCS	Glasgow coma scale
8.	SPMSQ	Short Portable Mental Status Questionnaire
9.	NIC	Nursing Intervention Classification
10.	NOC	Nursing Outcomes Classification
11.	DS	Data subyektif
12.	DO	Data obyektif

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK

I. DATA DEMOGRAFI LANSIA

- 1.1. Nama : Tn.C.N
- 1.2. Tempat tanggal lahir : Bonai, 5 Oktober 1947
- 1.3. Jenis Kelamin : laki-laki
- 1.4. Suku : Timor, Soe
- 1.5. Agama : Kristen Protestan
- 1.6. Pendidikan : SMA
- 1.7. Status perkawinan : Kawin
- 1.8. Alamat : Soe
- 1.9. Tanggal masuk Panti : 16 Juni 2014
- 1.10. Alasan Msuk Panti : Bapak tidak tau dan hanya diantar oleh Pak
Pendeta ke panti saja
- 1.11. Orang dekat yg dihubungi : Tidak ada

II. RIWAYAT KELUARGA

- 2.1 Pasangan (Apabila pasangan masih hidup):
 - 2.1.1. Status kesehatan :
 - 2.1.2. Umur :
 - 2.1.3. Pekerjaan :
- 2.2. Apabila pasangan telah meninggal,
 - 2.2.1. Tahun meninggal : 2002
 - 2.2.2. Penyebab kematian : Gastritis
- 2.3. Anak –anak (Apabila anak-anak masih hidup),
 - 2.3.1. Nama dan alamat :
- 2.4. Apabila anak-anak sudah meninggal,
 - 2.4.1. Tahun meninggal : 2002
 - 2.4.2. Penyebab kematian : Batuk terus menerus sampai meninggal

III. RIWAYAT PEKERJAAN

- 3.1. Status pekerjaan saat ini : Tidak ada
- 3.2. Pekerjaan sebelumnya : Sekretaris Desa
- 3.3. Sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan : Ditanggung oleh Negara

VI RIWAYAT LINGKUNGAN HIDUP

- 4.1. Tipe tempat tinggal : Semi Permanen
- 4.2. Jumlah kamar : 4 kamar
- 4.3. Jumlah tingkat : Tidak ada
- 4.4. Jumlah orang yang tinggal serumah : 4 orang
- 4.5. Derajat privasi : ada jendela, pintu, kamar mandi dan WC
- 4.6. Tetangga terdekat : Bapak Kristofel

V. RIWAYAT REKREASI

- 5.1. Hobi/minat : main bola voli
- 5.2. Keanggotaan klpk : main bola voli
- 5.3. Liburan/perjalanan : piknik

VI. SUMBER/SISTEM PENDUKUNG YANG DIGUNAKAN

- 6.1. Dokter : bapak tidak tau
- 6.2. Rumah sakit : -
- 6.3. Klinik : klinik panti werha
- 6.4. Pelayanan kesehatan di rumah : tidak ada

VII. RIWAYAT KESEHATAN SAAT INI

- 7.1. Penyakit yang diderita 1 tahun terakhir : hipertensi
- 7.2. Penyakit yang diderita saat ini : Hipertensi
- 7.3. Keluhan yang dialami 1 tahun terakhir : Hipertensi
- 7.4. Keluhan saat ini : kepala pusing, tengkuk terasa tegang dan nyeri.

7.5. Pengetahuan/pemahaman dan penatalaksanaan masalah kesehatan (mis. Diet

khusus, mengganti balutan) : Tidak ada

7.6. Penggunaan Obat

7.6.1. Nama obat : Amlodiphine Basilate

7.6.2. Dosis obat : 10 mg

7.6.3. Bagaimana/kapan menggunakan : rute peroral/malam hari

7.6.4. Dokter yang menginstruksikan : bapak tidak mengetahui dokter yang menginstruksikan pemberian obat

7.6.5 Tanggal resep : tidak tau

7.7. Riwayat Alergi (catat agen dan reaksi spesifik)

7.7.1. Obat-obatan : Tidak ada riwayat alergi obat--obatan

7.7.2. Makanan : Tidak ada riwayat alergi makanan

7.7.3. Kontak substansi : Tidak ada

7.7.4. Faktor lingkungan : Tidak ada

7. 8. Nutrisi (ingat kembali diet 24 jam, termasuk intake cairan)

7.8.1. Kebiasaan makan (tinggi garam, kolesterol, purin)

Ikan kering, makanan yang asin, dan daging.

