

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN HIPERTENSI
PADA KATZ INDEKS A DIWILAYAH KERJA UPT
PUSKESMAS SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

TSANIA ANGELITA

KHGA22118



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN
2025**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. N
DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI
WILIAH KERJA UPT PUSKESMAS SAMARANG
KABUPATEN GARUT**

NAMA : TSANIA ANGELITA

NIM : KHA22118

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Siap untuk Diujikan Dihadapan Penelaah

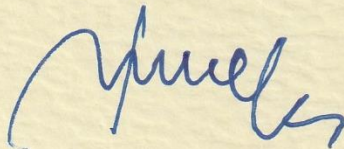
Program Studi Diploma III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

Menyetujui,

Pembimbing



Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep.,Ns., M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

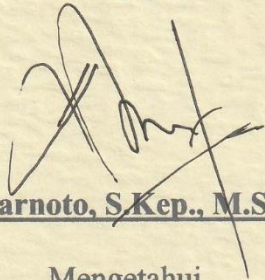
JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. N
DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI
WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS SAMARANG
KABUPATEN GARUT

NAMA : TSANIA ANGELITA

NIM : KHA22118

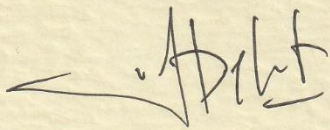
Garut, Juni 2025
Menyetujui,

Penguji I



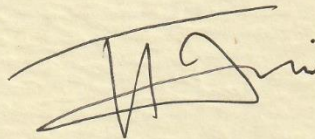
Karnoto, S.Kep., M.Si.

Mengetahui,
Ketua Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut



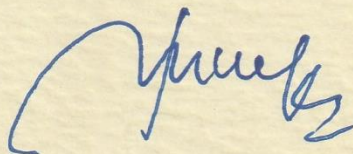
K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Penguji II



Tantri Puspita, S.Kep, Ners., M.N.S

Mengesahkan,
Pembimbing



Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep.,Ns., M.Kep

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. N DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS SAMARANG KABUPATEN GARUT

TSANIA ANGELITA
KHA22118

IV Bab, 105 Halaman, 19 Tabel, 2 Bagan, 5 Lampiran

Lanjut usia merupakan tahap kehidupan yang rentan terhadap berbagai penyakit, salah satunya hipertensi. Proses penuaan menyebabkan perubahan fisiologis seperti kekakuan pembuluh darah yang meningkatkan tekanan darah. Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk memberikan gambaran nyata tentang asuhan keperawatan gerontik secara komprehensif pada Ny. N yang mengalami hipertensi dengan Katz Indeks A di wilayah kerja UPT Puskesmas Samarang Garut. Pendekatan dilakukan melalui lima tahapan proses keperawatan meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Masalah keperawatan yang ditemukan antara lain nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, gangguan pola tidur, intoleransi aktivitas, defisit pengetahuan, hipervolemia, dan risiko jatuh. Hasil asuhan menunjukkan sebagian masalah dapat diatasi dengan pendekatan yang tepat dan dukungan keluarga. Penulis memperoleh pengalaman langsung dalam mengkaji, mendiagnosis, merencanakan, mengimplementasikan, dan mengevaluasi tindakan keperawatan serta mendokumentasikannya secara sistematis. Kesimpulannya, peran perawat sangat penting dalam memberikan pelayanan keperawatan profesional dan berkesinambungan guna meningkatkan kualitas hidup lansia penderita hipertensi.

Kata Kunci : (Lansia, Hipertensi)

Daftar pustaka : 28 buah (2016-2025)

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah mencurahkan Rahmat serta hidayah – Nya kepada kita semua. Sholawat beserta salam semoga tercurah limpahkan kepada Nabi kita, Nabi Muhammad SAW beserta keluarga, sahabatnya dan mudah- mudahan sampai pada kita semua selaku umatnya.

Atas karunia dan izin-Nya, penulis dapat menyelesaikan laporan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. N Dengan Hipertensi Pada Katz Indeks A Di Wilayah Kerja Upt Puskesmas Samarang Kabupaten Garut”**. Karya Tulis Ilmiah ini di ajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bimbingan, nasehat, dan dukungan. Untuk itu pada kesempatan ini perkankan penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar – besarnya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

5. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.kep., Ns., Mkep, selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberikan arahan dan bimbingannya dengan penuh tanggung jawab, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak Karnoto, S.Kep., M.Si. selaku penguji I yang telah berkenan menguji saya dan memberikan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Ibu Tantri Puspita, S.Kep, Ners., M.N.S selaku Penguji II yang telah berkenan menguji saya serta memberikan kritik dan saran yang sangat membangun untuk perbaikan karya tulis ilmiah
8. Seluruh Staf Dosen STIKes Karsa Husada Garut terutama Program Studi DIII Keperawatan yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Seluruh staf dan pimpinan Puskesmas Samarang Garut yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama penulis melakukan asuhan keperawatan.
10. Ny.N dan keluarga atas kesediaanya bekerja sama dan kooperatif dengan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan.
11. Teristimewa kepada kedua orang tua papah dadang Setiawan dan mamah Cucu Sumiyati tersayang sekaligus terhebat yang tiada henti memberikan semangat, Do'a dan dorongan baik secara moral ataupun materi kepada penulis. Meskipun kedua orang tua penulis hanya lulus

SMP dan SMA sederajat tetapi penulis bangga kepada kedua orang tua yang bisa memberikan putrinya duduk di bangku perkuliahan tetapi mereka bisa membuat anaknya sukses menyanggah gelar, semoga keringat, do'a dan air mata dibalas dengan kebahagiaan di dunia dan di akhirat oleh Allah SWT.

12. Kepada saudara kandung saya Kaka M sufie dan adikku tersayang Alesha, karena kehangatan dan kebagiaan keluarga merupakan hal yang paling terpenting dan tidak bisa tergantikan. Serta terimakasih atas dukungan dan do'a yang telah diberikan.

13. Kepada Yuba Daiatul Khoer, yang tak kalah penting kehadirannya terimakasih telah menjadi bagian perjalanan hidup penulis, berkontribusi banyak dalam penyusunan karya tulis ini baik tenaga maupun waktu kepada penulis, telah mendukung, menghibur, mendengarkan, keluh kesah, dan memberikan semangat untuk tidak pantang menyerah, terimakasih telah berjuang Bersama.

14. Kepada keluarga tulip yaitu farida, Rachel, Leli, Mely, Triyani selaku sahabat terbaik penulis, yang senantiasa memberikan motivasi dan dukungan dalam pembuatan karya tulis ilmiah serta memberikan banyak moment kebersamaan selama perkuliahan yang tidak akan pernah terlupakan oleh penulis.

15. Kepada sahabat ku tercinta Laila, Anggar, Ana, desi dan diona terimakasih sudah menemani dan memberi dukungan semangat dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini

16. Seluruh rekan-rekan D-III Keperawatan terutama kelas C dengan berbagai macam karakter, sifat sehingga memberi pelajaran dan kebersamaan yang tidak akan pernah terlupakan oleh penulis.
17. Kepada rekan-rekan KEMA 29 terimakasih sudah menemani dan memberi dukungan semangat dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini
18. Kepada diri sendiri,dengan penuh kesadaran akan kelemahan dan kekuatan saya, saya mempersembahkan karya tulis ini sebagai bukti dari perjalanan saya dalam mencari ilmu dan pengetahuan. Saya percaya bahwa setiap Langkah yang saya ambil,setiap kata yang saya tulis, dan setiap ide yang saya tuangkan dalam skripsi ini adalah refleksi dari keinginan saya untuk menjadi bagian dari Solusi bagi masalah-masalah kemanusiaan.

Garut, juni 2025

Penulis

Tsania Angelita

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
C. Metode Telaahan	6
D. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	9
A. Konsep Dasar Keperawatan.....	9
1. Definisi Lanjut Usia	9
2. Batasan Lansia	10
3. Tipe lansia	11
4. Proses Menua	12
5. Perubahan yang terjadi pada lansia.....	16
6. Faktor – faktor yang mempengaruhi proses menua	19
B. Konsep Dasar Penyakit.....	19
1. Definisi Penyakit.....	19
2. Etiologi Penyakit.....	20
3. Manifestasi Klinis Penyakit	20
4. Klasifikasi Tekanan Darah	21
5. Patofisiologi	22

6. Pathway.....	24
7. Komplikasi.....	25
8. Pemeriksaan penunjang	26
C. Konsep Asuhan Keperawatan.....	27
1. Pengkajian Keperawatan.....	27
2. Diagnosa keperawatan	42
3. Perencanaan keperawatan	43
4. Implementasi Keperawatan.....	48
5. Evaluasi Keperawatan.....	48
BAB III TINJAUAN KASUS.....	51
A. Tinjauan Kasus.....	51
1. Pengkajian.....	51
2. Diagnosa Keperawatan	67
3. Perencanaan Keperawatan	69
4. Implementasi dan Evaluasi	73
5. Catatan perkembangan.....	76
B. Pembahasan	79
1. Tahap Pengkajian	80
2. Tahap Diagnosa.....	80
3. Tahap Intervensi	82
4. Tahap Implementasi	83
5. Tahap Evaluasi	85
6. Tahapan dokumentasi.....	86
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	87
A. Kesimpulan	87
B. Rekomendasi.....	89
DAFTAR PUSTAKA.....	91
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	5 Penyakit Terbesar Di UPT Puskesmas Samarang Garut Bulan Januari s.d Mei Tahun 2025.....	3
Tabel 2.1	Klasifikasi Hipertensi.....	21
Tabel 2.2	Penilaian KATZ Indeks.....	32
Tabel 2.3	Penilaian Barthel indeks.....	33
Tabel 2.4	Penilaian SPMSQ.....	35
Tabel 2.5	Penilaian MMSE.....	35
Tabel 2.6	Penilaian Keseimbangan Lansia.....	36
Tabel 2.7	Analisa data.....	38
Tabel 2.8	Tahapan Perencanaan.....	44
Tabel 3.1	Pola aktivitas.....	56
Tabel 3.2	Penilaian KATZ Indeks.....	58
Tabel 3.3	Penilaian bathel indeks.....	60
Tabel 3.4	Penilaian SPMSQ.....	61
Tabel 3.5	Penilaian MMSE.....	62
Tabel 3.6	Terapi Medis.....	64
Tabel 3.7	Analisa data.....	65
Tabel 3.8	Intervensi keperawatan.....	69
Tabel 3.9	Implementasi dan Evaluasi keperawatan.....	72
Tabel 3.10	Catatan Perkembangan.....	76

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 pathway hipertensi.....	24
Bagan 3.1 Genogram.....	53

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan Hipertensi

Lampiran 2 Lefleat

Lampiran 3 Dokumentasi Kegiatan

Lampiran 4 Lembar Bimbingan

Lampiran 5 Daftra Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lanjut usia menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes, 2024) adalah sebuah proses penuaan yang terjadi seiring bertambahnya umur, yang ditandai dengan penurunan fungsi organ-organ tubuh seperti otak, jantung, hati dan ginjal serta meningkatnya kehilangan jaringan aktif pada tubuh, khususnya otot. Hal ini menyebabkan tubuh semakin rentan terhadap berbagai penyakit yang bisa mengakibatkan kematian. Lansia didefinisikan sebagai individu yang berumur 60 tahun ke atas, sesuai dengan undang-undang nomor 13 tahun 1998 mengenai kesejahteraan lanjut usia. Seiring bertambahnya usia, kinerja fisiologis tubuh mengalami penurunan yang disebabkan oleh penumpukan kerusakan pada sel dan molekul akibat proses penuaan, yang pada gilirannya meningkatkan kemungkinan terjadinya Penyakit Tidak Menular.

Penyakit yang Tidak Menular (PTM) sering dijumpai pada orang yang berusia lanjut. Sebagian besar PTM di kalangan lansia meliputi hipertensi, rheumatoid, stroke, Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK), serta Diabetes Mellitus (DM). PTM adalah berita kesehatan yang sering terjadi di kalangan usia lanjut, yang biasanya berpengaruh terhadap kualitas hidup dan menurunkan produktivitas, seperti yang terlihat dalam kasus hipertensi. (Girang & Health, 2025)

Hipertensi adalah salah satu penyakit tidak menular yang banyak dialami oleh masyarakat baik Tingkat lokal maupun global. Penyakit ini muncul Ketika tekanan darah di arteri melebihi 140/90 mmHg. Keadaan ini akan semakin parah

jika tidak ditangani dengan baik dan tidak ada Upaya untuk mengendalikannya. Salah satu karakteristik dari penyakit ini adalah sering kali penderita tidak merasakan gejala yang jelas, sehingga hal ini dapat diketahui melalui pengukuran tekanan darah, dan kondisi ini sering disebut sebagai “silent killer. Terdapat sekitar 1,28 miliar orang dewasa yang telah didiagnosis hipertensi, yang berada dalam rentang usia 30-79 tahun. Dua pertiga dari kasus ini terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah, dan 46% dari mereka tidak menyadari bahwa mereka menderita hipertensi. Pada tahun 2022, hipertensi penyebab utama dalam 685.875 kematian Amerika Serikat. (Kerja et al., 2025)

Angka kejadian hipertensi di Provinsi Jawa Barat adalah yang tertinggi di Indonesia, mencapai 39,6%. Kota Bogor adalah daerah di Jawa Barat dengan jumlah pasien hipertensi terbanyak, yaitu 830. 741orang. Hipertensi adalah salah satu kondisi yang menyebabkan tingkat kesakitan yang tinggi, yaitu kondisi di mana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah melebihi batas normal yang berdampak pada morbiditas dan mortalitas. (Leftungun et al., 2023)

Jumlah orang yang menderita hipertensi di Kabupaten Garut pada tahun 2021 adalah 146. 668, sedangkan pada tahun 2022 jumlahnya meningkat menjadi 159. 435. Dari data ini, terlihat bahwa kasus hipertensi di Kabupaten Garut menunjukkan peningkatan yang signifikan, di mana wilayah kerja Puskesmas mencatat jumlah penduduk yang paling banyak mengalami rujukan. Terdapat kenaikan dari tahun sebelumnya yaitu sebesar 3,6% menjadi 37,4%. Berbagai faktor tersebut dapat berkontribusi terhadap adanya hipertensi, khususnya di kalangan lansia. (Dinkes, 2023)

Jumlah warga lanjut usia yang terdaftar di wilayah kerja UPT Puskesmas Samarang adalah 7.059 orang, yang terdiri dari Desa Samarang dengan 2.069 orang, Desa Sirnasari sebanyak 993 orang, Desa Cintakarya berjumlah 1.126 orang, Desa Cintaasih mencatat 927 orang, Desa Cintarasa mencapai 805 orang, serta Desarakyat dengan total 1.139 orang.

Berdasarkan dari hasil studi pendahuluan yang telah penulis lakukan di puskesmas Samarang, kondisi penyakit hipertensi pada lansia masuk ke dalam peringkat ke 1 dari 5 penyakit terbanyak di puskesmas Samarang Garut.

Tabel 1.1
5 Penyakit Terbesar Di UPT Puskesmas Samarang Garut
Bulan Januari s.d Mei Tahun 2025

No	Nama Penyakit	Jumlah
1.	Hipertensi	652
2.	Diabetes	525
3.	ISPA	90
4.	Dispesia	45
5.	Osteoarthritis	36
Jumlah		1.348

Sumber Laporan Data: "UPT Samarang Garut 2025"

Berdasarkan informasi yang terdapat di puskesmas Samarang garut, sebagaimana tertera dalam tabel di atas, jumlah kasus hipertensi antara bulan januari hingga bulan mei 2025 di UPT Samarang Garut tercatat sebanyak 1.348 orang, menjadikannya sebagai kasus tertinggi di antara lima penyakit tidak menular. Oleh karena itu, Upaya untuk mengatasi penyakit ini sangat di perlukan melalui pengobatan dan perawatan, mengingat efek yang ditimbulkan oleh hipertensi ini sangat mempengaruhi kebutuhan dasar manusia, seperti nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, gangguan pola tidur, intoleransi aktivitas, defisit pengetahuan dan rasa

aman dan nyaman dan cemas. Adapun juga komplikasi yang dapat ditimbulkan dari penyakit hipertensi yaitu jantung, stroke, dan berlanjut pada kematian.

Dampak fisik dari tekanan darah tinggi dapat terlihat melalui penyumbatan arteri jantung dan terjadinya serangan jantung, pembesaran pada ventrikel kiri, gagal jantung, serta dapat memicu masalah pada pembuluh darah di otak dan pengerasan arteri jantung, yang semuanya merupakan penyebab utama kematian. Di sisi lain, dampak emosional pada orang yang mengalami hipertensi termasuk perasaan bahwa hidup mereka tidak berarti akibat dari kelemahan dan kondisi hipertensi yang berlangsung lama. Lebih lanjut, peningkatan tekanan darah ke otak dapat membuat lansia kesulitan untuk berkonsentrasi dan merasa tidak nyaman, yang mempengaruhi interaksi sosial mereka, sehingga lansia biasanya cenderung menghindari kegiatan bersosialisasi. Pada akhirnya, hal ini dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan mempengaruhi kualitas hidup lansia yang mengalami hipertensi. (Fitria & Prameswari, 2021)

Peran dari perawat yaitu sebagai pemberi asuhan keperawatan gerontik dan harus memberikan pelayanan Kesehatan dan juga asuhan keperawatan komprehensif yang profesional dan berkeselimbangan pada lansia dengan hipertensi sedang.

