

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN HIPERTENSI PADA
KATZ INDEKS A DI KAMPUNG BABAKAN CARINGIN RT/RW 02/05
KELURAHAN SUKAGALIH DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS
PEMBANGUNAN KABUPATEN 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 :

PEPI PAUZIAH

NIM : KHGA22085



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

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN
HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG
BABAKAN CARINGIN RT/RW 02/05 KELURAHAN
SUKAGALIH DI WILAYAH KERJA UPT
PUSKESMAS PEMBANGUNAN KABUPATEN
GARUT**

NAMA : PEPI PAUZIAH

NIM : KHGA22085

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Siap Untuk Disidangkan
Dihadapan Tim Penguji Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut
Garut,
Menyetujui
Pembimbing



Dr. H. Dian Roslan H, S.Kep., M.Kes

LEMBAR PENGESAHAN

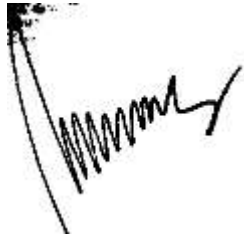
JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG BABAKAN CARINGIN RT/RW 02/05 KELURAHAN SUKAGALIH DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS PEMBANGUNAN KABUPATEN GARUT

NAMA : PEPI PAUZIAH
NIM : KHGA22085

Garut, Juli 2025

Menyetujui

Penguji 1



H. Aceng Ali, S.Kep., Ners., M.H.Kes

Penguji II



Rudi Alfiansyah, S.Kep., Ners., M.Pd

Mengetahui,
Ketua Program Studi D-III Keperawatan
STIKes KARSA HUSADA GARUT



K. Dewi Budiarti, M.Kep

Mengesahkan,
Pembimbing



Dr. H. Dian Roslan H, S.Kep., M.Kes

ABSTRAK

IV BAB, 19 Tabel, 84 Halaman

Hipertensi merupakan penyakit yang umum dijumpai pada lansia dan berisiko tinggi menimbulkan komplikasi serius seperti stroke, gagal ginjal, dan penyakit jantung. Lansia mengalami penurunan fisiologis yang memperbesar kemungkinan terjadinya hipertensi. Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif pada Tn. D, seorang lansia dengan hipertensi dan Katz Indeks A, yang menunjukkan tingkat kemandirian penuh. Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan, mencakup pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, dan studi kepustakaan. Hasil yang didapatkan menunjukkan tujuh diagnosa keperawatan yang muncul, di antaranya nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, defisit pengetahuan, ansietas, risiko jatuh, intoleransi aktivitas, dan hipervolemia. Intervensi yang diberikan disesuaikan dengan standar SDKI, SLKI, dan SIKI. Setelah tiga kali kunjungan keperawatan, kondisi Tn. D menunjukkan perbaikan pada seluruh aspek yang diintervensi. Kesimpulan dari studi kasus ini adalah bahwa pendekatan keperawatan yang sistematis dan terarah mampu memberikan dampak positif dalam peningkatan status kesehatan lansia dengan hipertensi.

Kata kunci: Hipertensi, Lansia, Asuhan Keperawatan, Katz Indeks, Studi Kasus

Daftar pustaka : 26 buah (2016-2024)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, yang telah mencurahkan rahmat serta hidayah-Nya kepada kita semua. Shalawat beserta salam semoga tetap tercurah limpahkan kepada Nabi kita, Muhammad SAW beserta keluarga, sahabatnya dan mudah-mudahan sampai kepada kita semua selaku umatnya.

Atas karunia dan izin-Nya, penulis dapat menyelesaikan laporan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG BABAKAN CARINGIN RT/RW 02/05 KELURAHAN SUKAGALIH DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS PEMBANGUNAN KABUPATEN GARUT”**. Karya tulis ilmiah ini diajukan 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 perkenankan penulis mengucapkan terimakasih yang sebsar-besarnya kepada :

1. Allah SWT, karena telah memberikan nikmat dan kelancaran serta memberikan umur beserta kesehatan sampai saat ini, sehingga berkat-Nya penulis bisa menyelesaikan karya tulis tanpa adanya hambatan.