7.8.2. Diet khusus, pembatasan makanan

Ikan kering, makanann yang asin, dam daging

7.9 Riwayat peningkatan/penurunan berat badan

45kg/40kg

7.10 Indeks Massa Tubuh

$$BB/TB^2 = 45/155^2 = 18,75$$

7.11. Pola konsumsi makanan (misal frekuensi, sendiri/dengan orang lain)

3x sehari bersama teman-teman dipanti

7.12. Masalah yang mempengaruhi intake makanan (mis. Pendapatan tidak adekuat,

kurang transportasi, masalah menelan/mengunyah, stres emosional,dll)

tidak ada masalah

7.13. Pola istirahat tidur :

7.13.1. Lama tidur

2-6 jam

7.14. Gangguan tidur yang sering dialami

Tidak bisa tidur karena tengkuk terasa tegang

VII. RIWAYAT KESEHATAN MASA LALU

7.1. Penyakit masa kanak-kanak

Batuk, pilek dan demam

7.2. Penyakit serius/kronik

Tidak ada penyakit kronik yang dialami

7.3. Trauma

Tidak ada trauma yang dialami

7.4. Perawatan di rumah sakit (catat alasan, tanggal, tempat, alasan)

Bapak tidak ingat

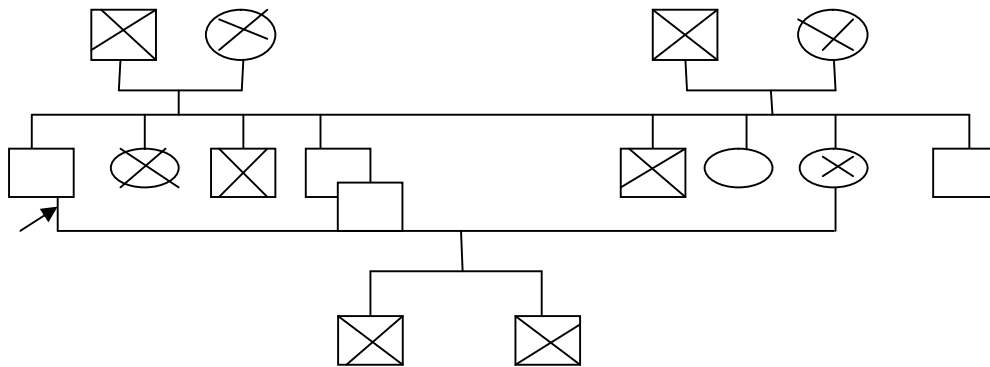
7.5. Pembedahan

Tidak ada pembedahan

7.6. Riwayat obsetri

VIII, RIWAYAT KELUARGA

8.1.Silsilah keluarga (identifikasi kakek atau nenek, orang tua, paman, bibi, saudara kandung, pasangan, anak-anak)



Keterangan :

- Laki-laki
- perempuan
- laki-laki meninggal
- perempuan meninggal
- pasien

8.2. Riwayat penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga

Bapak mengatakan tidak riwayat penyakit yang diderita keluarganya

IX. TINJAUAN SISTEM

9.1. Tingkat kesadaran:

9.1.1. Mata : 4

9.1.2. Verbal : 5

9.1.3. Motorik : 6

9.2. Tanda-tanda vital:

9.2.1. Tekanan darah : 170/80 mmHg

9.2.2. Nadi : 78x/menit

9.2.3. Suhu : 36,2 C

9.2.4. RR : 23x/menit

9.3. Penilaian umum

9.3.1. Kelelahan : () ya () tidak

- 9.3.2. Perubahan BB satu tahun yang lalu: () ya () tidak
- 9.3.3. Perubahan nafsu makan : () ya () tidak
- 9.3.4. Demam : () ya () tidak
- 9.3.5. Keringat malam : () ya () tidak
- 9.3.6. Kesulitan tidur : () ya () tidak
- 9.3.7. Sering pilek, infeksi : () ya () tidak
- 9.3.8. Penilaian diri terhadap seluruh status kesehatan : () ya () tidak
- 9.3.9 Kemampuan melakukan ADL : () ya () tidak

9.4. Integumen

- 9.4.1. Lesi/luka : () ya () tidak
- 9.4.2. Pruritus : () ya () tidak
- 9.4.3. Perubahan pigmentasi : () ya () tidak
- 9.4.4. Perubahan tekstur : () ya () tidak
- 9.4.5. Perubahan rambut : () ya () tidak
- 9.4.6. Perubahan kuku : () ya () tidak
- 9.4.7. Turgor :

-
- 9.4.8. Anemia : () ya () tidak
- 9.4.9. Riwayat transfusi darah : () ya () tidak

9.5. Kepala

- 9.5.1. Sakit kepala : () ya () tidak
- 9.5.2. Trauma : () ya () tidak
- 9.5.3. Pusing : () ya () tidak
- 9.5.4. Gatal pada kulit kepala : () ya () tidak

9.6. Mata

- 9.6.1. Perubahan penglihatan : () ya () tidak
- 9.6.2. Kacamata/lensa kontak : () ya () tidak
- 9.6.3. Nyeri : () ya () tidak
- 9.6.4. Air mata berlebihan : () ya () tidak
- 9.6.5. Bengkak sekitar mata : () ya () tidak
- 9.6.6. Diplopia : () ya () tidak