Berdasarkan uraian di atas, maka dari itu penulis tertarik untuk Menyusun karya tulis ilmiah ini dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. N DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG SAMARANG BOBOKO RT/RW 02/01 DESA SAMARANG WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS SAMARANG GARUT”**.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penyusun mendapatkan pengetahuan, keterampilan, wawasan, dan pengalaman yang nyata dan mampu mengidentifikasi, melaksanakan asuhan keperawatan meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual kepada klien dengan penyakit hipertensi berdasarkan Katz Indeks A dengan menggunakan pendekatan model keperawatan di puskesmas Semarang Garut.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut:

- a. Mampu melakukan pengkajian status Kesehatan, pengumpulan data, menentukan sampai memprioritaskan masalah pada klien hipertensi.
- b. Mampu Menyusun diagnosa keperawatan berdasarkan urutan masalah hipertensi pada lansia.
- c. Mampu merencanakan keperawatan sesuai dengan diagnosa dan melaksanakan implementasinya berkenaan dengan masalah hipertensi pada klien.
- d. Mampu melaksanakan Tindakan keperawatan yang disusun secara logis berdasarkan pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki untuk klien hipertensi.
- e. Mampu mengevaluasi hasil dari proses keperawatan dengan cara sistematis.
- f. Mampu mendokumentasikan seluruh proses asuhan keperawatan secara sistematis.

C. Metode Telaahan

Penulisan karya tulis ilmiah ini memanfaatkan pendekatan studi kasus dalam asuhan keperawatan yang berfokus pada permasalahan yang muncul pada lansia. Berikut adalah teknik yang di gunakan untuk mengumpulkan data:

1. Wawancara

Data yang diperoleh oleh penulis melaui wawancara langsung di rumah Ny. N dengan cara yang terarah, dan informasi tersebut juga diperoleh dari anak klien.

2. Observasi

Observasi adalah metode pengumpulan data yang didasarkan pada pengamatan kondisi klien dalam rangka asuhan keperawatan, dengan menggunakan indra penglihatan untuk menilai keadaan fisik di lingkungan tempat tinggal lansia. Proses observasi di lakukan langsung dan mencakup pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

3. Pemeriksaan fisik

Data selanjutnya diperoleh melalui pemeriksaan fisik dari kepala higga kaki serta penilaian khusus bagi pasien lansia, termasuk pengkajian fungsional (KATS indeks dan Barthel) serta penilaian kognitif, afektif, mental, dan sosial (SPMSQ, MMSE). Metode pemeriksaan ini dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, untuk mendapatkan data objektif mengenai Kesehatan klien.

4. Studi dokumentasi

Metode pengumpulan data yang dilakukan penulis dengan cara mendapatkan informasi selain wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik.

5. Studi kepustakaan

Penulis mengumpulkan sumber dari buku dan artikel sebagai referensi untuk mendapatkan informasi dan data dasar yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh klien, yaitu hipertensi.

D. Sistematika Penulisan

Untuk memudahkan dalam memahami karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan sistematika penulisan yang terdiri dari 4 Bab yaitu:

BAB 1: pendahuluan

Menjelaskan mengenai Latar Belakang. Tujuan penulisan, Metode tenelaahan, sistematika penulisan.

BAB II: Tinjauan Teoritis

Menjelaskan mengenai konsep keperawatan lansia, teori lansia, konsep penyakit hipertensi, dan konsep keperawatan gerontic pada penyakit hipertensi.

BAB III: Tinjauan kasus dan pembahasan

Tinjaun kasus ini menjelaskan mengenai proses keperawatan yang sudah dilakukan secara nyata dilapangan, mulai daripengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, merancang perencanaan keperawatan, melakukan implementasi keperawatan, melakukan eveluasi keperawatan, sedangkan pembahasan menjadi suatu bahan

kesamaan dan perbedaan antara lapangan dengan menurut teori mulai dari pengkajian hingga evaluasi.

BAB IV: Kesimpulan dan rekomendasi

Bab terakhir yaitu menjelaskan mengenai Kesimpulan penulis setelah melaksanakan kegiatan asuhan keperawatan pada lansia dan rekomendasi untuk perbaikan dimasa yang akan datang.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Keperawatan

1. Definisi Lanjut Usia

Lanjut usia merujuk pada seseorang yang telah mencapai usia 55 tahun atau lebih. Sesuai dengan undang-undang No 13 Tahun 1998 mengenai kesejahteraan lanjut usia, pasal 1 ayat 2 menyebutkan bahwa usia 60 tahun merupakan awal dari fase lansia.

Lansia merujuk pada individu yang berumur 60 tahun atau lebih. Lansia merupakan kategori usia bagi manusia yang telah memasuki fase akhir dari kehidupan. Lansia dapat menghadapi berbagai masalah kesehatan dan kebugaran, seperti penurunan sistem kekebalan tubuh, penurunan massa otot, peningkatan risiko jatuh, penyakit jantung dan pembuluh darah, diabetes, osteoarthritis, nyeri kronis, osteoporosis, serta masalah kecemasan dan depresi. (Zulhadi, 2021)

Menurut WHO, orang tua yang dimaksud adalah individu yang berumur 60 tahun ke atas. Undang-undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan orang tua menyatakan bahwa individu yang tergolong dalam kategori ini adalah mereka yang sudah mencapai usia 60 tahun atau lebih. Secara umum, seseorang dianggap lansia jika telah melewati usia 60 tahun, tetapi definisi ini bisa bervariasi tergantung pada aspek sosial, budaya, fisik, dan waktu. (WHO, 2023)

Berdasarkan definisi diatas dapat di simpulkan bahwa lanjut usia (lansia) adalah individu yang berusia 60 tahun ke atas, memasuki tahap akhir kehidupan, dan rentan mengalami berbagai masalah Kesehatan akibat proses penuaan.

2. Batasan Lansia

Batasan umur yang berhubungan dengan kategori lansia adalah sebagai berikut:

- a. Berdasarkan undang-undang nomor 13 tahun 1998, pada pasal 1 ayat 2 dinyatakan bahwa “lanjut usia adalah individu yang telah berumur 60 tahun ke atas.”
- b. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2023) kelompok lanjut usia terbagi menjadi:
 - 1) Usia pertengahan (middle age) yang mencakup rentang umur 45 hingga 59 tahun
 - 2) Lanjut usia (elderly) yang meliputi usia 60 hingga 74 tahun
 - 3) Lansia tua (Old) yang berada dalam rentang 75 hingga 90 tahun
 - 4) Usia sangat tua (very old) yang di tentukan sebagai di atas 90 tahun
- c. (Psikolog UI) mengidentifikasi empat fase, yang terdiri dari:
 - 1) fase inventus, yang mencakup usia 25 hingga 40 tahun
 - 2) fase virilities, yakni umur 40 hingga 45 tahun
 - 3) fase presenium, yang meliputi usia 55 hingga 65 tahun
 - 4) fase senium, yang berlangsung dari usia 65 hingga akhir hayat
- d. Usia lanjut (geriatric age) adalah mereka yang berumur lebih dari 65 tahun atau 70 tahun, dan kategori ini di bagi lagi menjadi tiga kelompok umur yaitu:

- 1) Young old, yang berusia 70 hingga 75 tahun
- 2) Old, yang berusia 75 hingga 80 tahun
- 3) Very old, yang berusia di atas 80 tahun (Alpin, 2016)

3. Tipe lansia

Tipe lansia dibagi ke dalam beberapa kategori, antara lain:

a. Tipe bijaksana

Kategori ini mencakup orang lanjut usia yang memiliki banyak pengalaman hidup, penuh dengan kebijaksanaan, mampu beradaptasi dengan perubahan zaman, memiliki aktivitas yang beragam, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, suka memberi, dan bisa menjadi teladan bagi orang lain.

b. Tipe mandiri

Tipe lansia yang mandiri adalah mereka yang mampu menyesuaikan diri dengan perubahan yang terjadi pada diri mereka.

c. Tipe tidak puas

Tipe lansia yang merasa tidak puas adalah mereka yang terus-menerus mengalami konflik batin dan eksternal.

d. Tipe pasrah

Lansia dengan tipe ini cenderung menerima keadaan dan menunggu keberuntungan, rajin mengikuti kegiatan keagamaan, dan bersedia melakukan berbagai pekerjaan dengan mudah.

e. Tipe bingung

Tipe ini muncul karena mereka mengalami kejutan dari perubahan status dan peran dalam hidup mereka. (Amalia Yunia Rahmawati, 2020)

4. Proses Menua

Proses penuaan adalah fenomena alami yang dialami oleh manusia. Menjadi tua merupakan perubahan biologis yang berlangsung secara terus-menerus dan dialami manusia di semua tahap kehidupan dan waktu, sedangkan usia tua adalah fase terakhir dari proses penuaan. Lansia merujuk pada individu yang berusia 60 tahun atau lebih. Dalam Undang-undang Republik Indonesia No. 13 Tahun 1998 mengenai Kesejahteraan Lanjut Usia, pasal 1 ayat 2, dijelaskan bahwa lanjut usia adalah individu yang berusia di atas 60 tahun. (Luhung & Anugrahati, 2020)

Beberapa pandangan biologis melihat proses penuaan dari sudut pandang genetik:

1. Teori terprogram menyatakan bahwa setiap individu memiliki “jam biologis” yang mulai bergerak seiring dengan pertumbuhan. Dalam konsep ini, setiap orang memiliki “program” genetik yang tidak sepenuhnya dipahami tetapi telah ditetapkan sebelumnya, yang menentukan jumlah pembelahan sel. Selama program tersebut berlangsung, individu mengalami perubahan yang dapat diprediksi, seperti penyusutan kelenjar timus, menopause, perubahan pada kulit, dan rambut yang memutih. Teori yang berkaitan dengan ini termasuk teori kehabisan program, yang menyatakan bahwa setiap orang memiliki jumlah materi genetik yang terbatas yang pada akhirnya akan habis, serta teori laju hidup, yang berpendapat bahwa setiap individu memiliki jumlah napas yang digunakan seiring berjalannya waktu. Teori gen mengusulkan bahwa ada satu atau lebih gen berbahaya yang aktif dari waktu

ke waktu, menyebabkan perubahan yang terlihat seiring bertambahnya usia dan membatasi harapan hidup seseorang.

2. Teori molekuler yang berfokus pada ribonukleat mengusulkan bahwa penuaan diatur oleh materi genetik yang ditujukan untuk memandu pertumbuhan serta penurunan fungsi.
3. Teori kesalahan berpendapat bahwa kesalahan dalam sintesis protein terjadi pada sel-sel tubuh, yang akhirnya menyebabkan penurunan bertahap dalam fungsi biologis.
4. Teori mutasi somatik mengusulkan hal yang serupa tetapi menyoroti bahwa penuaan berasal dari kerusakan pada asam deoksiribonukleat (DNA) akibat paparan bahan kimia atau radiasi, yang dapat menyebabkan kelainan kromosom dan berujung pada penyakit atau hilangnya fungsi di masa mendatang.
5. Teori seluler menyatakan bahwa penuaan terjadi sebagai hasil dari kerusakan sel. Ketika banyak sel mengalami kerusakan, fungsi tubuh secara keseluruhan mulai menurun.
6. Teori radikal bebas memberikan penjelasan mengenai kerusakan sel. Radikal bebas adalah molekul tak stabil yang terbentuk dalam tubuh saat proses metabolisme dan respirasi normal, atau akibat paparan radiasi dan polusi. Molekul ini diyakini dapat merusak sel, DNA, serta sistem kekebalan tubuh. Penumpukan berlebihan radikal bebas dalam tubuh diduga berkontribusi pada perubahan fisiologis yang terlihat saat penuaan serta berbagai penyakit, termasuk radang sendi, penyakit kardiovaskular, diabetes, dan aterosklerosis.

Teori ini juga mencatat bahwa akumulasi butiran pigmen lemak dapat menyebabkan bintik-bintik penuaan pada individu yang lebih tua. Para pendukung teori ini berargumen bahwa konsentrasi radikal bebas dapat diminimalkan dengan konsumsi antioksidan, seperti vitamin A, C, E, karotenoid, seng, selenium, dan fitokimia lainnya.

7. Salah satu modifikasi dari teori ini adalah teori ikatan silang atau jaringan ikat, yang menyatakan bahwa interaksi antara molekul sel DNA dan jaringan ikat dengan radikal bebas dapat menyebabkan ikatan yang mengurangi kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri. Hal ini menyebabkan perubahan kulit yang umumnya dihubungkan dengan penuaan, seperti kekeringan, kerutan, dan kehilangan elastisitas.
8. Variasi lain, teori Klinker, menggabungkan pemikiran tentang mutasi somatik, radikal bebas, dan ikatan silang untuk menjelaskan bahwa bahan kimia yang dihasilkan oleh metabolisme menumpuk dalam sel normal dan menyebabkan kerusakan pada berbagai organ tubuh, termasuk otot, jantung, saraf, dan otak.
9. Teori keausan membayangkan bahwa tubuh mirip dengan mesin, yang mengalami penurunan fungsi seiring dengan ausnya bagian-bagian. Ketika seseorang bertambah tua, sel, jaringan, dan organ dapat mengalami kerusakan akibat stres internal atau eksternal. Ketika kerusakan cukup parah terjadi di bagian tubuh, fungsi keseluruhan pun akan menurun. Teori ini juga menyarankan bahwa menerapkan praktik kesehatan yang baik bisa

mengurangi tingkat keausan, sehingga berdampak pada peningkatan umur dan fungsi tubuh yang lebih baik.

10. Dalam konteks yang serupa, teori tentang keandalan penuaan serta umur panjang merupakan sebuah model matematis yang rumit mengenai kegagalan sistem yang awalnya digunakan untuk memahami kegagalan peralatan elektronik yang kompleks. Model ini diterapkan untuk menjelaskan penurunan fungsi (penyakit) dan kegagalan (kematian) pada sistem tubuh manusia.
11. Teori neuroendokrin mendalami interaksi kimia yang kompleks yang dipicu oleh hipotalamus di otak. Aktivasi atau penekanan berbagai kelenjar endokrin oleh hipotalamus memicu pelepasan berbagai hormon dari hipofisis dan kelenjar lainnya, yang secara berurutan mengatur fungsi-fungsi tubuh, termasuk pertumbuhan, reproduksi, dan metabolisme. Seiring bertambahnya usia, hipotalamus tampak semakin kurang efektif dalam mengendalikan fungsi-fungsi endokrin, menghasilkan perubahan terkait usia seperti penurunan massa otot, peningkatan lemak tubuh, dan variasi dalam fungsi reproduksi. Dia mengemukakan bahwa suplemen hormon dapat dirancang untuk mengatasi atau memperlambat perubahan yang berkaitan dengan usia.
12. Teori imunologi berpendapat bahwa penuaan terjadi akibat perubahan pada sistem imun. Menurut teori ini, mekanisme pertahanan tubuh yang fundamental, yakni sistem imun, cenderung melemah seiring waktu, membuat individu yang menua lebih rentan terhadap berbagai penyakit. Teori ini juga menyatakan bahwa peningkatan penyakit autoimun dan alergi

yang terlihat seiring bertambahnya usia disebabkan oleh perubahan pada sistem imun tersebut.

13. Sebuah teori penuaan yang relatif baru mengaitkan proses penuaan dengan asupan kalori. Penelitian pada hewan telah menunjukkan bahwa efisiensi metabolik dapat dicapai melalui diet yang kaya nutrisi tetapi rendah kalori. Diperkirakan bahwa pola makan ini, jika dipadukan dengan aktivitas olahraga yang teratur, dapat memperpanjang kesehatan dan usia hidup dengan optimal. (Mujiadi & Rachmah, 2022)

5. Perubahan yang terjadi pada lansia

a. Perubahan fisik

- 1) Sel: jumlahnya lebih sedikit namun ukurannya lebih besar, terjadi pengurangan cairan di dalam dan di luar sel.
- 2) Persarafan: hubungan persarafan menurun dengan cepat, respons terhadap rangsangan menjadi lambat, saraf di sistem pendengaran menyusut, terjadi presbiakusis, membran timpani mengalami atrofi, dan terjadi penumpukan serum akibat peningkatan keratin.
- 3) Sistem penglihatan: pupil mengalami sklerosis dan hilangnya respons sinaps, bentuk kornea menjadi lebih bulat, lensa menjadi keruh, ambang deteksi cahaya meningkat, daya akomodasi menurun, serta lapang pandang menyusut.
- 4) Sistem Kardiovaskuler: katup jantung menjadi lebih tebal dan kaku, kemampuan jantung untuk memompa darah berkurang sekitar 1% setiap tahunnya setelah usia 20 tahun, yang mengakibatkan penurunan

kontraksi dan volume, pembuluh darah kehilangan elastisitas, serta tekanan darah meningkat.