2. Bapak Dr, H. Hadiat MA, selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak Drs, H. Suryadi, M,Si, selaku ketua umum pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
4. Bapak H. Engkus Kusnadi S,Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut
5. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep., selaku ketua Program Studi D3 Keperawatan STIKes Krsa Husada Garut
6. Dr. H. Dian Roslan H, S.Kep., M.Kes selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang menyediakan waktu, memberikan bimbingan, petunjuk serta motivasi kepada penulis dengan penuh kesabaran serta tanggung jawab sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini.
7. H. Aceng Ali, S.Kep., Ners., M.H.Kes selaku penguji I dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang menyediakan waktu, memberikan arahan dan masukan serta motivasi kepada penulis dengan penuh kesabaran serta tanggung jawab sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini.
8. Rudi Alfiansyah, S.Kep., Ners., M.Pd selaku penguji ke II dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang menyediakan waktu, memberikan arahan dan masukan serta motivasi kepada penulis dengan penuh kesabaran serta tanggung jawab sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini.
9. Kepada staf dan dosen, STIKes Karsa Husada Garut khusus prodi DIII Keperawatan yang telah begitu banyak memberikan ilmu pengetahuan dan

keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.

10. Cinta pertamaku Bapak Ade Rojadin dan pintu surgaku Ibu Nurjanah. Beliau kedua orangtuaku, memang tidak sempat merasakan pendidikan sampai bangku perkuliahan, namun beliau mampu mendidik penulis, memotivasi, memberi dukungan hingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini sampai selesai. Terimakasih sudah berjuang sekuat tenaga untuk memberikan kehidupan yang layak untuk penulis hingga akhirnya penulis bisa tumbuh dewasa dan bisa berada di posisi ini. Kesuksesan dan segala hal baik yang kedepannya akan penulis dapatkan adalah karena beliau. Semoga keringat, do'a dan air mata dibalas dengan kebahagiaan di dunia dan akhirat oleh Allah SWT.
11. Kepada adikku Anisa Zahra Alawiah tersayang terimakasih atas dukungan dan doa serta support nya untuk penulis sehingga penulis semangat untuk mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini sampai selesai.
12. Kepada kakekku, abah Adang, Abid dan nenek Cucu, Iras. Terimakasih atas support dan dukungannya sehingga penulis dapat mengerjakan karya tulis ilmiah ini dengan semangat dan penuh kelancaran.
13. Kepada teman-teman terdekat Afifah, Nisa, Aulia, Karina, Raisa, Uly dan Triyani terima kasih telah menjadi tempat berbagi cerita canda dan tawa serta selalu memberikan semangat dari awal perkuliahan hingga penyusunan karya tulis ilmiah ini.

14. Teman-teman di prodi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut khususnya kelas 3B yang telah memberikan dorongan semangat dan kenangan manis yang terukir dihati selama perkuliahan ini.
15. Terimakasih kepada keluarga mahasiswa yang telah memberikan support, semangat, dan doa kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini
16. Dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, namun telah begitu banyak membantu selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga kebaikan yang telah mereka berikan mendapatkan ridho serta balasan yang setimpal dari Allah SWT.

Akhir kata penulis ucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Semoga kebaikan, bimbingan, dan motivasi yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan balasan dari Allah SWT, Aamiin.

Garut, Juli 2025

Penulis



Pepi pauziah

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	
LEMBAR PENGESAHAN	
ABSTRAKS	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penelitian	4
C. Metode Telaah.....	5
D. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN TEORI.....	8
A. Konsep Dasar Lansia.....	8
1. Definisi Lanjut Usia	8
2. Batasan Lansia.....	9
3. Tipe lansia	9
4. Proses Menua	10
5. Perubahan Pisiologis Pada Lansia	11
B. Konsep Dasar Penyakit	13
1. Definisi Hipertensi	13
2. Etiologi Hipertensi	14
3. Klasifikasi Hipertensi	15
4. Patofisiologi Hipertensi	15
5. Manifestasi Klinis.....	18
6. Pemeriksaan Penunjang.....	18
7. Komplikasi Hipertensi.....	19
8. Penatalaksanaan.....	21

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Lansia	23
1. Pengkajian	23
2. Diagnosa Keperawatan	38
3. Intervensi Keperawatan	39
4. Implementasi	49
5. Evaluasi	50
6. Dokumentasi	50
BAB III TINJAUAN KASUS.....	51
A. Tinjauan kasus.....	51
1. Pengkajian	51
2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas	65
3. Intervensi Keperawatan	67
4. Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan	69
5. Catatan Perkembangan	71
B. Pembahasan.....	74
1. Tahap Pengkajian	74
2. Diagnosa Keperawatan	75
3. Tahap Perencanaan	77
4. Tahap Implementasi	77
5. Tahap Evaluasi	78
6. Tahap Dokumentasi	79
BAB IV PENUTUPAN	80
A. Kesimpulan	80
B. Saran.....	82
DAFTAR PUSTAKA	83