9.6.7.Pandangan kabur : () ya () tidak

9.6.8.Fotofobia : () ya () tidak

9.6.9.Tanggal pemeriksaan paling akhir : tidak ada

9.6.10.Tanggal pemeriksaan glukoma paling akhir : tidak ada

9.6.11.Dampak pada penampilan ADL : tidak ada

9.7. Telinga

9.7.1.Perubahan pendengaran : () ya () tidak

9.7.2.Tinitus : () ya () tidak

9.7.3.Sensitivitas pendengaran : () ya () tidak

9.7.4.Riwayat infeksi : () ya () tidak

9.7.5.Tanggal pemeriksaan paling akhir : tidak ada

9.7.6.Kebiasaan perawatan telinga : bapak biasanya membersihkan menggunakan cutton bud

9.7.7.Dampak pada penampilan ADL : tidak ada masalah

9.8. Hidung:

9.8.1.Rinorea : () ya () tidak

9.8.2.Epistaksis : () ya () tidak

9.8.3.Obstruksi : () ya () tidak

9.8.4.Mendengkur : () ya () tidak

9.8.5.Nyeri pada sinus : () ya () tidak

9.8.6.Riwayat infeksi : () ya () tidak

9.9. Mulut dan tenggorokan:

9.9.1.Sakit tenggorokan : () ya () tidak

9.9.2.Lesi/ulkus : () ya () tidak

9.9.3.Serak : () ya () tidak

9.9.4.Perubahan suara : () ya () tidak

9.9.5.Kesulitan menelan : () ya () tidak

9.9.6.Perdarahan gusi : () ya () tidak

9.9.7.Karies : () ya () tidak

9.9.8.Alat-alat protesa : () ya () tidak

9.9.9. Riwayat infeksi : () ya () tidak

9.9.10. Tanggal pemeriksaan gigi paling akhir : tidak ada

9.9.11. Pola menggosok gigi : 2x sehari

9.9.12. Masalah dan kebiasaan membersihkan : tidak ada masalah

9.9.13. Gigi palsu : () ya () tidak

9.10. Leher

9.10.1. Kekuan : () ya () tidak

9.10.2. Nyeri/nyeri tekan : () ya () tidak

9.10.3. Benjolan/ massa : () ya () tidak

9.10.4. Keterbatasan gerak : () ya () tidak

9.11. Payudara

9.11.1. Benjolan/ massa : () ya () tidak

9.11.2. Nyeri/nyeri tekan : () ya () tidak

9.11.3. Bengkak : () ya () tidak

9.11.4. Keluar cairan dari puting susu : () ya () tidak

9.11.5. Perubahan pada puting susu : () ya () tidak

9.11.6. Pola pemeriksaan payudara sendiri: () ya () tidak

9.11.7. Tanggal dan hasil pemeriksaan mamogram paling akhir :

.....

9.12. Pernafasan

9.12.1. Batuk : () ya () tidak

9.12.2. Sesak nafas : () ya () tidak

9.12.3. Hemoptisis : () ya () tidak

9.12.4. Sputum : () ya () tidak

9.12.5. Asma/alergi pernafasan : () ya () tidak

9.12.6. Tanggal dan hasil pemeriksaan foto thorak terakhir : Tidak ada

9.13. Kardiovaskular

9.13.1. Ditensi vena jugularis : () ya () tidak

9.13.2. Nyeri/ketidaknyamanan dada : () ya () tidak

9.13.3. Palpitasi : () ya () tidak

9.13.4. Sesak nafas : () ya () tidak

- 9.13.5. Dispnea nocturnal paroksimal : () ya () tidak
 9.13.6. Ortopnea : () ya () tidak
 9.13.7. Murmur : () ya () tidak
 9.13.8. Edema : () ya () tidak

9.14. Gastrointestinal

- 9.14.1. Disfagia : () ya () tidak
 9.14.2. Tidak dapat mencerna : () ya () tidak
 9.14.3. Nyeri ulu hati : () ya () tidak
 9.14.4. Mual/muntah : () ya () tidak
 9.14.5. Hematemesis : () ya () tidak
 9.14.6. Perubahan nafsu makan : () ya () tidak
 9.14.7. Intoleransi makanan : () ya () tidak
 9.14.8. Nyeri : () ya () tidak
 9.14.9. Ikterik : () ya () tidak
 9.14.10. Benjolan/massa : () ya () tidak
 9.14.11. Perubahan kebiasaan defekasi : () ya () tidak
 9.14.12. Diare : () ya () tidak
 9.14.13. Konstipasi : () ya () tidak
 9.14.14. Melena : () ya () tidak
 9.14.15. Hemoroid : () ya () tidak
 9.14.16. Perdarahan rektum : () ya () tidak
 9.14.17. Pola defekasi biasanya :

.....
9.15. Perkemihan

- 9.15.1. Disuria : () ya () tidak
 9.15.2. Frekuensi BAK : () 1x/sehari () 3x/hari
 9.15.3. Urine menetes : () ya () tidak
 9.15.4. Dorongan miksi : () ya () tidak
 9.15.5. Hematuria : () ya () tidak
 9.15.6. Poliuria : () ya () tidak
 9.15.7. Oliguria : () ya () tidak