- 5) Sistem respirasi: otot-otot pernapasan mengalami kekakuan yang menyebabkan aktivitas silia berkurang. Paru-paru kehilangan elastisitasnya sehingga kapasitas residu meningkat dan pernapasan menjadi berat. Kedalaman pernapasan pun menurun.
- 6) Sistem gastrointestinal: kehilangan gigi menyebabkan kurangnya asupan gizi, indera pengecap menurun akibat iritasi pada selaput lendir dan atrofi hingga 80%. Selanjutnya, sensitivitas saraf pengecap terhadap rasa manis dan asin juga hilang.
- 7) Sistem genitourinaria: ukuran ginjal mengecil dan nefron mengalami penurunan fungsi, sehingga aliran darah ke ginjal menurun hingga 50%, dengan penurunan GFR sampai 50%. Ketahanan ginjal terhadap glukosa meningkat. Kapasitas otot kandung kemih berkurang menjadi 200 cc, yang menyulitkan pria usia tua dan berpotensi menyebabkan penahanan urin. Sebanyak 75% pria di atas 55 tahun mengalami pembesaran prostat. Atrofi terjadi pada vulva, sedangkan pada vagina terjadi kekeringan pada lapisan mukosa, penurunan elastisitas jaringan, penurunan sekresi, dan pH menjadi lebih basa.
- 8) Sistem endokrin: dalam sistem endokrin, hampir semua pengeluaran hormon menurun, sementara fungsi dan sekresi paratiroid tetap konsisten, aktivitas tiroid berkurang yang berpengaruh pada penurunan

laju metabolisme basal (BMR). Produksi sel reproduksi seperti progesteron, estrogen, dan testosteron juga mengalami penurunan.

- 9) Sistem integumen: kulit mengalami keriput karena berkurangnya jaringan lemak, kulit kepala serta rambut menjadi lebih tipis dan berwarna abu-abu, sedangkan rambut di area telinga dan hidung menjadi lebih tebal. Kuku menjadi lebih keras dan rentan terhadap patah.
- 10) Sistem muskuloskeletal: massa tulang menurun dan menjadi kurang kuat, yang mengakibatkan kifosis, pengurangan tinggi badan akibat penipisan diskus di tulang belakang, tendon mengalami penyusutan, dan serat otot mengalami pengecilan, sehingga individu yang lebih tua bergerak dengan lebih lambat, mengalami kram otot, serta tremor.

b. Perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental meliputi: Pertama, perubahan fisik, khususnya pada organ sensori.

- 1) Kesehatan umum
- 2) Tingkat Pendidikan
- 3) Faktor genetic
- 4) Lingkungan

c. Perubahan Psikososial

- 1) Pensiun: sering kali nilai individu diukur berdasarkan seberapa produktif mereka, dan identitas sering dihubungkan dengan fungsi yang dijalankan dalam pekerjaan.

- 2) Kesadaran akan kematian.
- 3) Perubahan pola hidup, yaitu pindah ke tempat perawatan yang memiliki ruang lebih kecil. (Rika Widianita, 2023)

6. Faktor – faktor yang mempengaruhi proses menua

Menurut (Sarida dan Hamonangan, 2020) sejumlah aspek yang mempengaruhi proses penuaan antara lain:

- a. Faktor keturunan
- b. Asupan gizi
- c. Kondisi Kesehatan
- d. Pengalaman sepanjang hidup
- e. Lingkungan sekitar
- f. Tekanan mental

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi Penyakit

Hipertensi adalah suatu keadaan di mana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah melebihi nilai normal. Seseorang dianggap mengalami peningkatan tekanan darah jika nilai tekanan darah sistolik mencapai ≥ 130 mmHg atau tekanan darah diastolik mencapai ≥ 80 mmHg. Hipertensi dapat menyebabkan masalah pada berbagai organ tubuh, termasuk jantung, otak, ginjal, mata, dan arteri perifer. Tingkat kerusakan yang terjadi pada organ-organ ini dipengaruhi oleh tingkat keparahan tekanan darah dan durasi tekanan darah tinggi yang tidak diobati atau tidak tertangani. (Tekanan et al., 2024)

Hipertensi sangat dipengaruhi oleh perilaku yang kurang sehat seperti: minimnya aktivitas fisik, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol yang berlebihan, terlalu banyak stres, serta kurangnya asupan sayuran dan buah, yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah. Jika hipertensi ini tidak ditangani dengan benar dan segera, bisa menimbulkan masalah kesehatan lain, termasuk penyakit seperti: kerusakan ginjal, stroke, dan aterosklerosis. (Mujiadi & Rachmah, 2022)

2. Etiologi Penyakit

Hipertensi adalah sindrom kardiovaskular yang berkembang secara bertahap, terjadi karena berbagai faktor yang saling berhubungan. Salah satu indikasi tekanan darah pada individu yang mengalami hipertensi adalah ketika tekanan darah sistolik meningkat hingga mencapai ≥ 140 mmHg dan/atau tekanan diastolik mencapai ≥ 90 mmHg, yang terdeteksi dalam dua kali pengukuran dalam selang waktu 5 menit saat dalam kondisi istirahat. Salah satu penyebab hipertensi pada seseorang bisa disebabkan oleh adanya kelainan baik pada fungsi maupun struktur jantung dan pembuluh darah, serta kerusakan pada jantung, ginjal, otak, dan organ lainnya. Kerusakan tersebut dapat mengakibatkan masalah kesehatan dan kematian. (Muliadi et al., 2024)

3. Manifestasi Klinis Penyakit

Meskipun biasanya individu dengan hipertensi tidak mengalami gejala atau keluhan khusus, ada beberapa keluhan yang bersifat umum yang mungkin dirasakan, seperti:

a. Nyeri kepala dan vertigo

- b. Detak jantung yang tidak teratur
- c. Ketidaknyamanan di area dada
- d. Keresahan
- e. Penglihatan yang tidak jelas
- f. Cepat merasa lelah. (Kemenkes, 2019)

4. Klasifikasi Tekanan Darah

- a. Klasifikasi Hipertensi Menurut WHO – ISH

Klasifikasi hipertensi menurut WHO-ISH dibedakan menjadi 9 kategori.

Klasifikasi tersebut sesuai dengan tabel 2.1 dibawah ini, yaitu :

Tabel 2.1
Klasifikasi Hipertensi Menurut (WHO, 2023)

Kategori	Tekanan Darah Sistol (mmHg)	Tekanan Darah Diastol (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal-tinggi	130-139	85-89
<i>Grade 1</i> (Hipertensi ringan)	140-159	90-99
Sub-group: perbatasan	140-149	90-94
<i>Grade 2</i> (hipertensi sedang)	160-179	100-109
<i>Grade 3</i> (hipertensi berat)	>180	>110
Hipertensi sistolik terisolasi	≥140	<90
Sub-group: perbatasan	140-149	<90

Menurut (Rika Widianita, 2023) Hipertensi dibedakan menjadi dua kategori berdasarkan penyebabnya, yaitu hipertensi primer dan hipertensi sekunder:

1) Hipertensi Primer

Ini adalah kondisi di mana terjadi peningkatan tekanan darah tinggi yang disebabkan oleh gaya hidup individu dan faktor lingkungan. Pola makan yang tidak terkontrol dan menyebabkan kelebihan berat badan atau obesitas bisa menjadi faktor awal risiko munculnya hipertensi. Selain itu, individu yang berada dalam stres tinggi atau lingkungan yang penuh tekanan juga berisiko menderita hipertensi, serta mereka yang kurang aktif dalam berolahraga.

2) Hipertensi Sekunder

Ini adalah kondisi di mana terjadi peningkatan tekanan darah yang disebabkan oleh adanya penyakit lain, seperti gagal jantung, gagal ginjal, atau masalah pada sistem hormonal tubuh.

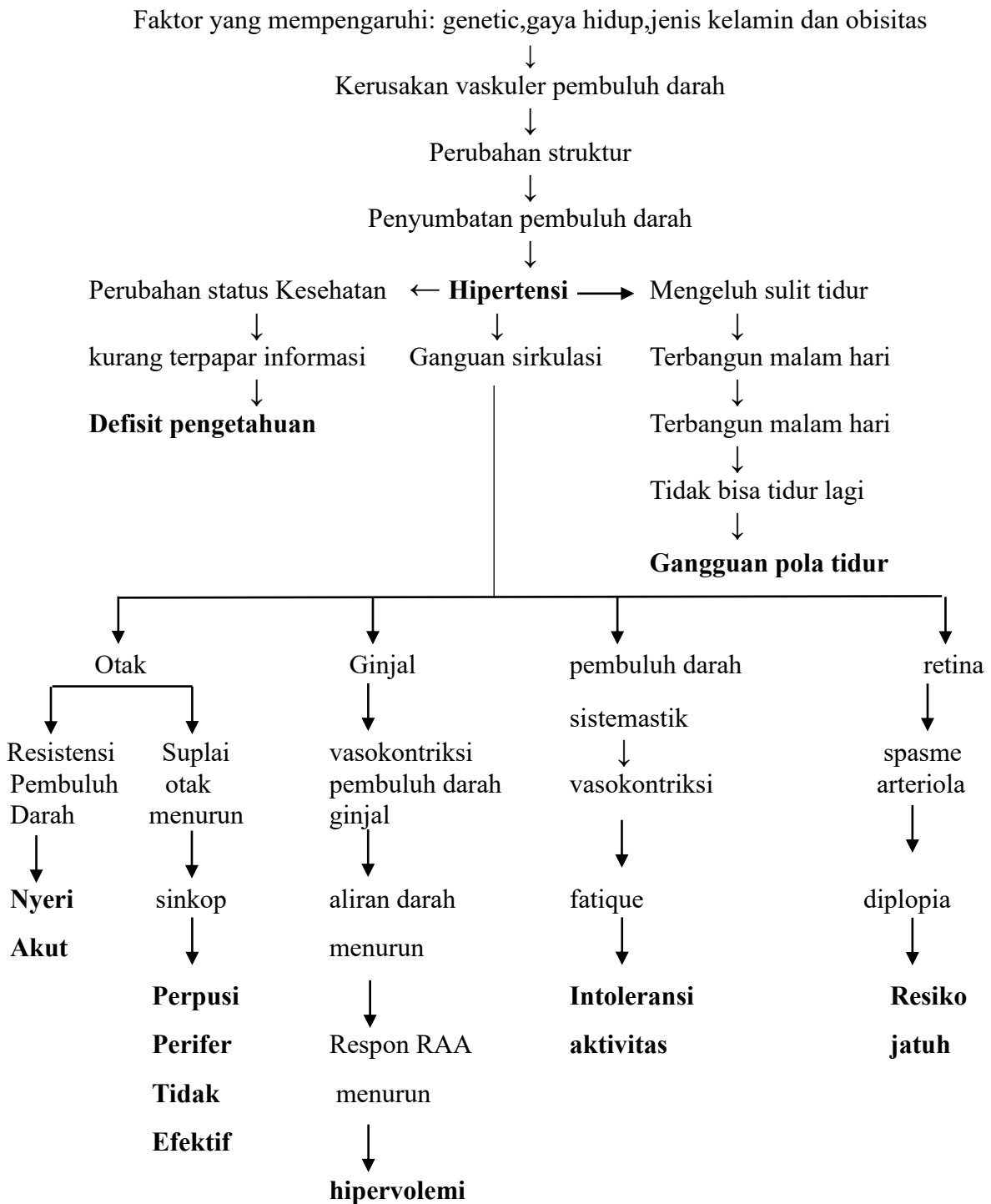
5. Patofisiologi

Tekanan darah dapat meningkat akibat adanya resistensi perifer atau curah jantung yang dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti peningkatan aktivitas saraf simpatik, kelebihan konsumsi natrium, peningkatan tekanan natriuretik, disfungsi sel endotel, proses oksidasi nitrat, sistem renin-angiotensin, aldosteron, obesitas, dan apnea tidur obstruktif. Pada usia lanjut, terjadi perubahan baik secara struktural maupun fungsional pada sistem pembuluh perifer yang berfungsi mengatur tekanan darah, seperti berkurangnya elastisitas dinding

aorta. Selain itu, penebalan dan kekakuan di otot jantung juga dapat memengaruhi kemampuan jantung untuk memompa darah, sehingga mengakibatkan penurunan pada kontraksi dan volume darah. Peningkatan resistensi di pembuluh darah perifer juga berkontribusi terhadap masalah ini. (Pokhrel, 2024)

6. Pathway

Bagan 2.1 pathway hipertensi



(Widayanti, 2023)

7. Komplikasi

Menurut (Hasdiana, 2018) Lansia yang berumur di atas 60 tahun rentan terhadap berbagai penyakit, dan tekanan darah tinggi atau hipertensi merupakan salah satunya. Hipertensi pada orang tua berkaitan erat dengan proses penuaan tubuh. Kenaikan tekanan darah juga terjadi sejalan dengan bertambahnya usia. Selain efek penuaan yang wajar, orang tua yang mengalami hipertensi masih berisiko untuk menghadapi masalah kesehatan yang lebih serius. Misalnya:

- a. Stroke
- b. Kerusakan ginjal
- c. Penyakit jantung
- d. Kebutaan
- e. Diabetes
- f. Dan penyakit berbahaya lainnya.

Secara umum, tekanan darah pada lansia dianggap tinggi jika angkanya melewati 140/90 mmHg. Gejala yang mungkin dialami oleh penderita hipertensi di kalangan lansia meliputi:

- a. Sakit kepala yang parah
- b. Pusing
- c. Penglihatan yang kabur
- d. Mual
- e. Telinga berdenging
- f. Detak jantung yang tidak teratur
- g. Kebingungan

- h. Kelelahan
- i. Nyeri di dada
- j. Kesulitan bernapas
- k. Kencing yang berdarah
- l. Dan jantung berdebar di area dada, leher, atau telinga.

8. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan tambahan untuk pasien yang mengalami hipertensi berdasarkan (Putra, 2023) mencakup

a. Laboratorium

Pemeriksaan ini mencakup evaluasi terhadap hemoglobin dan hematokrit untuk menilai viskositas serta mengecek faktor risiko seperti adanya hiperkoagulabilitas.

b. Elektrokardiografi

Tes ini bertujuan untuk mendeteksi perubahan berkaitan dengan kondisi kesehatan yang mempengaruhi jantung, termasuk gagal jantung pada pasien yang didiagnosis dengan tekanan darah tinggi.

c. X-Ray thoraks

Pemeriksaan X-ray pada dada digunakan untuk memeriksa kondisi katup jantung dan perkembangan sistem kardiovaskuler.

d. USG ginjal

Dengan bantuan USG ginjal, dapat diidentifikasi adanya masalah pada ginjal, seperti batu ginjal. Selain itu, pemeriksaan ini juga menilai aliran darah ke ginjal.

e. CT scan kepala

Untuk mendiagnosis potensi penyumbatan pembuluh darah pada penderita hipertensi, CT scan kepala digunakan untuk mengevaluasi kondisi pembuluh darah yang mengalirkan darah ke otak. Penyumbatan ini dapat menyebabkan stroke, yang dapat mengakibatkan kehilangan kemampuan bergerak atau komplikasi pada anggota tubuh. Oleh karena itu, CT scan kepala penting bagi pasien hipertensi untuk mendeteksi risiko stroke ini.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan langkah permulaan dalam proses keperawatan yang dilaksanakan secara terencana untuk mengumpulkan informasi mengenai individu, keluarga, dan kelompok. Proses ini harus dilakukan secara menyeluruh, mencakup faktor biologis, psikologis, sosial, serta spiritual. (Kesehatan & Jktm, 2024)

a. Identitas Klien

Termasuk identitas klien, yang berada dalam rentang usia 65 hingga 80 tahun memiliki kemungkinan besar mengalami hipertensi, yang dapat dialami oleh semua jenis kelamin, status pernikahan, dan pekerjaan..

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan Utama

Gejala umum yang muncul karena mengalami hipertensi berbeda-beda pada setiap individu, bahkan terkadang bisa muncul tanpa gejala sama sekali. Pada individu yang mengalami hipertensi, biasanya tidak ada

tanda-tanda awal; jika pun ada, gejalanya cenderung ringan dan tidak spesifik, seperti kepala ringan, nyeri pada leher, dan sakit kepala.

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Gejala yang bisa dengan mudah dikenali pada individu yang mengalami hipertensi meliputi, antara lain, gejala ringan seperti pusing, sakit kepala, rasa cemas yang kerap muncul, wajah yang terlihat merah, leher belakang yang kaku, cepat marah, suara berdering di telinga, kesulitan untuk tidur, napas yang terasa berat, mudah merasa lelah, pandangan yang tidak jelas, serta mimisan.

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Seperti catatan mengenai hipertensi yang disebutkan sebelumnya, informasi tentang aktivitas fisik yang berhubungan dengan pekerjaan, informasi mengenai penggunaan obat-obatan, catatan tentang kebiasaan minum alkohol, merokok, serta catatan mengenai penyakit kronis lain yang diderita oleh klien.

4) Riwayat Penyakit Keluarga

Yang perlu diteliti adalah apakah ada anggota dalam keluarga yang menderita penyakit yang sama karena faktor genetik atau warisan..

(Susanto, 2020)

c. Pemeriksaan fisik

1) Keluhan umum

Tinjau tingkat kesadaran dengan memanfaatkan GCS (Glow Coma Scale), periksa tanda vital pasien seperti tekanan darah, suhu tubuh,

pernapasan, dan denyut jantung, serta lakukan pengukuran berat dan tinggi badan.

2) Pemeriksaan Head to Toe

Pemeriksaan fisik merupakan proses untuk mengevaluasi tubuh dan fungsinya, dari atas hingga bawah, guna mendeteksi tanda-tanda penyakit. Proses ini umumnya melibatkan teknik-teknik seperti pengamatan, pendengaran, perabaan, dan pengetukan.

- a) Ketika mengevaluasi area kepala dan leher, hal yang diamati meliputi bentuk kepala, keadaan kulit kepala, susunan tulang wajah, jenis rambut, warna rambut, pola pertumbuhan rambut, keberadaan kelainan, bentuk wajah, dan warna kulit.
- b) Pemeriksaan mata meliputi penilaian kesempurnaan dan keseimbangan, kelopak mata, kornea, konjungtiva, kemampuan penglihatan, tekanan dalam mata, serta mendeteksi adanya gangguan yang mungkin ada pada mata.
- c) Pemeriksaan area hidung mencakup bagian bawah hidung, lubang-lubang hidung, dinding hidung, dan pemisah hidung. Sementara itu, untuk telinga, pemeriksaan mencakup bentuk telinga, dimensi telinga, ketegangan, lubang telinga, dan tingkat ketajaman.
- d) Pemeriksaan di daerah mulut dan tenggorokan meliputi keadaan bibir, kesehatan gusi dan gigi, kondisi lidah, langit-langit mulut, serta bagian orofaring.

- e) Pemeriksaan pada kawasan leher melibatkan pemantauan posisi trakea, kelenjar tiroid, suara, kelenjar limfa, vena jugularis, serta denyut nadi karotis.
- f) Pemeriksaan di wilayah payudara dan ketiak meliputi penilaian ukuran dan bentuk payudara, warna payudara dan areola, ketiak beserta tulang klavikula, serta kemungkinan adanya kelainan lain di sekitar ketiak dan payudara.
- g) Pemeriksaan pada area dada, thorax, atau tulang belakang meliputi observasi (bentuk chest dan partisipasi otot tambahan untuk bernapas), palpasi (getaran suara), perkusi pada dada, serta auskultasi (suara napas, suara berbicara, dan suara napas yang lain).
- h) Amati adanya palpasi dan ictus kordis, lakukan pemeriksaan perkusi (kenali batas jantung), untuk menilai ukuran jantung, dengarkan suara jantung, apakah terdengar bunyi tambahan atau tidak. Pada pasien dengan hipertensi, tekanan darah mereka biasanya meningkat dan denyut nadi juga akan bertambah cepat.
- i) Pemeriksaan perut ketika dilihat melibatkan bentuk perut, adanya tonjolan atau massa, serta bayangan pembuluh darah. Saat mendengar, kita memeriksa suara bising atau peristaltikus. Pada proses meraba, dilakukan penilaian terhadap nyeri tekan, benjolan atau massa, serta pembesaran hati, limpa, dan titik Mc. Burney. Untuk perkusi, dilakukan pemeriksaan suara perut dan juga asites perut.

- j) Pemeriksaan area genital dan sekitarnya pada anus dan perineum meliputi daerah pubis, lubang uretra, serta kelainan lainnya. Sementara itu, pemeriksaan pada anus dan perineum mencakup anal, kelainan yang ada pada anus, dan kondisi perineum.
 - k) Pemeriksaan muskuloskeletal meliputi kesimetrisan otot, pemeriksaan oedema, kekuatan otot dan kelainan punggungan ekstremitas serta kuku.
 - l) Penilaian pada kulit mencakup kebersihan, suhu, kekasaran, warna, elastisitas, tingkat kelembapan, serta gangguan atau lesi pada kulit.
 - m) Uji neurologis mencakup penilaian kesadaran atau GCS, serta tanda-tanda iritasi otak atau tanda meningitis. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan saraf otak (N1-NI XII), kemampuan motorik, kemampuan sensorik, dan refleks yang bersifat fisiologis maupun patologis.
- d. Aktivitas sehari – hari (ADL)
- 1) Pola nutrisi dan cairan

Pola aspek ini di kaji mengenai kebiasaan makan klien, peningkatan nafsu makan, mual, muntah, penurunan atau peningkatan berat badan, dan juga frekuensi minum pada klien.
 - 2) Pola eliminasi

Dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna kelainan eliminasi, kesulitan eliminasi dan keluhan yang di rasakan klien pada saat BAK dan BAB

3) Pola istirahat dan tidur

Dikaji mengenai kebiasaan jam tidur klien, kualitas tidur apakah nyenyak atau tidak.

4) Personal hygiene

Dikaji mengenai mandi, gosok gigi, Ganti pakaian, mencuci rambut, dan di kaji apakah memerlukan bantuan atau dapat secara mandiri.

e. Pengkajian fungsional

1) KATZ Indeks

Pemeriksaan dilakukan untuk memasukan klien ke dalam kategori yang sesuai dengan Tingkat kemandiriannya berdasarkan pengelompokkan pada table di bawah ini:

Tabel 2.2
Penilaian KATZ Indeks

KATEGORI	KRITERIA
KATZ Indeks A	Kemandirian dalam hal makanan, koninensia (BAB/BAK), berpindah, pergi ke toilet, berpakaian dan mandi.
KATZ Indeks B	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari – hari, kecuali salah satu dari fungsi tersebut di atas.
KATZ Indeks C	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari – hari, kecuali mandi dan salah satu fungsi yang lain tersebut di atas
KATZ Indeks D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari – hari, kecuali mandi, berpakaian dan salah satu fungsi yang lain tersebut di atas
KATZ Indeks E	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari – hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet dan salah satu fungsi yang lain tersebut di atas
KATZ Indeks F	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari – hari, kecuali mandi, berpakaian, ke

	toilet, berpindah dan salah satu fungsi yang lain tersebut di atas
KATZ Indeks G	Ketergantungan untuk semua (enam) fungsi yang tersebut di atas.
Lain – lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak di klasifikasikan sebagai C, D, E atau F

2) Barthel Indeks

Barthel Indeks merupakan suatu instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional.

Tabel 2.3
Penilaian Barthel indeks

No	Kriteria	Dibantu	Mandiri
1	Makan	5	10
2	Minum	5	10
3	Berpindah dari kursi ke tempat tidur atau sebaliknya	5-10	15
4	Personal toilet (mencuci muka, menyeka tubuh, menyiram)	0	5
5	Keluar masuk toilet (cuci pakain, menyeka tubuh, menyiram)	5	10
6	Mandi sendiri	5	15
7	Jalan di permukaan datar	0	5
8	Naik turun tangga	5	10
9	Mengenakan pakain	5	10
10	Kontrol bowel/BAB	5	10
11	Kontrol bladder/BAK	5	10
12	Olahraga/latihan	5	10
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10

Interpretasi Hasil:

>130: Lansia mandiri

65 – 125: Lansia ketergantungan Sebagian

<60: Lansia Ketergantungan total

f. Pengkajian emosional

Pertanyaan tahap 1

- 1) Apakah klien mengalami sukar tidur?
- 2) Apakah klien sering merasa gelisah?
- 3) Apakah klien sering murung /menangis sendiri?
- 4) Apakah klien sering was – was/khawatir?

Lanjut jika jawaban “Ya” > 1

- 1) Adakah keluhan > 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam sebulan?
- 2) Adakah masalah atau banyak pikiran?
- 3) Adakah klien menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter?
- 4) Apakah klien cenderung mengurung diri?

Interpretasi Hasil:

Bila klien memberikan jawaban “Ya” > dari 1 pada pertanyaan tahap 2, maka menunjukkan bahwa klien memiliki masalah emosional positif (+).

g. Pengkajian status mental

- 1) SPMSQ

Ada dua pengkajian status mental identifikasi tingkat kerusakan intelektual yang pertama dengan menggunakan SPMSQ dan yang kedua dengan menggunakan Mini Mental Status Exam (MMSE)

Tabel 2.4
Penilaian SPMSQ

Skor jawaban		No	Pertanyaan	Jawaban
Benar	Salah			
		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	Kurangi 3 dari 20 dan tetap kurangi sampai 3 kali pengurangan	

Interpretasi Hasil:

Salah 0-2: Fungsi intelektual utuh

Salah 3-4: kerusakan intelektual ringan

Salah 5-7: kerusakan intelektual sedang

Salah > 8: kerusakan intelektual berat

2) MMSE

Menguji aspek kognitif dari fungsi mental, orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat kembali dan bahasa.

Tabel 2.5
Penilaian MMSE

No	pertanyaan	Nilai Max	Skor
1	Orientasi Menyebutkan dengan benar: a. Tahun b. Musim c. Tanggal d. Hari e. Bulan	5	
2	Registrasi Sebutkan 3 buah objek:	3	

3	Perhatikan dan kalkulasi Meminta klien untuk memulai dari angka 100 kemudia di kurangi 7 sampai 5 kali	5	
4	Mengingat Klien diminta Kembali menyebut 3 nama benda di atas	3	
5	Bahasa a. Klien diminta menyebutkan nama benda yang di tunjuk b. Klien diminta mengikuti rangkaian kata (taka ada,jika), (tak ada, tetapi), (taka da,atau) c. Minta klien mengikuti perintah yang terdiri dari 3 langkah d. Minta klien membaca kalimat yang tertulis di kertas e. Minta klien untuk menulis f. Kemampuan menyalin gambar	9	

Interpretasi Hasil:

>23: aspek kognitif dan fungsi mental baik

18-22: kerusakan aspek kognitif ringan

<18: kerusakan aspek kognitif berat

h. Pengkajian keseimbangan

Tabel 2.6
Penilaian Keseimbangan Lansia

No	Kriteria	Normal	Gangguan
	A. Perubahan posisi/gerakan keseimbangan		
1	Bangun dari kursi		
2	Duduk dari kursi		
3	Menahan dorongan pada sternum 3x		
4	Mata tertutup		
5	Perputaran leher		

6	Gerakan menggapai sesuatu		
	Membungkuk		
	B. Komponen gaya bejalan atau Gerakan		
1	Berjalan sesuai perintah		
2	Kemampuan mengangkat kaki saat jalan		
3	Kontinuitas/konsisten dalam Langkah kaki/mengangkat kaki		
4	Kesimetrisan Langkah		
5	Penyimpangan		
6	Berbalik		

Interpretasi Hasil:

0-5: Resiko jatuh

6-10: Resiko jatuh sedang

11-13: Resiko jatuh tinggi

i. Analisa data

Analisa data dalam mengenali pola atau pengelompokan data, data yang telah dikumpulkan dapat dikelompokkan berdasarkan gejala yang memiliki hubungan. Namun data juga dapat dikelompokkan berdasarkan kebutuhan biopsiko- social dan spiritual. Sehingga Perawat dapat menentukan informasi yang relavan dengan bantuan pengelompokan data yang telah dilakukan, sehingga perawat dapat dengan mudah menganalisis data yang telah dikelompokkan. Dalam analisis data perawat harus membuat keputusan terkait dengan hasil dari pengkajian.(Mardiani, 2019)

Tabel 2.7
Analisa data

data	Penyebab	Masalah
Gejala dan Tanda Mayor DS: a. Mengeluh nyeri DO: a. ampak meringis b. Bersikap protektif (mis Waspada, posisi menghindarnyeri) c. Gelisah d. Frekuensi nadimeningkat Gejala dan Tanda Minor DS: - DO: a. Tekanan darahmeningkat b. Pola nafasberubah c. Nafsumakanberubah d. Proses berfikirterganggu e. Menarik diri f. Berfokus padadirinya sendiri g. Diaforesis	Faktor yang mempengaruhi genetik, gaya hidup, jenis kelamin dan obesitas ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Hipertensi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Otak ↓ Resistensi pembuluh darah ↓ Nyeri akut	Nyeri akut
Gejala dan Tanda Mayor DS: - DO: a. Pengisian kapiler(cappillary refill)>3 detik b. Nadiperifer menurun atau tidak teraba c. Akral terabadiingin d. Warna kulit pucat e. Turgor kulit menurun	Faktor yang mempengaruhi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur	Perfusi perifer tidak efektif

data	Penyebab	Masalah
Gejala dan Tanda Minor DS: a. Parastesia b. Nyeriekstremitas DO: a. Edema b. Penyumbatanluka lambat c. Indeks ankle brachial<0,90 d. Bruit femoral	↓ Penyumbata n pembuluh darah ↓ Hipertensi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Otak ↓ Penurunan suplai O2 ke otak ↓ Perfusi perifer tidak efektif	
Gejala dan Tanda Mayor DS: Mengeluh Lelah DO: Frekuensi jantungmeningkat >20%dari kondisi sehat Gejala dan Tanda Minor DS: a. Dispneasaat/setelahaktivitas b. Merasa tidaknyaman setelahberaktivitas c. Merasa lemah DO: a. Tekanan darahberubah >20%dari kondisiistirahat b. Gambaran EKG menunjukanaritmiasaat/setelahberakti vitas c. Gambaran EKG menunjukaniskemia d. Sianosis	Faktor yang mempengaruhi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Hipertensi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Pembuluh darah sistemik ↓ Vasokonstriksi ↓	Intoleransi aktivitas

data	Penyebab	Masalah
	Afterload meningkat ↓ Fatigue ↓ Intoleransi aktivitas	
Gejala dan tanda Mayor DS: a. Mengeluh sulit tidur b. Mengeluh sering terjaga c. Mengeluh tidak puas tidur d. Mengeluh pola tidur berubah e. Mengeluh istirahat tidak cukup DO: - Gejala dan Tanda Minor DS: a. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun	Faktor yang mempengaruhi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Hipertensi ↓ Mengeluh sulit tidur ↓ Terbangun pada malam hari ↓ Tidak bisa tidur lagi ↓ Gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur
Gejala dan Tanda Mayor DS: a. Menanyakan masalah yang dihadapi DO: a. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran b. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	Faktor yang mempengaruhi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur	Defisit pengetahuan

data	Penyebab	Masalah
Gejala dan Tanda Minor DS: - DO: a. Menjalani pemeriksaan yang tidak sesuai b. Menunjukkan perilaku tidak tepat	↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Hipertensi ↓ Perubahan status Kesehatan ↓ Kurang terpapar informasi ↓ Defisit pengetahuan	
Gejala dan tanda Mayor Ds: a. Ortopnea b. Dispnea c. Parosysmal nocturnal dyspnea (PND) DO: a. Edema anasarca dan/atau edema perifer b. Berat badan meningkat dalam waktu singkat c. Jugular venous pressure (JVP) dan/atau central venous Pressure (CVP) Meningkat d. Refleks hepato jugular positif Gejala dan tanda Minor DS: - DO: a. Ditensi vena jugularis b. Terdengar suara nafas tambahan c. Hepatomegali d. Kadar Hb/Ht turun e. Oliguria f. Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif) g. Kongesti paru	Faktor yang mempengaruhi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Hipertensi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Ginjal ↓ Vasokonstriksi pembuluh darah ginjal ↓ Aliran darah menurun ↓ Respon RAA	hipervolemia

data	Penyebab	Masalah
	↓ Edema ↓ Hipervolemia	
Gejala dan tanda Mayor DS: - DO: - Gejala dan tanda Minor DS: DO:	Faktor yang mempengaruhi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Hipertensi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Retina ↓ Spasme arteriola ↓ Diplopia ↓ Risiko jatuh	Risiko jatuh

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan itu sendiri merupakan sebuah label singkat yang menggambarkan kondisi pasien. Kondisi pasien tersebut dapat berupa masalahmasalah aktual atau potensial yang ditemukan pada pasien . Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan dari diagnosis keperawatan

adalah untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan. (Hasan & Mulyanto, 2022)

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
- e. hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan natrium
- f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
- g. Risiko jatuh dibuktikan dengan gangguan penglihatan.

3. Perencanaan keperawatan

Tahap perencanaan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah klien. Dalam menentukan tahap perencanaan bagi perawat diperlukan berbagai pengetahuan dan keterampilan diantaranya pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan klien, nilai dan kepercayaan klien, batasan praktek keperawatan, peran dari tenaga kesehatan lainnya, kemampuan dalam memecahkan masalah, mengambil keputusan, menulis tujuan serta memilih dan membuat strategi keperawatan yang aman dalam memenuhi tujuan, menulis instruksi keperawatan serta kemampuan dalam melaksanakan kerja sama dengan tingkat kesehatan lain.