- 9.15.8. Nokturia : () ya () tidak
9.15.9. Inkontinensia : () ya () tidak
9.15.10. Nyeri saat berkemih : () ya () tidak

9.16. Genitalia pria

- 9.16.1. Lesi : () ya () tidak
9.16.2. Rabas : () ya () tidak
9.16.3. Nyeri testikular : () ya () tidak
9.16.4. Massa testikular : () ya () tidak
9.16.5. Masalah prostate : () ya () tidak
9.16.6. Penyakit kelaminn : () ya () tidak

9.17. Genitalia wanita

- 9.17.1. Lesi : () ya () tidak
9.17.2. Rabas : () ya () tidak
9.17.3. Dispareuni : () ya () tidak
9.17.4. Perdarahan pasca senggama : () ya () tidak
9.17.5. Nyeri pelvis : () ya () tidak
9.17.6. Sistokel/rektokel/prolpas : () ya () tidak
9.17.8. Penyakit kelamin : () ya () tidak
9.17.9. Infeksi : () ya () tidak
9.17.10. Riwayat menstruasi (usia awitan, tanggal periode menstruasi)
9.17.11. Riwayat menopause (usia, gejala, masalah pasca menopause)
9.17.12. Tanggal dan hasil pap smear paling akhir

9.18 Muskuloskeletal

- 9.18.1. Nyeri persendian : () ya () tidak
9.18.2. Kekakuan : () ya () tidak
9.18.3. Pembengkakan sendi : () ya () tidak
9.18.4. Deformitas : () ya () tidak
9.18.5. Spasme : () ya () tidak
9.18.6. Kelemahan otot : () ya () tidak
9.18.7. Masalah cara berjalan : () ya () tidak
9.18.8. Nyeri punggung : () ya () tidak

9.18.9. Prostesa : () ya () tidak

9.18.10. Kekuatan otot : 5 dapat bergerak normal

Tes koordinasi/keseimbangan

No.	Aspek penilaian	Keterangan	Nilai
1	Berdiri dengan postur normal		4
2	Berdiri dengan postur normal (dengan mata tertutup)		4
3	Berdiri dengan satu kaki	Kanan : Kiri :	4
4	Berdiri, fleksi trunk, dan berdiri ke posisi netral		4
5	Berdiri, lateral dan fleksi trunk		4
6	Berjalan, tempatkan salah satu tumit di depan jari kaki yang lain		3
7	Berjalan sepanjang garis lurus		4
8	Berjalan mengikuti tanda gambar pada lantai		3
9	Berjalan mundur		4
10	Berjalan mengikuti lingkaran		4
11	Berjalan dengan tumit		3
12	Berjalan dengan ujung kaki		1
	JUMLAH		39

Kriteria penilaian

4 :melakukan aktifitas dg lengkap

3 :sedikit bantuan (untuk keseimbangan)

2 :dg bantuan sedang – maksimal

1 :tidak mampu melakukan aktivitas

Keterangan

42 – 54 : Melakukan aktifitas dengan lengkap

28 – 41 : Sedikit bantuan (untuk keseimbangan)

14 – 27 : Dengan bantuan sedang sampai maksimal

<14 : tidak mampu melakukan aktivitas

Dampak pada penampilan ADL : tidak ada

9.19. Sistem saraf pusat

- 9.19.1. Sakit kepala : () ya () tidak
9.19.2. Kejang : () ya () tidak
9.19.3. Sinkope/serangan jatuh : () ya () tidak
9.19.4. Paralisis : () ya () tidak
9.19.5. Paresis : () ya () tidak
9.19.6. Masalah koordinasi : () ya () tidak
9.19.7. Tc/tremor/spasme : () ya () tidak
9.19.8. Masalah memori : () ya () tidak

X. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

- 10.1. Cemas : () ya () tidak
10.2. Stabilitas emosi
a. Labil (b). Stabil c. Iritable d. Datar

Jelaskan : emosi bapak tetap stabil

10.3. Permasalahan emosional dengan **Pertanyaan tahap 1**

- 10.3.1. Apakah klien mengalami susah tidur : Ya
10.3.2. Apakah klien merasa gelisah : Tidak
10.3.3. Apakah klien murung menangis sendiri : Tidak
10.3.4. Apakah klien sering was-was atau kuatir: Tidak

Lanjutkan pertanyaan tahap 2 jika lebih dari satu atau sama dengan jawaban 1 ya

Pertanyaan tahap 2

- 10.3.5. Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 bulan 1 kali dalam satu bulan: Tidak
10.3.6. Ada masalah atau banyak pikiran : Tidak
10.3.7. Ada gangguan atau masalah dengan orang lain : Tidak
10.3.8. Menggunakan obat tidur atau penenang atas anjuran dokter : Tidak

10.3.9. Cenderung mengurung diri ? : Tidak

Lebih dari 1 atau sama dengan 1 jawabannya ya, maka masalah emosional ada atau ada gangguan emosional