Tabel 2.8
Tabel Perencanaan

SDKI	SLKI	SIKI
D.0077: Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis	L.08066: Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Sikap protektif menurun 4) Gelisah menurun 5) Kesulitan tidur menurun 6) Frekuensi nadi membaik	I.08238: Manajemen nyeri Observasi: a. Identifikasilokasi,karakteristik, durasi,frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasinyerirespon verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik: a. Berikan teknik nonfarmakologis untukmengurangi rasa nyeri (mis.terapi pijat,kompes hangat/dingin) b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasanyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi: a. Jelaskan penyebab,periode, dan pemicunyeri b. Jelaskanstrategimeredakan nyeri c. Anjurkan memonitornyeri secara mandiri Kolaborasi: a. Kolaborasi pemberiananalgetik, jika perlu
D.0009: Perfusiperifer tidakefektif b.d peningkatan tekanan darah	L.02011: Perfusi Perifer Setelah dilakukan tindakankeperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: 1. Denyut nadi perifermeningkat 2. Penyembuhanlukameningkat 3. Sensasi meningkat 4. Warna kulit pucatmenurun 5. Edema perifer menurun 6. Nyeri ekstremitas menurun 7. Parastesia menurun 8. Kelemahan otot menurun 9. Kram otot menurun 10. Bruit femoralis menurun 11. Nekrosis menuru 12. Pengisiankapilermembaik 13. Akral membaik 14. Tekanan darah sistolikmembaik	I.02060: PemantauanTanda Vital Observasi: a. Monitor tekanan darah b. Monitor nadi c. Monitor pernafasan d. Monitor suhu tubuh e. Monitor oksimetri nadi f. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital Terapeutik: a. Atur interval pemantauan Sesuai kondisi pasien b. Dokumentasikan hasil Pemantauan Edukasi: a. Jelaskan tujuan dan prosedur Pemantauan b. Informasikan hasil pemantauan, c. jika perlu

SDKI	SLKI	SIKI
	15. Tekanan darah diastolikmembaik 16. Tekanan arteri rata-ratamembaik 17. Indeks ankle-brachial membaik	
D.0056: Intoleransiaktivitas b.d kelemahan	L.05047: ToleransiAktivitas Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Saturasi oksigen meningkat 3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 4. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 5. Keluhan lelah menurun 6. Dispnea saat aktivitas menurun 7. Dispnea setelah aktivitasmenurun 8. Perasaan lemah menurun 9. Warna kulit membaik 10. Tekanan darah membaik 11. Frekuensiapasmembaik	I.05178: Manajemen Energi Observasi: a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan b. Monitor kelelahan fisik dan Emosional c. Monitor pola dan jam tidur d. Monitor lokasi dan Ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik: a. Sediakan lingkungannyaman dan rendahstimulus (mis: cahaya,suara,kunjungan) b. Lakukan Latihan rentang gerak pasifdan/atau aktif c. Berikan aktivitas distraksi Yang menenangkan d. Fasilitasi duduk di sisitempat tidur,jika tidakdapat berpindah atau berjalan Edukasi: a. Anjurkan tirah baring b. Anjurkan melakukan Aktivitas secara bertahap c. Anjurkan menghubungi Perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang d. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
D.0055: Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan	L.05045: Pola Tidur Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan polatidur membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidurmenurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun	I.05174: Dukungan Tidur Observasi: a. Identifikasi pola aktivitas dan Tidur b. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisikdan atau psikologis) c. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur d. Identifikasi obat tidur yang Dikonsumsi

SDKI	SLKI	SIKI
	5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 6. Kemampuan beraktivitas meningkat	Terapeutik: a. Modifikasi lingkungan b. Batasi waktu tidursiang, jika perlu c. Fasilitasi menghilangkan Stress sebelum tidur d. Tetapkan jadwal tidur rutin e. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan f. Sesuaikan jadwal pemberian Obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga Edukasi: a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit b. Ajarkan menepati kebiasaan waktu tidur c. Anjurkan menghindari makanan/minuman mengganggu tidur d. Ajarkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM e. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur f. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.
D.0111: Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi	L.12111: Tingkat Pengetahuan Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan Tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran Meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya sesuai dengan topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat	Edukasi Kesehatan Observasi: a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Identifikasi faktor-faktor yang Dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi Terapeutik: a. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan b. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan c. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi: a. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi

SDKI	SLKI	SIKI
	6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 8. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun 9. Perilaku membaik	Kesehatan b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat c. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
D.0022: hipervolemi b.d kelebihan asupan matrium	L.03020: Keseimbangan cairan Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Asupan cairan meningkat 2. Output urin meningkat 3. Membrane mukosa lembab meningkat 4. Edema menurun 5. Dehidrasi menurun 6. Tekanan darah membaik 7. Frekuensi nadi membaik 8. Kekuatan nadi membaik 9. Tekanan arteri rata-rata membaik 10. Mata cekung membaik 11. Turgor kulit membaik	I.03114: Manajemen Hipervolemia Observasi: a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia b. identifikasi penyebab hypervolemia c. monitor status hemodinamik d. monitor intake dan output cairan e. monitor tanda hemokonsentrasi f. monitor tanda peningkatan tekan onkotik plasma g. monitor kecepatan infus secara ketat h. monitor efek samping diuretic terapeutik a. timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama b. Batasi asupan cairan dan garam c. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat Edukasi a. Anjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam sehari b. Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari c. Anjurkan cara membatasi cairan Kolaborasi: a. Kolaborasi pemberian diuretic b. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic c. Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT) jika perlu
D.0143: Risiko jatuh d.d gangguan penglihatan	L .14138: Tingkat Jatuh Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan 1. Jatuh dari tempat tidur Menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun 5. Jatuh saat di pindahkan menurun	I.14540: Pencegahan Jatuh Observasi: a. Identifikasi faktor resiko jatuh b. Identifikasi faktor lingkungan Yang meningkatkan resiko jatuh. c. Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala. d. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur

SDKI	SLKI	SIKI
	6. jatuh saat naik tangga menurun 7. jatuh saat di kamar mandi menurun 8. Jatuh saat membungkuk menurun	ke kursi atau sebaliknya Terapeutik: a. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga. b. Gunakan alat bantu berjalan. Edukasi: a. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. b. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh. c. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dan terencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tanpa implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Rika Widianita, 2023)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian dengan membandingkan perubahan keadaan pasien berdasarkan yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. (umamah, 2020)

Menurut (asmadi, 2021), terdapat tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan, yaitu:

- a. Tujuan tercapai jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- b. Tujuan tercapai sebagian atau pasien masih dalam proses pencapaian tujuan jika pasien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- c. Tujuan tidak tercapai jika pasien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali serta dapat timbul masalah baru.

Menurut (Ummah, 2019), komponen evaluasi yang digunakan adalah SOAP/SOAPIE/SOAPIER untuk memudahkan perawat dalam mengevaluasi atau memantau perkembangan pasien.

S: Data Subjektif

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah diberikan tindakan keperawatan.

O: Data Objektif

Data objektif merupakan data yang berdasarkan pada hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan pasien setelah diberikan tindakan keperawatan.

A: Analisis

Analisis merupakan interpretasi data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

P: Planning

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya. Tindakan yang perlu dilanjutkan adalah tindakan yang masih kompeten untuk menyelesaikan masalah pasien dan membutuhkan waktu untuk mencapai keberhasilannya.

I: Implementasi

Implementasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan). Jangan lupa menuliskan tanggal dan jam pelaksanaan.

E: Evaluasi

Evaluasi adalah respons pasien setelah dilakukan Tindakan keperawatan.

R: Reassessment

Reassessment merupakan pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah hasil evaluasi diketahui.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data

Identitas Klien

Nama	: Ny. N
Umur/TTL	: 74 tahun, Garut -20 februari 1951
Alamat	: Kp. Boboko Samarang Rt 02 Rw 01
Pendidikan	: SD
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status Perkawinan	: Janda
Agama	: Islam
Suku	: Sunda
Tanggal Pengkajian	: 24 April 2025
Diagnosa Medis	: Hipertensi

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri di bagian kepala belakang

Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat pengkajian pada tanggal 24 april 2025 pukul 13.00 WIB, setelah di lakukan pemeriksaan tekanan darah klien terdapat 190/110 mmhg Klien

mengeluh pusing dan sakit di kepala belakang, klien tampak meringis kesakitan, nyeri bertambah apabila klien beraktivitas dan berkurang apabila meminum obat lalu beristirahat/berbaring tidur, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk pada daerah kepala menjalar kebagian belakang dengan skala nyeri 5 dari rentang (0-10), nyeri dirasakan hilang timbul pada malam hari dan pada saat pagi hari waktu bangun tidur dengan durasi yang tidak menentu, klien juga mengeluh tidur tidak nyenyak merasa gelisah dan bingung dengan penyakit yang dideritanya, terkadang tidak bisa tidur apabila sudah timbul nyeri sehingga mengganggu tidur klien.

2) Riwayat Kesehatan dahulu

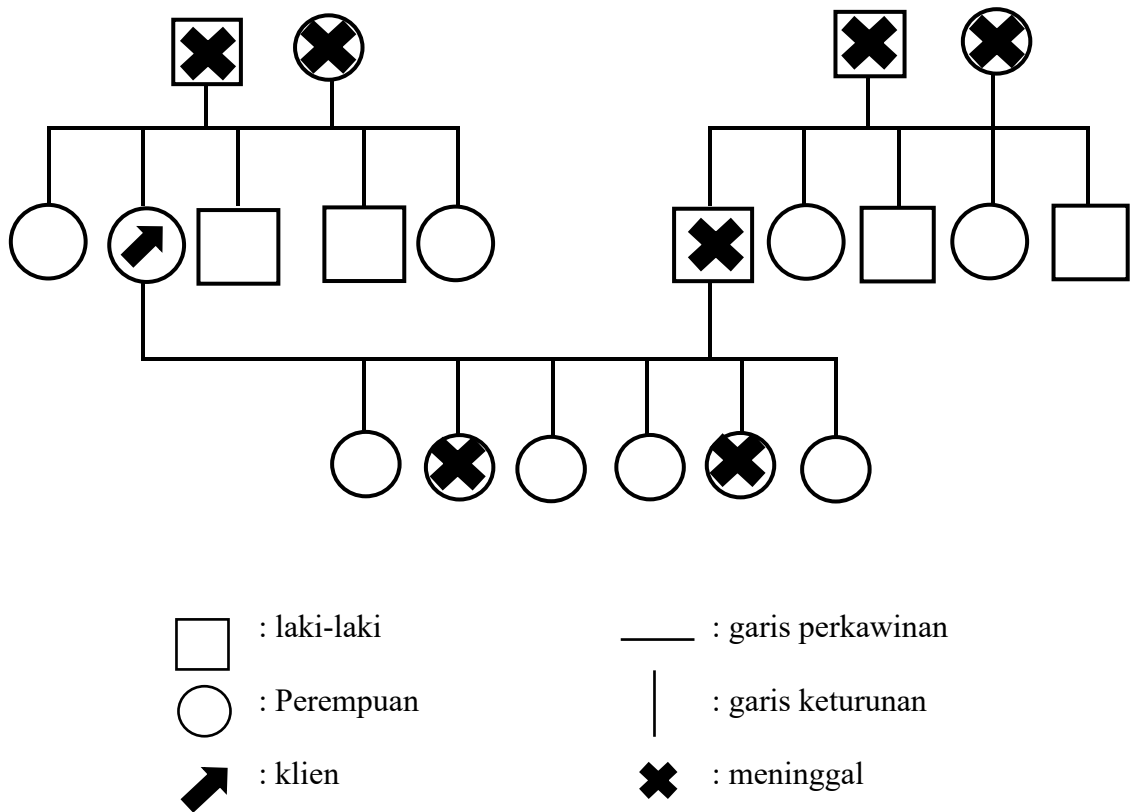
Klien mengatakan, menderita hipertensi sudah 3 tahun, klien mengatakan ia pernah dirawat karena penyakit yang saat ini ia derita. Tekanan darah tertinggi klien pernah mencapai 200/120 mmHg dan tekanan darah terendah 130/80 mmHg. Klien mengatakan sering mengkonsumsi goreng-gorengan maupun ikan asin.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan bahwa di anggota keluarganya yaitu ibunya mempunyai Riwayat penyakit yang sama dengan klien yaitu hipertensi.

4) Genogram

Bagan 3.1 genogram



c. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum

Kesadaran : Compos mentis (E4 M6 V5)

Tanda – tanda vital : Tekanan darah = 190/110 mmhg

Nadi = 90x/menit

Suhu = 36,4 C

Respirasi = 20x/menit

TB : 152 cm

BB : 55 kg

2. Pemeriksaan head to Toe

a) Kepala dan rambut

Bentuk kepala normachepali, warna rambut putih (beruban), rambut bersih, tidak ada benjolan pada kepala, pada saat di palpasi tidak ada pembengkakan, terdapat nyeri tekan pada bagian kepala.

b) Mata

Kedua mata kiri dan kanan simetris, konjung tiva tidak anemis, sklera berwarna putih, pupil isokor, kedua mata klien mampu melakukan pergerakan baik kekiri atau atau kanan tidak ada nigtasmus (bola mta bergerak), ketajamn penglihatan klien periksa virus OD/OS 1/300 = Mampu melihat dengan lambaian tangan, pemeriksaan lapang pandang dengan hasil: haemoxia (klien tidak dapat melihat seperempat dari lapang), tidak ada katarak pada klien, tidak nyeri tekan pada mata.

c) Telinga

Telinga simestris kiri dan kanan, terdapat serumen pada telinga, tidak ada nyeri tekan pada kedua telinga kedua telinga klien, tidak ada perdarahan. Uji kemampuan kepekaan telinga dengan bisikan jarak 4,5 – 6 m, klien mampu mendengar dari jarak 1 m.

d) Hidung

Lubang hidung simestris, tidak ada sinus, tidak ada perdarahan, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, penciuman baik bisa mencium minyak kayu putih.

e) Mulut dan faring

Bibir simteris, warna bibir pucat, tidak ada lesi atau masa, perdarahan gusi tidak ada, klien tidak menggunakan gigi palsu, lidah tampak bersih. Uvula simetris, tidak ada pembesaran tonsil, tidak ada benda asing.

f) Leher

Bentuk leher simetris, tidak ada perubahan warna, warna kulit sama dengan warna kulit lainnya, tidak ada massa, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

g) Thorax dan paru

Bentuk dada normal chest, pengembangan dada sama kiri dan kanan, frekuensi nafas 20x/menit, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, pola nafas klien apnea (irama dan kecepatan pernafasan normal). Pemeriksaan taktil/ vocal fremitus dengan hasil: normal (gentaran antara kanan dan kiri sama), suara dinding thorax saat diperkusi sonor, suara nafas: vesikuler, suara ucapan: normal intensitas suara kanan dan kiri sama, tidak terdapat suara tambahan.

h) Jantung

Ictus cordis teraba, suara jantung lup dup (s1 dan s2), tidak ada suara murmur, tekanan darah: 190/110 mmhg, CRT > 3 detik

i) Abdomen

Bentuk abdomen datar, tidak ada masa atau pembengkakan pada abdomen, tidak terdapat lesi, tidak ada nyeri tekan, terdengar bunyi tympani, bising usus peristaltic 16x/menit.

j) Genelia

Tidak ada keluhan pada genetalia

k) Ektremitas atas

Jari – jari tangan lengkap, tidak ada bekas luka, edema tidak ada, kedua tangan bisa di ngerakkan.

Ektremitas bawah

Jari – jari kaki lengkap, tidak ada bekas luka, edema tidak ada

Kekuatan otot

5	5
5	5

Keterangan:

Kekuatan otot ektremitas atas kanan 5 dan kiri klien 5

Kekuatan otot ekstremitas bawah kanan 5 dan kiri klien 5.

l) Integumen

Kulit tampak keriput kurang

d. Pola aktivitas sehari – hari

Tabel 3.1
Pola aktivitas

Aktivitas	Sebelum sakit	Saat sakit
Nutrisi		
a. Makan		
Frekuensi	3x/hari	3x/hari
Jenis makanan	Nasi, lauk-pauk,buah	Nasi,lauk- pauk,buah
Porsi	1 porsi	1 porsi
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
b. Minum		
Frekuensi	6 gelas/hari	6 gelas /hari
Jenis	Air putih, teh	Air putih, teh

Aktivitas	Sebelum sakit	Saat sakit
keluhan	Tidak ada	Tidak ada
Eliminasi		
a. BAK		
Frekuensi	6-7x/hari	6-7x/hari
Warna	Khas urine	Khas urine
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
b. BAB		
Frekuensi	1x/hari 1-2 hari	1x/hari 1-2 hari
Warna	Khas feses	Khas feses
Konsistensi	Padat	Padat
keluhan	Tidak ada	Tidak ada
Personal hygiene		
a. Mandi	2x/hari	2x/hari
b. Gosok gigi	2x/hari	2x/hari
c. Keramas	1x/3 hari	1x/3 hari
d. Gunting kuku	1x/minggu	1x/minggu
e. keluhan	Tidak ada	Tidak ada
Istirahat tidur		
a. tidur siang		
lama tidur	1-2 jam	30 menit – 1jam
kualitas	Nyenyak	Kurang nyenyak
keluhan	Tidak ada	Sulit tidur
b. tidur malam		
lama tidur	7-8 jam	3-4 jam
kualitas	Nyenyak	Kurang nyenyak
keluhan	Tidak ada	Sering terbangun, sulit tidur Kembali, mengeluh istirahat tidak cukup, mengeluh tidak puas tidur

e. pola Kesehatan fungsional

1. pemeliharaan Kesehatan

klien mengatakan sudah mengurangi makanan yang asin, untuk minum obat penurun tekanan darah klien meminumnya saat ada keluhan saja karena takut mengalami komplikasi, klien tidak mengetahui cara menurunkan tekanan darah menggunakan obat hebal.

f. Pengkajian psikososial dan spiritual

1. Data psikologis

Klien dapat menjawab pertanyaan dengan jelas dan mudah dipahami.

Klien mengatakan keadaan emosional baik, jika ada masalah klien selalu menyelesaikan dengan kepala dingin. Klien mengatakan menikmati masa tuanya.

2. Data sosial

a. Hubungan dengan anggota kelompok. Klien mengatakan tidak ada masalah dalam hubungan dengan Masyarakat.

b. Hubungan dengan keluarga : klien mengatakan hubungan keluarga tidak ada masalah.

3. Data spiritual

Klien mengatakan beragama islam dan taat melakukan ibadah sholat 5 waktu. Klien meyakini bahwa yang di derita adalah cobaan dari allah SWT, dan terus berdo'a dan berupaya berobat.

g. Pengkajian fungsional

1. KATZ indeks

Tabel 3.2
Penilaian KATZ Indeks

kategori	Kriteria
KATZ Indeks A	Kemandirian dalam hal makan, koninensia (BAB/BAK), berpindah, pergi ke toilet, berpakaian dan mandi.
KATZ Indeks B	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari – hari, kecuali salah satu dan fungsi tersebut di atas

kategori	Kriteria
KATZ Indeks C	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari – hari, kecuali mandi dan salah satu dan fungsi tersebut di atas
KATZ Indeks D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari – hari, kecuali mandi, berpakaian dan salah satu dan fungsi tersebut di atas
KATZ Indeks E	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari – hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet dan salah satu dan fungsi tersebut di atas
KATZ Indeks F	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari – hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan salah satu dan fungsi tersebut di atas
KATZ Indeks G	Ketergantungan untuk semua (enam) fungsi yang tersebut di atas.
Lain – lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C, D, E atau F

Interpensi Hasil

Ny. N termasuk dalam katz indeks A karena Ny. N Mampu melakukan aktivitas seperti makan, kontinensia (BAB/BAK) berpindah, pergi ke toilet, berpakaian dan mandi secara mandiri.

2. Bathel indeks

Tabel 3.3
Penilaian bathel indeks

NO	Kriteria	Score	Keterangan
1.	Makan	10	Frekuensi: 2-3x/hari Jumlah: 1 porsi Jenis: nasi, sayur, lauk pauk
2.	Minum	10	Frekuensi: 5-6 gelas/hari Jenis: air putih
3.	Berpindah dari kursi roda ketempat tidur atau sebaliknya	15	
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	5	Frekuensi: 2x/hari
5.	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	10	
6.	Mandi	15	Frekuensi: 2x/hari
7.	Jalan di permukaan datar	5	
8.	Naik turun tangga	10	
9.	Menggunakan pakaian	15	
10.	Kontrol BAK	5	Frekuensi: 4-5x/hari Warna: kuning jernih
11.	Kontrol BAB	10	Frekuensi: 1x/hari Konsistensi: padat
12.	Olahraga/ Latihan	10	Frekuensi: 1x/ minggu
13.	Rekreasi /pemanfaatan waktu luang	10	Frekuensi: setiap hari Jenis: mengobrol dan menonton TV
	Jumlah	130	

Interpretasi hasil:

Ny. N mendapatkan skor 130 dalam artinya Ny. N Mandiri

h. Pengkajian emosional

1) Pertanyaan tahap 1

- a. Apakah klien mengalami sukar tidur? ya
- b. Apakah klien sering mengalami gelisah? ya

- c. Apakah klien sering murung/menangis sendiri? Tidak
- d. Apakah klien sering was- was khawatir? Ya

Lanjutkan pertanyaan tahap dua jika jawaban “ya” lebih dari satu atau sama dengan satu

2) Pertanyaan tahap 2:

- a. Adakah keluhan > dari 3 bulan dalam 1 bulan terakhir? Ada
- b. Adakah keluhan > 1 kali dalam bulan terakhir? Ada
- c. Adakah masalah atau banyak pikiran? Tidak
- d. Adakah gangguan/masalah dengan anggota keluarga? Tidak
- e. Adakah klien menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter?
- Tidak
- f. Apakah klien cenderung mengurung diri? Tidak

Interpsi hasil:

Gangguan Emosional: Ny. N Positif (+)

i. Pengkajian Status Mental

- a. Short portable mental status quisioner (SPMSQ)

Tabel 3.4
Penilaian SPMSQ

Benar	salah	no	pertanyaan	jawaban
√		1	Tanggal berapa hari ini?	24 april 2025
√		2	Hari apa sekarang?	Kamis
√		3	Apa nama tempat ini?	Rumah saya
√		4	Dimana Alamat anda?	Samarang boboko
√		5	Berapa umur anda?	74 tahun
√		6	Kapan anda lahir?	20 februari 1951
√		7	Siapa presiden Indonesia?	Prabowo
√		8	Siapa presiden sebelumnya?	Jokowi
√		9	Siapa nama ibu anda	Anah

√		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun	17 14 11
10	0			

Interpretasi Hasil:

Ny. N mendapatkan skor salah yaitu 0 dengan artian Ny. N fungsi

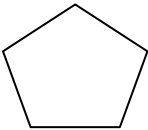
intelektual utuh

b. Mini Mental Stase Examination (MMSE)

Tabel 3.5
Penilaian MMSE

No	Aspek kognitif	Nilai maksimal	Nilai klien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar: a. Tahun: 2025 b. Musim: panas c. Tanggal:24 d. Hari:kamis e. Bulan:april
2	Orientasi	5	5	Dima sekarang kita berada? a. Negara: Indonesia b. Provinsi: jawa barat c. Kabupaten: garut d. Kelurahan: samarang
3	registrasi	3	3	Sebutlan 3nama objek (missal: kursi,meja,kertas),kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab: a. kursi b. meja c. kertas
4	Perhatian dan kalkulasi	5	3	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat Jawaban: a. 93 b. 86 c. 79

No	Aspek kognitif	Nilai maksimal	Nilai klien	Kriteria
				d. 72 e. 65 Klien mampu menjawab 3 dari 5 pertanyaan
5	mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga objek pada poin ke – 2 (tiap poin nilai 1) Jawaban: a. Kursi b. Meja c. kertas
6	bahasa	9	9	a) memberi nama (naming) tunjukan pada klien suatu benda dan tanyakan Namanya pada klien dengan hasil: √ buku √ pensil b) pengulangan meminta klien untuk mengulangi kata: (tak ada,jika), (tak ada, tetapi), (tak ada, atau) hasil: klien bisa mengikuti c) meminta klien mengikuti perintah yang terdiri dari 3 langkah ambil kertas,lipat,simpan hasil: klien bisa melakukannya meminta klien untuk melakukannya dengan hasil: klien melakukan nya d) membaca (reading) meminta klien membaca kalimat

No	Aspek kognitif	Nilai maksimal	Nilai klien	Kriteria
				yang tertulis di kertas hasil: klien bisa membaca e) menulis berikan selembar kertas kosong, meminta klien untuk menulis sesuai kalimat berisi kata kerja tanpa mendiktenya hasil: klien bisa menulis f) menyalin meminta klien untuk mengikuti atau menggambar apa yang pemeriksa gambar  hasil: klien bisa mengikuti
SKOR		30	28	

Interpretasi Hasil:

Ny. N Mendapatkan skor 28 dengan artian Ny. N Tidak mengalami gangguan kognitif

j. Terapi Medis

Tabel 3.6 Terapi Medis

no	Nama obat	dosis	Cara penggunaan
1	Amlodipine 10 mg	1x1	Oral

k. Analisa Data

Tabel 3.7
Analisa Data

Data	penyebab	masalah
Ds: Klien mengatakan pusing dan nyeri dikepala pada bagian belakang dan ketengkuk DO: - Klien tampak meringis - Klien tampak memegang kepala - Skala nyeri 4 (0-10) - TTV TD: 190/110 mmHg N:90x/menit R:20x/menit S:36.4°C	Faktor yang mempengaruhi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ perubahan struktur ↓ penyumbatan pembuluh darah ↓ hipertensi ↓ gangguan sirkulasi ↓ otak ↓ Resistensi pembuluh darah ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut
DS: a. Klien mengatakan sulit tidur b. Klien mengatakan sering terbangun pada malam hari c. Klien mengatakan tidurnya tidak nyenyak	Faktor yang memperngaruhi ↓ Kerusakan vasuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓	Gangguan pola tidur

Data	penyebab	masalah
d. Klien mengatakan istirahat tidak cukup e. Klien mengeluh tidak puas tidur DO: a. Klien tampak Lelah b. Terdapat kantung mata c. Frekuensi tidur malam 3-4 jam	Penyumbatan pembuluh darah ↓ Hipertensi ↓ Mengeluh sulit tidur ↓ Terbangun pada malam hari ↓ Tidak bisa tidur ↓ Gangguan pola tidur	
DS: Klien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara menurunkan tekanan darah dengan obat tradisional/herbal DO: Klien bertanya cara menurunkan tekanan darah dengan obat tradisional/herbal	Faktor yang mempengaruhi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Hipertensi ↓ Perubahan status Kesehatan ↓ Kurang terpapar informasi ↓ Defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan tentang obat tradisional/ obat herbal

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencendera Fisiologis di tandai dengan

DS:

Klien mengatakan mengeluh nyeri di kepala pada bagian belakang dan tengkuk

DO:

- a. Klien tampak meringis
- b. Klien tampak memegang kepala
- c. Skala nyeri 5 (0-10)
- d. TTV

TD: 190/110 mmHg

N:90x/menit

R:20x/menit

S:36.4°C

- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan di tandai dengan

DS:

- 1. Klien mengatakan sulit tidur
- 2. Klien mengatakan sering terbangun pada malam hari
- 3. Klien mengatakan tidurnya tidak nyenyak
- 4. Klien mengatakan istirahat tidak cukup
- 5. Klien mengeluh tidak puas tidur

DO:

1. Klien tampak lemah
 2. Terdapat kantung mata
 3. Frekuensi tidur malam 3-4 jam
- c. Defisit pengetahuan tentang obat tradisional/herbal berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan:

DS:

Klien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara menurunkan tekanan darah dengan obat tradisional/herbal

DO:

Klien bertanya cara menurunkan tekanan darah dengan obat tradisional/herbal

3. Perencanaan Keperawatan

Table 3.8 Perencanaan Keperawatan

No	Data	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1.	D.0077: Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia) ditandai dengan: Ds: - klien mengatakan nyeri kepala Do: - klien tampak meringis - klien tampak memegang kepala - Skala Nyeri 4 (1-10) TTV TD: 190/110 mmhg	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 4 x 3 jam masalah nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Tekanan darah membaik 3. Meringis menurun	SIKI (I.08238) Manajemen nyeri Observasi: 1. Identifikasi Lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi Faktor Yang Memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1. Berikan terapi non Farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: akupunktur, terapi music hipnotis, biofeedback, Teknik imajinasi terbimbing kompres hangat/dingin) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	Observasi: 1. Mengetahui Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas dari klien 2. Mengetahui tangka nyeri yang dirasakan klien 3. Mengetahui hal-hal yang dapat memperberat ataupun memperingan nyeri yang dirasakan klien Terapeutik: 1. Mengurangi Tingkat nyeri klien/mengalihkan klien dari rasa nyerinya 2. Mengurangi risiko faktor yang dapat mempengaruhi klien Edukasi: 1. Klien dapat mengetahui sendiri karakteristik,

No	Data	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
			(mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi: 1. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 2. Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu	penyebab, Lokasi saat nyeri muncul 2. Memudahkan klien untuk mengontrol nyeri dengan cara sederhana tanpa menggunakan obat-obatan Kolaborasi: 1. Mengurangi/menghilangkan rasa nyeri yang dirasakan klien, pemberian analgetic sesuai.
2.	D.0055: Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan	L.05045: pola tidur Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 4 x 3jam di harapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	I.05174: Dukungan tidur Observasi: a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur. b. Identifikasi factor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis) c. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur. Terapeutik: a. Modifikasi lingkungan. b. Batasi waktu tidur siang, Jika perlu.	Obsevasi: a. Untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur. b. Untuk mengetahui faktor pengganggu tidur. c. Untuk mengetahui makanan dan minuman yang mengganggu tidur. Terapeutik: a. Agar klien nyaman b. Agar frekuensi tidur malam lebih lama c. Agar klien mempunyai jadwal tidur rutin

No	Data	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
			c. Tetapkan jadwal tidur rutin. Edukasi: a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. b. Ajarkan menepati kebiasaan waktu tidur. c. Anjurkan menghindari makanan/ minuman yang mengganggu tidur.	Edukasi: a. Untuk mengetahui pentingnya tidur cukup saat sakit b. Agar tidur tepat waktu c. Agar tidak mengganggu tidur
3.	D.0111: desfisit pengetahuan tentang obat tradisional/herbal b.d kurang terpapar informasi	L.12111: Tingkat pengetahuan Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 4 X 3jam diharapkan Tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat	I.1238: Edukasi Kesehatan Observasi: a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik: a. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan b. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan c. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi	Observasi: a. Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan klien menerima informasi Terapeutik: a. Agar mudah disampaikan b. Agar sesuai dengan kesepakatan c. Agar klien paham Edukasi a. Untuk mengetahui faktor resiko

No	Data	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
		4. Pertanyaan tentang masalah yang di hadapi menurun 5. Perilaku membaik	a. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat	b. Agar klien hidup bersih dan sehat.

4. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.9
Implementasi dan evaluasi

No Dx	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	25 – 04 - 2025	Pukul: 10. 30 Observasi: a. Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri Hasil: Klien mengatakan nyeri di kepala seperti ditusuk-tusuk pada daerah kepala menjalar kebagian belakang tengkuk, nyeri dirasakan hilang timbul. b. Mengidentifikasi skala nyeri. Hasil: Skala nyeri klien 5 (0-10) c. Memantau TTV Pasien: Hasil: TD: 170/90 mmHg N: 90x/ menit S: 36°C R: 20X/ menit d. Mengidentifikasi faktor-faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil: Klien mengatakan nyeri teratasi Ketika terlalu banyak beraktivitas dan nyeri terlalu banyak beraktivitas dan nyeri terasa ringan jika istirahat Terapeutik: a. Memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Hasil: klien diberikan Tindakan distraksi dan relaksasi dengan Tarik nafas dalam dan distraksi sentuhan (pijat kepala), klien tampak lebih rileks b. Mengontrol lingkungan memperberat rasa nyeri. Hasil: Rumah klien tampak nyaman jauh dari kebisingan	25 – 04 - 2025 10.30 S: Klien mengatakan sakit kepala berkurang O: a. Klien masih tampak meringis b. Skala nyeri 5 (0-10) c. Tekanan darah TD: 170/90 mmHg N: 90x/ menit S: 36°C R: 20X/ menit A: Malasah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi	Tsania

No Dx	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		Edukasi: a. Mengajarkan memonitor nyeri secara mandiri Hasil: klien tahu apa yang memperberat dan memperingan nyeri yang dirasakan b. Mengajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Hasil: klien tampak menarik nafas dalam jika nyeri terasa dan tirah baring		
2	25 – 04 - 2025	Pukul: 11.00 Observasi: a. Mengidentifikasi pola aktivitas. R: klien tidur siang 30 menit 1 jam dan tidur malam 3-4 jam. b. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis) R: klien sulit tidur karena sakit kepala dan sering terbangun jika berisik. c. Mengidentifikasi makanan dan minum yang mengganggu tidur R: klien tidak makan makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur. Terapeutik: a. Memodifikasi lingkungan R: memodifikasi lingkungan dengan cara mematikan lampu sulit tidur b. Menetapkan jadwal tidur rutin R: klien mempunyai jadwal tidur rutin Edukasi: a. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit:	25 – 04 - 2025 Pukul: 11.00 S: Klien mengatakan tidurnya masih tidak nyenyak dan sering terbangun O: a. Klien tampak lemah b. Terdapat kantung mata A: Gangguan pola tidur P: Lanjutkan Intervensi	Tsania

No Dx	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		R: klien mengerti pentingnya tidur cukup saat sakit b. Mengajarkan menepati kebiasaan waktu tidur R: klien mengerti untuk menepati kebiasaan waktu tidur. c. Mengajarkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur. R: klien mengerti untuk menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur		
3	25 – 04-2025	Pukul: 11.20 Observasi: a. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi R: klien dan anaknya siap dan mampu menerima informasi Terapeutik: a. Menyediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan R: materi dan media Pendidikan Kesehatan disediakan b. Menjadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan R: Pendidikan Kesehatan di jadwalkan sesuai kesepakatan c. Memberikan kesempatan untuk bertanya R: klien diberikan kesempatan untuk bertanya. Edukasi: a. Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan R: klien dan anaknya mengerti	25 – 04 -2025 Pukul: 11.20 S: Klien mengatakan masih sedikit bingung tentang bingung tentang materi yang di sampaikan O: Klien bertanya tentang materi yang belum mengeti A: Defisit pengetahuan tentang obat tradisinal/herbal P: Lanjutkan intervensi	tsania

No Dx	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		b. Menjelaskan perilaku hidup bersih dan sehat R: klien dan anaknya mengerti c. Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk perilaku hidup bersih dan sehat. R: klien dan anak nya mengerti		

5. Catatan perkembangan

Tabel 3.10

Catatan perkembangan

No Dx	waktu	Catatan pekembangan	paraf
1	26- 04 – 2025	S: Klien mengatakan nyeri kepala sudah berkurang O: a. Tanda – tanda vital TD: 165/90 mmHg N:95x/menit S:36, 3 c R: 20 x/menit b. Klien tidak meringis c. Skala Nyeri 2(0-10) A: Nyeri akut P: Lanjutkan intervensi I: Memberikan terapi non Farmakologis E: Masalah teratasi Sebagian	Tsania
2	26 – 09 - 2025	S: Klien mengatakan masih sulit tidur dan mengeluh tidak cukup O: a. Klien tampak lemah b. Kantung mata klien masih ada	tsania

No Dx	waktu	Catatan perkembangan	paraf
		c. Kualitas tidur tidak nyenyak d. Frekuensi tidur malam 4 – 5jam A: Gangguan pola tidur P: Lanjutkan intervensi I: a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur b. Identifikasi faktor pengganggu tidur c. Anjurkan pada klien untuk memodifikasi lingkungan yaitu dengan mengatur pencahayaan d. Anjurkan menempati kebiasaan tidur E: Masalah belum teratasi	
3	26 – 04 - 2025	S: Klien mengatakan sudah memahami cara menurunkan hipertensi dengan obat tradisional/herbal O: Klien mampu menjelaskan apa yang sudah di jelaskan oleh pemateri A: - P: Hentikan intervensi Dx III I: - E: Masalah teratasi	Tsanía
1	27 – 04 - 2025	S: Klien mengatakan Nyeri kepala berkurang O: a. Tanda – tanda vital TD:160/80 mmHg N:93x/menit R:21x/menit S:36 C b. Klien tidak meringis c. Skala Nyeri 1(0-10) A:	Tsanía

No Dx	waktu	Catatan perkembangan	paraf
		Nyeri Akut P: Lanjutkan intervensi I: Menganjurkan Klien untuk tetap menepati gaya hidup sehat E: Masalah teratasi Sebagian	
2	27- 04 - 2025	S: Klien mengatakan tidur sedikit nyenyak O: a. Kualitas tidur sedikit nyenyak b. Frekuensi tidur 5 -5 jam setengah c. Klien tidak terlalu lemah A: Gangguan pola tidur P: Lanjutkan intervensi I: a. Identifikasi faktor yang mengganggu tidur b. Anjurkan memodifikasi lingkungan c. Anjurkan menepati kebiasaan tidur E: Masalah teratasi Sebagian	Tsania
1	28-april- 2025	S: Klien mengatakan Nyeri kepala menurun O: a. Tanda - tanda vital TD:150/80 mmHg N:91x/menit R:20x/menit S:36,2C b. Klien tidak Merigis c. Skala Nyeri 0 (0-10) A: Nyeri Akut P: Lanjutkan intervensi, lakukan pemeriksaan rutin di fasilitas Kesehatan I: Menganjurkan klien untuk tetap menjaga pola hidup sehat E: Masalah teratasi Sebagian	Tsania

No Dx	waktu	Catatan perkembangan	paraf
2	28 – 04 - 2025	S: Klien mengatakan tidurnya cukup nyenyak O: a. Kualitas tidur cukup nyenyak b. Frekuensi tidur 5 – 6 jam setengah A: Gangguan pola tidur P: Lanjutkan intervensi I: Anjurkan menepati kebiasaan tidur E: Masalah teratasi	tsania

B. Pembahasan

Dalam pembahasan ini, Dalam tulisan ini, penulis akan membandingkan studi teori dan studi kasus yang diadakan dari tanggal 24 April 2025 sampai 28 April 2025. Selama periode tersebut, penulis memberikan perawatan kepada Ny. N yang mengalami hipertensi, dengan menggunakan Katz Indeks A di Desa Samarang Boboko, bagian dari Puskesmas Samarang, Kabupaten Garut. Penulis berusaha untuk menjalankan langkah-langkah seperti pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi sesuai dengan tujuan teoritis sambil memperhatikan kebutuhan pasien.