10.3.10. Insomnia : () ya () tidak

10.3.11. Gugup : () ya () tidak

10.3.12. Takut : () ya () tidak

10.3.13. Stres : () ya () tidak

10.3.14 Mekanisme koping yang biasa digunakan :

10.3.15. Pola respon seksual

XI. STATUS FUNGSIONAL

Pemeriksaan Indek barthel

No	Jenis aktivitas	Nilai		Penilaian
		Bantuan	Mandiri	
1	Makan/minum	5	10	10
2	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur/sebaliknya	5-10	15	15
3	Kebersihan diri: cuci muka, menyisir, dll	0	5	5
4	Keluar/masuk kamar mandi	5	10	10
5	Mandi	0	5	5
6	Berjalan (jalan datar)	10	15	15
7	Naik turun tangga	5	10	10
8	Berpakaian/bersepatu	5	10	10
9	Mengontrol defekasi	5	10	10
10	Mengontrol berkemih	5	10	10
	Jumlah			100

Keterangan :

0 – 20 : Ketergantungan penuh/total

- 21 – 61 : Ketergantungan berat
 62 – 90 : Ketergantungan moderat
 91 – 99 : Ketergantungan ringan
 100 : Mandiri

XII. STATUS KOGNITIF

Pemeriksaan Short Portable Mental Status Questionnaire

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan
		1	Tanggal berapa hari ini?
		2	Hari apa sekarang?
		3	Apa nama tempat ini?
		4	Di mana alamat Anda?
		5	Kapan Anda lahir?
		6	Berapa umur Anda?
		7	Siapa presiden Indonesia sekarang?
		8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?
		9	Siapa nama ibu Anda?
		10	Angka 20 dikurangi 3=? Dan seterusnya dikurangi 3
			Jumlah

Keterangan :

Salah 0-3 : fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : kerusakan intelektual ringan

Salah 6-8 : kerusakan intelektual sedang

Salah 9-10 : kerusakan intelektual berat

XIII MINI MENTAL STATUS EXAM (MMSE) Maximal 5 minimal 1

ITEM	TES	NILAI MAX	NILAI
1	ORIENTASI Sekarang (tahun), (musim), (bulan), (tanggal), (hari) apa?	1	1
2	Kita berada di mana? (negara), (provinsi), (kota), (rumah)	1	1

	sakit), (lantai/kamar)		
3	REGISTRASI Sebutkan 3 buah nama benda (apel, meja, koin) tiap benda 1 detik, pasien disuruh mengulangi ketiga nama benda tersebut dengan benar dan catat jumlah pengulangan	4	4
4	ATENSI DAN KALKULASI Kurangi 100 dengan 7. Nilai 1 untuk setiap jawaban benar. Hentikan setelah 5 jawaban. Atau disuruh mengeja terbalik kata “DUNIA” (nilai diberikan pada huruf yang benar sebelum kesalaahn; misalnya “a i u n d ”=3	1	1
5	MENGINGAT KEMBALI (RECALL) Klien diminta mengingat kembali nama benda di atas	3	
6	BAHASA Klien diminta menyebutkan nama benda yg ditunjukkan (pensil, buku)		14
7	Klien diminta mengulang kata-kata “namun”, “tanpa”,	4	
8	“bila”	1	
9	Klien diminta melakukan perintah : “Ambil kertas ini dengan tangan Anda, lipatlah menjadi dua bagian dan letakkan di lantai”	2 2 3	
10	Klien disuruh membaca dan melakukan perintah “Pejamkan mata Anda”	2	
11	Klien disuruh menulis dengan spontan Klien diminta menggambarkan bentuk di bawah ini		
	TOTAL		23

Keterangan :

Skor 24-30 = normal

Nilai 18-23 = gangguan kognitif sedang

Nilai 0-17 = gangguan kognitif berat

XIV N. STATUS FUNGSI SOSIAL

Pemeriksaan APGAR Keluarga

Selalu = 2

Kadang-kadang = 1

Hampir tidak pernah = 0

NO	Pernyataan	Kriteria Nilai		
		Selalu	Kadang-kadang	Hampir tdk perna
1	Saya puas bisa kembali pada keluarga (teman) saya untuk membantu saya pada waktu sesuatu menyusahkan saya.			0
2	Saya puas dgn cara keluarga (teman) saya membicarakan sesuatu dan mengungkapkan masalah dengan saya.		1	
3	Saya puas bahwa keluarga (teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya dalam melakukan aktivitas		2	
4	Saya puas dgn cara keluarga (teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi saya seperti marah, sedih, atau mencintai		1	
5	Saya puas dengan cara teman saya menyediakan waktu bersama-sama		1	