Sehingga penulis akan meng evaluasi perbandingan antara studi teori dan analisis kasus. Dari perbandingan ini, akan terlihat adanya perbedaan antara studi teori dan kenyataan di lapangan, sehingga terdapat sejumlah aspek yang perlu diulas dari tahap kajian hingga evaluasi. Hasil yang didapat adalah:

1. Tahap Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah permulaan dalam proses keperawatan yang dilaksanakan secara terencana untuk mengumpulkan informasi mengenai individu, keluarga, dan kelompok. Proses ini harus dilakukan secara menyeluruh, mencakup faktor biologis, psikologis, sosial, serta spiritual. (Kesehatan & Jktm, 2024)

Pada tahap pengkajian ini, Penulis melakukan wawancara langsung dengan pasien mengenai data pribadi, keluhan yang dialami saat ini, riwayat penyakit yang sudah ada sebelumnya, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, serta kegiatan sehari-hari pasien. Berdasarkan hasil penilaian yang diperoleh dari Ny. N, hanya terdapat tanda dan gejala seperti pusing dan nyeri di bagian belakang kepala yang dirasakan pada malam hari, rasa sakit bertambah saat pasien beraktivitas dan berkurang saat istirahat, nyeri terasa seperti ada beban di bagian belakang kepala, rasa sakit terasa seperti ditusuk-tusuk, muncul dan hilangnya rasa sakit, serta nyeri di bagian belakang kepala yang menjalar ke tengkuk dengan tingkat skala 4 (dari 0 sampai 10). Pada tahap pengkajian, klien dapat kooperatif dan mampu mengungkapkan masalah Kesehatan yang di hadapi Ny. N.

2. Tahap Diagnosa

Diagnosis keperawatan itu sendiri merupakan sebuah label singkat yang menggambarkan kondisi pasien. Kondisi pasien tersebut dapat berupa masalahmasalah aktual atau potensial yang ditemukan pada pasien. Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien

terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan.(Hasan & Mulyanto, 2022)

Dalam tinjauan teori Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien hipertensi menurut Tim pokja SDKI, DPP PPNI, 2017 adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur
- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- d. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- f. Hipervolemi Berhubungan dengan kelebihan asupan natrium
- g. Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan

Setelah melakukan pengkajian terhadap Ny. N berdasarkan Analisa data yang penulis peroleh terdapat beberapa masalah keperawatan diantaranya:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur
- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Diagnosa keperawatan ini muncul berhubungan dengan keluhan adanya rasa nyeri di bagian belakang kepala Ny. N, adanya masalah dengan pola tidur, serta kurangnya pemahaman tentang penyakit hipertensi dengan obat tradisional/herbal.

Adapun kesenjangan antara teori dan fakta lapangan pada perumusan diagnosa diatas yaitu tidak ditemukan adanya masalah keperawatan Perfusi perifer tidak efektif, Intoleransi aktivitas, Hipervolemi, Resiko jatuh, Hal tersebut tidak dapat terjadi karena pada saat pengkajian penulis tidak menemukan data yang mendukung untuk mengangkat diagnosa tersebut.

3. Tahap Intervensi

Intervensi keperawatan Adalah semua tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan evaluasi klinis demi mencapai hasil yang diinginkan, sementara tindakan keperawatan merupakan perilaku atau aktivitas tertentu yang dilakukan oleh perawat untuk melaksanakan intervensi keperawatan. Menurut(Tim pokja Siki DPP PPNI, 2017)

Adapun intervensi yang akan di berikan untuk masalah keperawatan pada Ny. N adalah sebagai berikut:

- a. Perfusi perifer tidak efektif, Untuk mengatasi diagnosis perfusi perifer yang tidak efektif, langkah-langkah yang perlu diambil adalah dengan memantau tanda vital, mengawasi tekanan darah, memantau denyut nadi, memantau frekuensi pernapasan, memantau suhu tubuh, mencatat hasil pemantauan, memberikan penjelasan tentang tujuan serta prosedur pemantauan, melaporkan hasil pemantauan kepada pasien dan menyarankan klien untuk mengonsumsi obat antihipertensi.
- b. Gangguan pola tidur, Untuk mengatasi masalah dalam pola tidur, intervensi dilakukan dengan dukungan tidur melalui langkah-langkah awal seperti mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengenali faktor-faktor yang

mengganggu tidur, mengidentifikasi makanan serta minuman yang dapat mengganggu tidur, menyarankan modifikasi lingkungan, membatasi durasi tidur siang, menetapkan jadwal tidur yang teratur, menjelaskan pentingnya tidur yang cukup, mendorong untuk mematuhi kebiasaan tidur, serta menyarankan untuk menghindari makanan atau minuman yang dapat mengganggu tidur.

- c. Defisit pengetahuan, Untuk mengatasi kurangnya pengetahuan mengenai cara menurunkan tekanan darah tinggi dengan menggunakan obat-obatan tradisional atau herbal, dilakukan intervensi pendidikan kesehatan. Intervensi ini mencakup identifikasi kesiapan dan kemampuan individu dalam menerima informasi, penyediaan media serta materi pendidikan kesehatan, penjadwalan kegiatan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan yang dibuat, memberikan peluang untuk bertanya, serta menjelaskan faktor risiko yang dapat berdampak pada kesehatan. Selain itu, juga diajarkan tentang perilaku hidup bersih dan sehat.

4. Tahap Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dan terencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tanpa implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Rika Widianita, 2023)

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang diambil oleh perawat untuk mendukung pasien dalam mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi menuju kondisi kesehatan yang lebih baik, sesuai dengan kriteria hasil yang diinginkan. Proses pelaksanaan dari implementasi harus fokus pada kebutuhan klien, aspek-aspek lain yang memengaruhi kebutuhan perawatan, strategi penerapan keperawatan, serta aktivitas komunikasi. (dinarti, 2020)

Adapun implementasi yang dilakukan terhadap masalah keperawatan Ny. N sesuai dengan diagnosa keperawatan pada Ny. N yaitu:

- a. Perfusi perifer tidak efektif, Sesuai dengan intervensi yang teridentifikasi dalam pengamatan tanda vital, langkah-langkah yang dilakukan adalah memeriksa tekanan darah, memeriksa denyut nadi, memeriksa pernapasan, memeriksa suhu tubuh, mencatat hasil pengamatan, menjelaskan tujuan serta tahapan pengamatan, memberikan informasi mengenai hasil pengamatan, dan merekomendasikan kepada pasien untuk mengonsumsi obat penurun tekanan darah yaitu amlodipin 5mg.
- b. Gangguan pola tidur, sesuai dengan intervensi yang ditetapkan dalam dukungan tidur, langkah yang diambil adalah mengenali pola tidur dan aktivitas, mengidentifikasi faktor yang mengganggu tidur, merekomendasikan untuk mengubah lingkungan dengan mematikan lampu, menetapkan jadwal tidur yang tetap, menjelaskan pentingnya tidur yang cukup saat sakit, menyarankan untuk mempertahankan kebiasaan tidur, serta menganjurkan untuk menjauhi makanan atau minuman yang dapat mengganggu tidur.

- c. Defisit pengetahuan, sesuai dengan intervensi yang ditentukan dalam pendidikan kesehatan, maka langkah yang diambil adalah menilai kesiapan dan kemampuan klien untuk menerima informasi, menyediakan alat dan bahan untuk pendidikan kesehatan, serta memberikan kesempatan kepada klien untuk mengajukan pertanyaan.

5. Tahap Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan membandingkan perubahan keadaan pasien berdasarkan yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. (umamah, 2020)

Evaluasi keperawatan merupakan langkah terakhir dari keseluruhan proses keperawatan untuk menentukan apakah tindakan yang telah dilaksanakan berhasil atau memerlukan metode yang berbeda. Evaluasi ini digunakan untuk menilai seberapa efektif rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan demi memenuhi kebutuhan pasien. (Muryanti, 2020).

Hasil yang di dapatkan setelah melakukan Tindakan keperawatan pada Ny.N dari setiap diagnose sebagai berikut:

- a. Perfusi perifer tidak efektif, Dapat diatasi Beberapa hal ini disebabkan oleh turunnya tekanan darah klien, tetapi tetap harus diperiksakan ke fasilitas kesehatan terdekat untuk memantau tekanannya.
- b. Gangguan pola tidur, dapat diatasi semua ini mungkin disebabkan oleh berkurangnya rasa sakit di kepala klien, serta kondisi rumah yang tenang.

Klien juga mengikuti saran penulis untuk menyesuaikan lingkungan dan tetap konsisten dengan rutinitas tidurnya.

- c. Defisit pengetahuan, dapat diselesaikan karena Ny. N selalu mau jika diberikan penjelasan mengenai cara menurunkan tekanan darah menggunakan ramuan alami sehingga klien mampu memahami dan mengerti mengenai informasi yang disampaikan.

6. Tahapan dokumentasi

Dokumentasi perawatan adalah suatu cara untuk mencatat dan mengumpulkan berbagai bukti dari semua fase pelaksanaan proses perawatan. Proses dokumentasi ini menggunakan pendekatan proses keperawatan yang mencatat berbagai reaksi dan tanggapan pasien terhadap berbagai tindakan medis serta perawatan yang dilakukan oleh perawat.(Prabowo, 2020)

Saat melakukan pencatatan mengenai perawatan kesehatan untuk pasien yang berusia lanjut, penulis menemui berbagai hambatan. Namun, dengan memanfaatkan teori yang telah dipelajari serta sumber-sumber yang ada, ditambah bimbingan dari dosen pembimbing, CI di puskesmas, dan perawat senior di puskesmas Samarang, penulis akhirnya bisa merekam proses perawatan keperawatan gerontik ini dari tahap pengkajian, penentuan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, sampai evaluasi perawatan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan Hipertensi pada Katz Indeks A diwilayah kerja UPT Puskesmas Samarang Garut di kampung Samarang boboko Rt 02 Rw 01 Desa Samarang Kecamatan Samarang Kabupaten Garut, Mulai dari tanggal 21 april - 3 mei 2025 dalam proses keperawatan gerontik penulis dapat mengambil beberapa Kesimpulan sebagai berikut:

1. Tahap pengkajian

Penulis melakukan pengkajian menyeluruh terhadap pasien Ny. N pada semua aspek yang berkaitan dengan lansia pada tanggal 24 April 2025. Hasil dari pengkajian ini menunjukkan terdapat gejala serta tanda-tanda hipertensi, seperti sakit kepala di bagian belakang yang menjalar ke tengkuk, masalah dalam pola tidur, dan juga kurangnya pemahaman.

2. Tahap Diagnosa keperawatan

Berikut diagnosa keperawatan yang muncul sesuai dengan kondisi pasien yaitu:

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
- c. Defisit pengetahuan tentang obat tradisional/herbal berhubungan dengan kurang terpapar informasi

3. Tahap perencanaan

Setelah menetapkan diagnosis keperawatan, penulis menyusun rencana perawatan yang didasarkan pada standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) yang mencakup: bantuan tidur, pendidikan kesehatan, pengawasan tanda vital, serta pencegahan terjatuh.

4. Tahap implementasi

Tahap pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan dan diagnosa keperawatan pada Ny. N. Pelaksanaan ini dilakukan sesuai dengan kebutuhan serta keterlibatan klien dalam menjalankan setiap tindakan keperawatan.

5. Tahap evaluasi

Evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada Ny. N pada tanggal 25 hingga 28 April 2025 oleh penulis dan disusun dalam format SOAP. Hasil dari evaluasi yang dilaksanakan oleh penulis menunjukkan bahwa permasalahan yang dihadapi klien berhasil diselesaikan untuk diagnosis pertama, kedua, dan ketiga sesuai dengan rencana yang telah disusun.

6. Tahap dokumentasi

Penulis menyusun dokumentasi yang mencakup penilaian perawatan, diagnosis perawatan, rencana perawatan, dan pelaksanaan perawatan dengan memanfaatkan SDKI, SIKI, dan SKLI.

B. Rekomendasi

1. Instisusi Pendidikan

Agar bisa berperan serta dalam menurunkan jumlah penyakit pada lansia, khususnya yang menderita hipertensi, dilakukan program atau aktivitas yang dilaksanakan secara teratur. Program tersebut mencakup pemeriksaan kesehatan bagi lansia, serta berbagai jenis penyuluhan kesehatan yang melibatkan mahasiswa untuk meningkatkan pemahaman lansia tentang pola hidup sehat.

2. Bagi puskesmas Samarang

Petugas Kesehatan diharapkan dapat memperluas perannya di Masyarakat dengan menyampaikan informasi tentang Kesehatan dan cek Kesehatan secara berkala di masyarakat, terutama tentang hipertensi dan penyakit-penyakit lain yang umum terjadi. Dengan demikian, masyarakat akan dapat memahami dengan baik penyakit yang mereka alami serta langkah-langkah pengobatan yang perlu mereka ambil secara mandiri.

3. Bagi pasien dan keluarga

Pasien dan keluarganya diharapkan untuk mengerti informasi mengenai hipertensi yang telah disampaikan. Keluarga juga perlu terus mendukung, memotivasi, serta mendoakan agar pasien memiliki semangat untuk pulih dan secara teratur memeriksa tekanan darah.

4. Bagi Mahasiswa

Agar dapat menjadi acuan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah dan penyuluhan kepada masyarakat bagi mahasiswa keperawatan dalam

memperluas pengetahuan, mahasiswa akan mampu berkembang dalam masyarakat dan memberikan Edukasi Kesehatan kepada masyarakat tentang hipertensi, penyebabnya, serta cara-cara pencegahannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Alpin, H. (2016). Hubungan Fungsi Gerak Sendi Dengan Tingkat Kemandirian Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 4(1), 43–49. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v4i1.84>
- Amalia Yunia Rahmawati. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non_Hemoragic: Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Intervensi Latihan Range of Motion (Rom)*. July, 1–23.
- asmadi. (2021). *konsep evaluasi keperawatan*.
- Safitri, R. (2019). *Implementasi Keperawatan Sebagai Wujud Dari Perencanaan Keperawatan Guna Meningkatkan Status Kesehatan Klien*.
- Dinkes. (2023). *profil kesehatan kabupaten garut*.
- Fitria, S. N., & Prameswari, G. N. (2021). Faktor Risiko Kualitas Hidup Lansia Penderita Hipertensi. *Indonesian Journal of Public Health and Nutrition*, 1(1), 472–478. <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/IJPHN>
- Girang, B., & Health, P. (2025). *Edukasi Peduli Gula Garam Lemak Sebagai Upaya Pencegahan Hipertensi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Banten Girang Education on Sugar , Salt , and Fat Intake for Hypertension Prevention Among the Elderly in the*. 4(1), 84–89.
- Hasan, S. M., & Mulyanto, A. (2022). The Effect Of Using SDKI And Wilkinson Book On The Accuracy Level Of Nursing Diagnosis by Poltekkes Palu Nursing Student. *Lentora Nursing Journal*, 3(1), 37–43. <https://doi.org/10.33860/lnj.v3i1.2054>
- Hasdiana, U. (2018). Bahaya hipertensi pada lansia gam. *Analytical Biochemistry*, 11(1), 1–5.
- Kemenkes. (2019). *kemenkes*. <https://upk.kemkes.go.id/new/mengenal-penyakit-hipertensi>
- Kemenkes. (2024). *kesehatan lanjut usia*.
- Kerja, W., Banguntapan, P., Mudayana, A. A., & Febiyana, C. (2025). *Edukasi Kesehatan Pencegahan Hipertensi untuk Masyarakat Sehat di*. 10(1), 132–140.
- Kesehatan, J., & Jktm, M. (2024). *MENGANALISIS KESINAMBUNGAN PENGKAJIAN DIUNIT X Jurnal Kesehatan dan Teknologi Medis (JKTM)*. 06(03), 84–90.
- Leftungun, S. Y., Listriyani, A. S., Manenti, D. A., Sandya, F., Cahyani, I., Prawira, L. Y., Sopian, S. M., Alifiana, W., & Nina, N. (2023). *Fasilitasi Kesehatan Pencegahan Hipertensi di Kampung Nangleng, Desa Lemah Duhur*,

- Kabupaten Bogor. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Saga Komunitas*, 2(3), 200–205. <https://doi.org/10.53801/jpmsk.v2i3.115>
- Luhung, M., & Anugrahati, W. W. (2020). Analisis manajemen aging process problem dengan pendekatan model preceed proceede. *Jurnal Keperawatan Malang*, 5(1), 31–37. <http://jurnal.stikespantiwaluya.ac.id/>
- Mardiani, R. (2019). Analisis Data Dalam Pengkajian Proses Keperawatan. *Journal Article*, 1(4), 1–8.
- Mujiadi, & Rachmah, S. (2022). Buku Ajar Keperawatan Gerontik. In *STIKes Majapahit Mojokerto*.
- Muliadi, D., Riduansyah, M., Tasalim, R., & Mahmudah, R. (2024). Efektivitas pemberian air kelapa muda genjah kuning (*cocos nucifera*) terhadap penurunan tekanan darah pada pasien hipertensi primer darmah. *Jurnal ilmiah permas: jurnal ilmiah stikes kendal*, 14(2), 581–588. <https://journal2.stikeskendal.ac.id/index.php/PSKM/article/view/1979/1260>
- Muryanti, D. &. (2020). *Tahapan evaluasi*.
- Pokhrel, S. (2024). No TitleEΛENH. *Ayan*, 15(1), 37–48.
- Prabowo. (2020). *Tahapan dokumentasi*.
- Rika Widianita, D. (2023). asuhan keperawatan. *AT-TAWASSUTH: Jurnal Ekonomi Islam*, VIII(I), 1–19.
- RISKESDAS.(2018). HASIL UTAMA RISKESDAS 2018. Garut : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.White Swan Foundation (2020).
- Susanto, dalam nahak. (2020). *konsep asuhan keperawatan*. Tekanan, P., Pada, D., Di, L., & Lansia, P. (2024). © 2024 *Jurnal Keperawatan*. 52–61.
- Tim Pokja Sdki Dpp Ppni. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim pokja Siki DPP PPNI. (2017). *Tahapan Intervensi*. umamah. (2020). *proses keperawatan*.
- Tim Pokja Slki Dpp Ppni. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Ummah, M. S. (2019). proses keperawatan pendekatan teori dan praktik. In *Sustainability (Switzerland)* (Vol. 11, Issue 1). http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciu_rbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_sistem_pembetulan_terpusat_strategi_melestari
- WHO. (2023a). *Klasifikasi Hipertensi*.
- WHO. (2023b). *Lanjut Usia*.

- Widayanti, W. N. (2023). *Karya tulis ilmiah asuhan keperawatan gerontik pada klien dengan hipertensi di panti sosial tresna werdha nirwana puri kota samarinda.*
- Zulhadi, M. (2021). *Peningkatan Kebugaran Tubuh Lansia : Narratif Review Program Studi Fisioterapi S1 Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas ' Aisyiyah Yogyakarta Peningkatan Kebugaran Tubuh Lansia : a Narratif Review.*

LAMPIRAN

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Topik	: Hipertensi dan Obat tradisional/herbal
Hari/tanggal	: sabtu/26-april-2025
Waktu	: 20 menit
Sasaran	: Ny. N
Tempat	: Rumah Ny. N Kp. Samarang boboko RT/RW Ds.Samarang kec. Samarang kab. Garut
Penyaji	: Tsania Angelita

A. Latar belakang

Hipertensi adalah kondisi di mana individu dapat mengalami peningkatan tekanan darah yang tinggi di atas batas normal, yang berdampak pada kenaikan angka sakit dan kematian. Pada orang lanjut usia, hipertensi juga didefinisikan sebagai tekanan sistolik yang melebihi 160 mmHg serta tekanan diastolik yang berada di atas 90 mmHg. (smumarni el,al 2019)

Menurut hasil riset Kesehatan dasar (Riskesdes) Prevalensi hipertensi pada lansia di Jawa Barat menurut data Riskesdes terbaru tahun 2018 menunjukkan angka 32,2%, yang mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan data Riskesdes sebelumnya pada tahun 2013 yang mencatat hasil 34,1% (Kemenkes 2018). Angka dari Dinas Kesehatan Kabupaten Garut menunjukkan bahwa hipertensi termasuk dalam 10 besar penyakit tidak menular, berada di urutan kelima dengan persentase 5,99% (Puspita dan Atolilah 2018).

B. Karakteristik

Peserta didik adalah yang mempunyai penyakit hipertensi

C. Tujuan

1. Tujuan Instruktual Umum

Setelah diberikan penyuluhan tentang hipertensi selama 1 x 20 menit Ny. N dapat memahami dan mengaaplikasikan materi penyuluhan dalam kehidupan sehari-hari

2. Tujuan instruksional

Setelah dilakukan penyuluhan selama 1 x 20 menit Ny. N mampu menjelaskan Kembali tentang:

- a. Pengertian dari hipertensi
- b. Penyebab dari hipertensi
- c. Tanda dan gejala dari hipertensi
- d. Faktor resiko Hipertensi
- e. Komplikasi Hipertensi
- f. Penatalaksanaan
- g. Menjelaskan pengobatan tradisional hipertensi

D. Sasaran

Ny. N

E. Steategi Pelaksanaan

Hari/Tanggal Pelaksanaan:

Waktu: sabtu/ 26-april-2025

Tempat Rumah Ny. N

F. Materi

Terlampir

G. Kegiatan Penyuluhan

Terlampir

waktu	kegiatan	Kerluarga/sasaran	sasaran
2 menit	pembukaan	1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri menjelaskan topik dan tujuan 3. Menanyakan kesiapan keluarga	1. Menjawab salam 2. Memperhatikan 3. Mendengarkan
13 menit	Kegiatan inti	Penjelasan materi 1. Pengertian penyakit hipertensi 2. Penyebab dari hipertensi 3. Tanda dan gejala dari hipertensi 4. Faktor resiko hipertensi 5. Komplikasi hipertensi	1. Menyimak materi 2. Audiensi bertanya 3. Menyimak jawaban dari pengajar

waktu	kegiatan	Kerluarga/sasaran	sasaran
		6. Menjelaskan cara pencegahan hipertensi 7. Menjelaskan pengobatan tradisional hipertensi 8. Berikan kepada audiensi untuk bertanya 9. Menjawab pertanyaan audiensi	
5 menit	penutup	1. Mengevaluasi klien 2. Meyimpulkan materi yang telah di sampaikan 3. Mengucapkan salam penutup	1. Klien menyebutkan ulang hasil materi yang di jelaskan 2. Klien menyimak 3. Menjawab salam penutup

H. Pengorganisasian

Tsania Angelita

I. Metode

Metode yang digunakan adalah:

1. Cermah
2. Tanya jawab
3. Diskusi

J. Alat/media

Leaflet

K. Denah Lokasi

Terlampir

L. Evaluasi

Evaluasi struktuk: Tim penyuluh sebelum waktu yang di tetapkan untuk mempersiapkan sarana dan prasarana untuk kegiatan penyuluhan

Evaluasi Proses: pelaksanaan penyuluhan berjalan sesuai rencana, audiensi antusias mendengarkan materi penyuluhan, sangat kooperatif dan menjawab pertanyaan yang di ajukan penyuluh.

Evaluasi Hasil: pasien dan keluarga menjelaskan Kembali materi yang sudah disampaikan

MATERI PENYULUHAN

A. Definisi

Hipertensi merupakan kondisi meningkatnya tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolic lebih dari 90 mmHg berdasarkan dua atau lebih pengukuran tekanan darah. Tekanan sistolik adalah tekanan Ketika jantung berkontraksi atau berdetak memompa darah itu, tekanan darah diastolic

adalah tekanan darah Ketika berelaksasi menurut chobian di dalam kurnia (2021)

B. Penyebab

Faktor resiko terjadinya hipertensi dapat di bagi menjadi faktor resiko yang tidak dapat diubah dan faktor resiko yang dapat diubah menurut fatma Ekasari 2021 yaitu:

1. Faktor resiko yang tidak dapat di ubah
 - a. Riwayat keluarga/genetic
 - b. Usia
 - c. Jenis kelamin
2. Faktor resiko yang dapat diubah
 - a. Pola makan tidak sehat
 - b. Kurangnya aktivitas fisik
 - c. Obesitas
 - d. Merokok
 - e. Mengonsumsi alcohol berlebih
 - f. Stress

C. Tanda Dan Gejala

Menurut Hastuti 2022, tanda dan gejala hipertensi antara lain sebagai berikut:

1. Sakit kepala
2. Jantung berdebar-debar
3. Sesak nafas setelah aktivitas berat
4. Mudah Lelah

5. Penglihatan kabur
6. Wajah memerah
7. Hidung berdarah
8. Sering buang air kecil, terutama malam hari
9. Telinga berdenging
10. Pusing berputar vertigo
11. Tengok terasa
12. Sulit tidur
13. Cepat marah
14. Mata berkunang-kunang dan pusing

D. Komplikasi Hipertensi

Komplikasi yang terjadi jika hipertensi tidak terkontrol, antara lain: Sya'diyah, 2018:

1. Krisis Hipertensi
2. Penyakit jantung dan pembuluh darah: jantung koroner dan penyakit jantung hipertensi, gagal jantung
3. Stroke
4. Ensefalopi hipertensi, merupakan sindroma yang ditandai dengan perubahan neurologis mendadak yang muncul akibat tekanan arteri meningkat dan akan kembali normal jika tekanan darah menurun.
5. Nefroklerosis hipertensi
6. Retinopati hipertensi

M. Pengobatan Tradisional Pencegah Hipertensi

Banyak tumbuhan obat yang telah lama digunakan oleh masyarakat secara tradisional untuk mengatasi hipertensi atau tekanan darah tinggi. Hal yang perlu diinformasikan kepada masyarakat adalah cara penggunaannya, dosis, serta kemungkinan adanya efek samping yang tidak diketahui. Obat – obat tradisional tersebut diantaranya:

1. Buahbelimbing
2. Mentimun
3. Bawangputih
4. Daunseledri
5. Melon
6. Mengkudu

Cara pembuatan obat tradisional untuk penderita hipertensi menggunakan metimun. Mentimun, buah yang satu ini memang sudah dikenal sebagai teman makan yang cukup nikmat dilalap dengan sambal. Namun, tahukah Anda bahwa mentimun juga berkhasiat menurunkan penyakit tekanan darah tinggi? Darah tinggi atau hipertensi merupakan suatu keadaan tekanan darah seseorang berada pada tingkatan di atas normal. Banyak hal yang bisa menyebabkan terjadinya penyakit ini. Beberapa di antaranya adalah garam, psikososial dan gaya hidup yang tidak sehat.

Sebenarnya, banyak cara yang bisa dilakukan untuk mengobati tekanan darah tinggi. Salah satunya adalah pengobatan dengan

menggunakan ramuan obat tradisional. Tanaman obat secara empiris telah dibuktikan dari generasi ke generasi sebagai salah satu obat yang berkhasiat. Namun, mengonsumsi tanaman obat tradisional, baik daun, biji, akar, maupun buahnya, tidak berarti makan tanaman obat itu sebanyak-banyaknya. Melainkan mengonsumsi ramuan tanaman obat tersebut dengan komposisi dan dosis tertentu. Karenanya, cara membuat ramuan, komposisi, dosis dan waktu pemakaian harus dipelajari dengan baik dan benar.

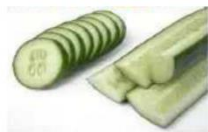
Lantas, ramuan apa yang tepat untuk menurunkan tekanan darah tinggi? Buah mentimun adalah salah satunya. Berikut ini merupakan cara meramunya.

1. $\frac{1}{2}$ kg buah mentimun dicuci bersih
2. Dikupas kulitnya kemudian diparut
3. Saring air nya menggunakan penyaring/kain bersih
4. Diminum setiap hari $\pm$ 1 kg untuk 2 kali minum pagi dan sore hari

Lampiran 2

Lefleat

RAMUAN TRADISIONAL UNTUK HIPERTENSI



OLEH

Tsania Angelita
KHGA22118

PENGobatan TRADISIONAL

1. MENTIMUN (*Cucumis sativus*)

- Dua buah timun dimakan pagi dan sore atau diparut, diperas, diambil airnya diminum pagi dan sore.



2. DAUN SALAM (*Eugenia poliantha* Wight)

- Sepuluh lembar daun salam direbus dalam 2 gelas air sampai rebusannya tinggal 1 gelas, diminum pagi dan sore hari.



3. PEPAYA (*Carica papaya* L.)

- Parut sebuah pepaya muda, peras. Airnya diminum 2x sehari. Ulangi selama 3 hari.



4. PEGAGAN (*Centella asiatica* Urban)

- 20 helai daun pegagan segar, rebus dengan 2 gelas air sampai menjadi $\frac{1}{2}$ gelas. Saring, minum sehari 3x $\frac{1}{2}$ gelas.



5. BELIMBING MANIS (*Averrhoa carambola* L.)

- Beberapa buah belimbing muda diparut lalu diminum air perasannya. Lakukan 2x sehari.
- Segenggam daun belimbing manis dicuci bersih, ditumbuk, diperas, dan ambil airnya sebanyak 1 sendok makan.
- Campurkan air perasan tersebut dengan 1 sendok makan air jeruk nipis dan $\frac{1}{2}$ sendok makan madu. Lakukan 2x sehari.



6. BELIMBING WULUH (*Averrhoa bilimbi* L.)

- Rebus tiga buah belimbing wuluh yang diiris-iris dengan dengan tiga gelas air sampai tinggal setengah. Saring lalu minum 1x pada pagi hari.
- 3 buah belimbing wuluh diparut lalu diperas airnya. Minum 1x sehari.



7. DAUN ALPUKAT

- Sepuluh lembar daun alpukat direbus dalam 2 gelas air sampai airnya tinggal satu gelas.



8. SAMBILOTO (*Andriographis paniculata* Nes.)

- Setengah genggam daun sambiloto segar dicuci, direbus dengan 3 gelas air hingga airnya tinggal $\frac{1}{2}$. Ramuan ini untuk diminum 2x sehari.

9. SELEDRI (*Apium graveolens* L.)

- 20 tangkai seledri dicuci, dilumatkan. Beri sedikit air masak. Peras. Minum airnya dua sendok makan 3x sehari. Lakukan dengan teratur selama 3 hari.
- 15 batang seledri dicuci, direbus dengan 2 gelas air sampai tinggal $\frac{1}{2}$ nya. Hasil rebusan ini diminum separuh pagi dan separuh malam.



Lampiran 3

Dokumentasi Kegiatan



Lampiran 4

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Tsania Angelita

NIM : KHGA22118

Pembimbing : Dr. Iwan Wahyudin, S. Kep., Ns., M.Kep

Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. N Dengan Hipertensi
pada Katz Indeks A Dikampung Samarang Boboko Desa Samarang
Di Wilayah Kerja Puskesmas Samarang Garut

no	Tanggal	Materi	Saran pembimbing	Paraf pembimbing	Paraf mahasiswa
1	Senin,02 juni 2025	BAB I	-Pengarahan - Konsultasi BAB I		
2	Rabu,04 juni 2025	BAB I	Revisi BAB I Latar Belakang Tambahkan sumber		
3	Rabu,11 juni 2025	BAB I BAB II	ACC BAB I Lanjut BAB II		
4	Jumat,13 juni 2025	BAB II	Revisi BAB II Tambahkan devinisi minimal II sumber		
5	Senin, 16 juni 2025	BABII BAB III	Revisi BAB II Tambahkan pengertian pengkajian fungsional Lanjut BAB III		
6	Kamis, 19 Juni 2025		ACC BAB II Revisi BAB III		

			Keluhan Utama Riwayat sekarang Lanjut BAB IV		
7	Senin 24 juni 2025	KTI Utuh	ACC BAB II Revisi BAB IV Rekomendasi Dan Kesimpulan		
8	Kamis 26 juni 2025	KTI utuh	Lengkapi Daftar isi,BAB I ACC Sidang		

Lampiran 5

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



B. Identitas pribadi

Nama	: Tsania Angelita
Jenis Kelamin	: Perempuan
Tempat, tanggal lahir	: Bandung, 24 Januari 2003
Agama	: Islam
Status	: Mahasiswa
Kewarganegaraan	: Indonesia
Alamat	: Kp. Cijagra Rt.02/Rw.04 Desa cijagra Kecamatan Paseh Kabupaten Bandung

B. Riwayat Pendidikan

1. TK Syifa Usudur	Tahun 2009 - 2010
2. SDN Cijagra 04	Tahun 2010 - 2016
3. SMP Negeri 1 Ibum	Tahun 2017 - 2019
4. SMK Muhammadiyah	Tahun 2019 - 2022
5. STIKes Karsa Husada Garut	Tahun 2022- 2025