Keterangan

Nilai < 3 : disfungsi keluarga tinggi

Nilai 4 – 6 : disfungsi keluarga sedang

B. analisis data

No	Data-data	Problem	kode
1	<p>Data subyektif : Tn.C.N mengatakan bahwa kepala terasa sakit dan lehernya terasa tegang.</p> <p>Data obyektif : P : tidak menentu, Q : tumpul, R : menyebar sampai leher, S : Skala nyeri : 5(nyeri sedang), T : tidak menentu.</p> <p>Tanda-tanda vital : tekanan darah 170/80 mmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36,2°C, Pernapasan 23x/menit.</p>	Nyeri akut	00132
2	<p>Data subyektif : Tn.C.N mengatakan susah tidur karena nyeri yang dirasakan.</p> <p>Data obyektif : Tn.C.N mengatakan susah tidur karena nyeri yang dirasakan, Tn.C.N hanya tidur 1-2 jam.</p>	Gangguan pola tidur	00198
3	<p>Data subyektif : Tn.C.N mengatakan tidak tahu tentang penyebab, dan gejala penyakit yang dialaminya.</p> <p>Data Obyektif : Pasien tampak bingung, sering menanyakan tentang kondisi penyakitnya data pendukungnya : pada pemeriksaan status kognitif (SPMSQ) pasien mengalami kerusakan intelektual ringan dan pada pemeriksaan (MMSE) pasien mengalami gangguan kognitif sedang</p>	Kurang pengetahuan	00126

--	--	--	--

C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut (00132)
2. Gangguan pola tidur (00198)
3. Kurang pengetahuan (00126)

D. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	kode	Noc	Nic
1	Nyeri akut	00132	Kode dan Hasil	Kode intervensi
			<p>NOC : (1605)Pain Control dengan kriteria Mengenal kapan terjadi nyeri(160502), Menggambarkan faktor penyebab nyeri (160501), Menggunakan tindakan pencegahan nyeri (160503), Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik(160504).</p>	<p>NIC : (1400)Pain Management :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1). Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif. 2) observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan. 3). Monitor tanda-tanda vital. 4). Ajarkan teknik nonfarmakologi (relaksasi dengan tarik napas dalam).
2	Gangguan pola tidur 1.	00198	(00146)Anxiety Control, Comfort Level, Pain Level, Rest : Extent And Pattern, Sleep And Pattern dengan criteria hasil jumlah tidur dalam batas normal, pola	Sleep enhancement(1850) 1) kaji pola tidur pasien, 2) jelaskan pentingnya tidur yang adekuat kepada klien dan keluarga,

			tidur kualitas tidur dalam batas norma, persaan segar sesudah tidur, mampu mengidentifikkasi hal yang meningkatkan tidur.	3) identifikasi penyebab gangguan tidur.
	Kurang pengetahuan	00126	Pengetahuan tentang kesehatan (1863), Pengetahuan: Manajemen hipetensi: tingkat pemahaman yang disampaikan tentang hipertensi, pengobatannya, pencegahan dan perkembangan penyakit dan komplikasinya ditingkatkan dari 2 (pengetahuan terbatas) sampai 5 (pengetahuan sangat banyak) dengan indikator : 186301 Tentukan tipe hipertensi, 186304 Tanda dan gejala iskemik, 186308 Hubungan stres fisik dan emosional dengan kondisi, 186316 Komplikasi hipertensi.	Pendidikan pasien kode (5602) Pengajaran proses penyakit. 1)Kaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit yang spesifik. 2) Kenali pengetahuan pasien mengenai kondisinya, 3) Jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit sesuai kebutuhan, 4) Identifikasi kemungkinan penyebab sesuai kebutuhan, 5) Jelaskan alasan dibalik manajemen terapi/penanganan yang direkomendasi.

D. Implementasi

Hari/tanggal	Dx	Jam	Implementasi	Paraf
Selasa,28-05-2019	1	08.30 08.35 08.40	1. melakukan pengkajian nyeri, 2. mengajarkan teknik relaksasi, 3. memonitor tanda-tanda vital.	

	2	08.45 08.47 08.50	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengkaji pola tidur pasien, 2. menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat, 3. mengidentifikasi penyebab gangguan tidur. 	
	3	08.55 09.00 09.05 09.10	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengkaji tingkat pengetahuan pasien mengenai proses penyakit, 2. menjelaskan penyebab penyakit hipertensi, 3. menjelaskan tanda dan gejala hipertensi, 4. menjelaskan cara pencegahan dan penanganan hipertensi. 	
Rabu, 29-05-2019	1	09.10 09.15 09.18	<ol style="list-style-type: none"> 1. melakukan pengkajian nyeri, 2. mengajarkan teknik relaksasi, 3. memonitor tanda-tanda vital. 	
	2	10.10 10.15 10.18	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengkaji pola tidur pasien, 2. menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat, 3. mengidentifikasi penyebab gangguan tidur. 	
	3	11.55 11.00 11.05 11.10	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengkaji tingkat pengetahuan pasien mengenai proses penyakit, 2. menjelaskan penyebab penyakit hipertensi, 3. menjelaskan tanda dan gejala hipertensi, 4. menjelaskan cara pencegahan dan penanganan hipertensi. 	
Kamis, 30-05-2019	1	09.10 09.15 09.18	<ol style="list-style-type: none"> 1. melakukan pengkajian nyeri, 2. mengajarkan teknik relaksasi, 3. memonitor tanda-tanda vital. 	
	2	10.10	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengkaji pola tidur pasien, 	

		10.15	2. menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat,	
		10.18	3. mengidentifikasi penyebab gangguan tidur.	
	3	11.55	1. mengkaji tingkat pengetahuan pasien mengenai proses penyakit,	
		11.00	2. menjelaskan penyebab penyakit hipertensi,	
		11.05	3. menjelaskan tanda dan gejala hipertensi,	
		11.10	4. menjelaskan cara pencegahan dan penanganan hipertensi.	

E. Evaluasi

Hari/tanggal	Jam	Diagnosa	SOAP	Paraf
		08.20	<p>S : Tn.C.N mengatakan masih merasakan nyeri,</p> <p>O : skala nyeri 2 (nyeri ringan)tanda-tanda vital : tekanan darah 170/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 23x/menit, suhu 36,2°C,</p> <p>A : Masalah belum teratasi,</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
		09.00	<p>S : Tn.C.N mengatakan tidur nyenyak karena masih nyeri yang dirasakan sudah berkurang, sepanjang hari tidurnya 2-6 jam,</p> <p>O : Tn.C.N nampak segar saat bangun tidak terdapat</p>	

			<p>bantalan hitam pada mata,.</p> <p>A : Masalah teratasi.</p> <p>P : Intervensi dihentikan.</p>	
		10.00	<p>S : Tn.C.N mengatakan sudah paham tentang apa yang dijelaskan tentang penyebab terjadi hipertensi dan cara penanganannya.</p> <p>O : tn.c.n nampak belum mengerti dengan apa yang dijelaskan</p> <p>A : masalah belum teratasi,</p> <p>Ps : Intervensi dilanjutkan.</p>	

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik : Hipertensi
Sasaran : Tn.C.N
Tempat : Panti Werdah
Hari/Tanggal : 29 Mei 2019
Waktu : 1 X 30 Menit

A. Tujuan Instruksional Umum :

Setelah mengikuti penyuluhan mengenai hipertensi selama 30 menit, masyarakat mampu memahami tentang apa itu hipertensi.

B. Tujuan Instruksional Khusus :

Setelah dilakukan penyuluhan mengenai hipertensi, maka masyarakat mampu:

1. Menyebutkan pengertian dari Hipertensi
2. Menyebutkan penyebab Hipertensi
3. Menyebutkan gejala klinis Hipertensi
4. Melaksanakan cara pencegahan Hipertensi
5. Menyebutkan Diet yang tepat untuk penyakit hipertensi

C. Sasaran

Tn.C.N

D. Materi

Terlampir

E. Media dan sumber bahan

Leaflet

F. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

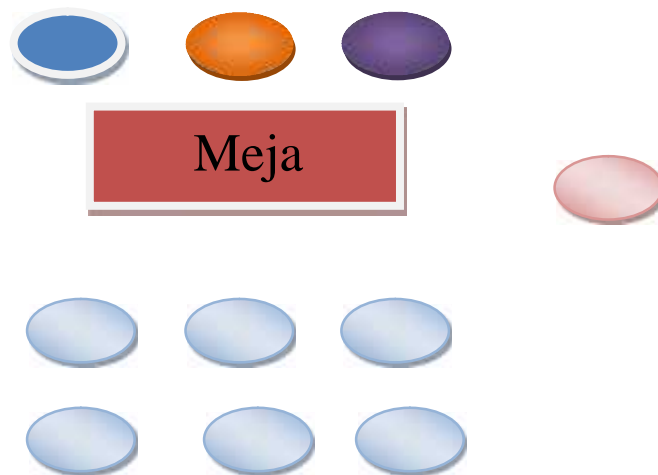
G. Pengorganisasian

Dosen Pembimbing : Dr. Rafael Paun SKM, M.kes


Pemateri : Gonzaga Richardus Nahak

Moderator : Gonzaga Richardus Nahak

H. Setingan Tempat



Keterangan Gambar:

 Dosen pembimbing

 Dosen penguji 1

 Dosen penguji 2

 Pasien

 Pemateri

I. Rencana Kegiatan

NO	WAKTU	KEGIATAN PENYULUHAN	KEGIATAN PESERTA
1	5 Menit	Pembukaan: 1. Memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dari penyuluhan. 3. Melakukan kontrak waktu. 4. Menyebutkan materi penyuluhan yang akan diberikan	1. Menyambut salam 2. Mendengarkan 3. Memperhatikan
2	20 Menit	Pelaksanaan : 1. Menjelaskan tentang Hipertensi 2. Menjelaskan tentang penyebab Hipertensi 3. Menjelaskan tentang gejala Hipertensi 4. Menjelaskan tentang Hipertensi 5. Menjelaskan tentang Pengobatan Hipertensi 6. Sesi tanya Jawab	1. Mendengarkan dan memperhatikan 2. Bertanya dan Menjawab.
3	5 Menit	Penutupan: 1. Menanyakan pada peserta tentang materi yang diberikan dan reinforcement kepada peserta bila dapat menjawab & menjelaskan kembali pertanyaan/materi 2. Mengucapkan terima kasih kepada peserta. 3. Mengucapkan salam	1. Menjawab & menjelaskan pertanyaan. 2. Mendengarkan 3. Menjawab salam

J. Kriteria Evaluasi

1. Evaluasi struktur

- 1) Kesiapan media dan tempat
- 2) Penyelenggaraan penyuluhan dilakukan rumah Ny. YT
- 3) Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan dilakukan sebelum dan saat penyuluhan.

2. Evaluasi Proses :

- 1) Peserta antusias terhadap materi penyuluhan.
- 2) Peserta mengajukan pertanyaan.
- 3) Tidak ada peserta yang meninggalkan tempat penyuluhan.

3. Kriteria Hasil :

- 1) Pelaksanaan penyuluhan berjalan dengan baik.
- 2) Peserta yang hadir 75%
- 3) Peserta mampu menjelaskan kembali tentang:
 - (1) Pengertian Hipertensi
 - (2) Etiologi Hipertensi
 - (3) Gejala Hipertensi
 - (4) Cara Pencegahan Hipertensi

Lampiran 1

MATERI PENYULUHAN

I. Pengertian Hipertensi

Hipertensi atau Tekanan Darah Tinggi adalah gangguan sistem peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah diatas nilai normal atau tekanan darah lebih dari 140/90 mmhg

II. Penyebab Hipertensi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan.

1. Hipertensi Primer

Disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. Factor yang mempengaruhinya yaitu: genetic, lingkungan, hiperaktivitas saraf simpatis sistem renin. factor yang meningkatkan resiko obesitas,merokok,alkhol,dan polisitemia.

2. Hipertensi Sekunder

Penyebab yaitu: gangguan estrogen,penyakit ginjal, dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

Hipertensi pada usia lanjut dibedakan atas:

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

III. Tanda dan Gejala Hipertensi

Tanda dan gejala hipertensi dibedakan menjadi :

- a. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa.

b. Gejala yang lazim

1. Sakit kepala, pusing
2. Lema, kelelahan
3. Sesak napas
4. Gelisah
5. Mual dan muntah
6. Epitaksis atau mimisan

IV. Pencegahan Hipertensi

1. Periksa tekanan darah secara teratur
2. Berhenti merokok
3. Pertahankan gaya hidup sehat
4. Batasi konsumsi alkohol
5. Diet garam
6. Batasi diet dan pengendalian berat badan
7. Selalu rileks dan mampu mengendalikan stres
8. Jika sudah pernah menggunakan obat hipertensi, teruskan penggunaannya secara rutin.

DAFTAR PUSTAKA

- Adib, M. 2009. *Cara Mudah Memahami Dan Menghindari Hipertensi, Jantung, Dan Stroke*. Yogyakarta : Dianloka
- Price, Wilson. 2006. Patofisiologi Vol 2 ; *Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Penerbit Buku Kedokteran. EGC. Jakarta.
- Indrayani, W. N. 2009. *Deteksi Dini Kolesterol, Hipertensi Dan Stroke*. Jakarta : Milestone.

Lampiran 3



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
 BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
 SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
 POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG



LEMBAR KONSULTASI
 BIMBINGAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Gonzaga Richardus Nahak
 Nim : PO 530320115020
 Kelas : Tingkat III Reguler A
 Nama Pembimbing : Dr. Rafel Paun SKM., Mkes

No	Hari/Tanggal	Rekomendasi Bimbingan	Paraf pembimbing
1	Senin, 27/05/2019	Mengambil khusus sesuai kasus yang ada di panti werda dan menyusun BAB I dan BAB II dan konsultasi kembali tanggal 28	
2	Selasa, 28/05/2019	Membuat latar belakang kasus, ambil data dari panti dan NTT tentang Hipertensi membuat media penyuluhan dimensa.	
3	Rabu, 29/05/2019	Memperbaiki BAB I dan BAB II dan mengikuti ujian Akhir program	
4	Kamis, 30/05/2019	Melengkapi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi sesuai dengan kasus yang di ambil	
6	Jumat, 31/05/2019	Konsultasi mulai dari BAB I Sampai dengan BAB 4	
7	Selasa, 4/05/2019	Perbaiki cara penulisan dari Bab 1 sampai Bab 4	
8	Kamis, 7/05/2019	Konsultasi mulai dari halaman depan, lembar persetujuan, lembar pengesahan, biodata penulis, kata	

		pengantar, abstrak dan pertaikan cara penulis BAB 1 Sampar dengan 4. daftar pustaka, Lampiran	
8	Semn,12/05/2019	Acc Hasil Studi kelas	