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Jenis-jenis penyakit Di Puskesmas Pembangunan.....	3
Tabel 2. 1 Klasifikasi Hipertensi.....	15
Tabel 2. 2 Penilaian KATZ Indeks	29
Tabel 2. 3 Penilaian Barthel Indeks	29
Tabel 2. 4 Penilaian MMSE	31
Tabel 2. 5 Penilaian SPMSQ.....	33
Tabel 2. 6 Penilaian Pengkajian Keseimbangan	34
Tabel 2. 7 Analisa Data.....	34
Tabel 2. 8 SDKI, SLKI, SIKI.....	40
Tabel 3. 1 Aktivitas Sehari-Hari	57
Tabel 3. 2 Penilaian Katz Indeks	59
Tabel 3. 3 Penilaian Barthel Indeks	59
Tabel 3. 4 Penilaian MMSE	61
Tabel 3. 5 Penilaian SPMSQ.....	63
Tabel 3. 6 Penilaian Pengkajian Keseimbangan	63
Tabel 3. 7 Analisa Data.....	64
Tabel 3. 8 Intervensi Keperawatan.....	67
Tabel 3. 9 Implementasi dan Evaluasi	69
Tabel 3. 10 Catatan Perkembangan.....	71

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I : Satuan Acara Penyuluhan (SAP) Hipertensi
- Lampiran II : Dokumentasi
- Lampiran III : Lembar Bimbingan
- Lampiran IV : Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun atau lebih. Pada kelompok lansia ini berada pada fase tahap akhir dalam siklus kehidupan manusia. Pada tahapan ini merupakan tahapan normal yang pasti akan dialami oleh setiap orang yang berumur panjang (Raudhoh & Pramudiani, 2021).

Salah satu perubahan yang terjadi pada lansia adalah perubahan sistem kardiovaskuler yang merupakan penyakit paling memberatkan. Karena berdampak pada penyakit lain seperti hipertensi, karena kemampuan jantung nantinya memompa darah menurun 1% setiap tahunnya sesudah berumur 20 tahun dan tekanan darah meningkat akibat resistensi pembuluh darah perifer meningkat (Nasrullah, 2016).

Secara sederhana, semakain tua usia seseorang, maka semakin tinggi risiko terkena hipertensi (tekanan darah tinggi). Karena seiring bertambahnya usia seseorang maka pembuluh darah mengalami perubahan. Bagian dalamnya (lumen) menjadi lebih sempit, dinding pembuluh darah menjadi lebih kaku dan kurang elastis, maka perubahan ini akan menyebabkan peningkatan tekanan darah (Adam, 2019).

Hipertensi sering dijuluki “silent killer” karena bisa merusak organ vital tanpa ada gejala yang sangat jelas, sehingga penderita mungkin tidak

sadar mengalami komplikasi. Seseorang didiagnosis hipertensi jika sistolik >140 mmHg dan tekanan diastolicnya >90 mmHg (Mathavan & Pinatih, 2017).

Menurut World Health Organization (WHO) 2019, ada sekitar 1 miliar orang didunia menderita hipertensi, dengan dua pertiganya berada di Negara berkembang. Jika tidak ada pencegahan jumlah ini akan diprediksi terus naik, mencapai 1,6 miliar orang di seluruh dunia pada tahun 2025. Di Indonesia berdasarkan Kemenkes 2019, prevalensinya hipertensi pada lansia sangat tinggi : usia 55-64 tahun mendapatkan 45,9%, usia 65-74 tahun mendapatkan 57,6%, usia >75 tahun mendapatkan 63,8%, maka secara keseluruhan 25,8% penduduk Indonesia berusia >18 tahun menderita hipertensi. Provinsi dengan prevalensi tertinggi adalah Bangka Belitung mencapai (30,9%), Kalimantan selatan mencapai (30,8%), dan Kalimantan timur mencapai (29,6%), Sumatera selatan juga memiliki prevalensi hipertensi yang tinggi, dengan 217.052 lansia menderita hipertensi pada tahun 2022 (Berta Afriani et al., 2023).

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat melaporkan jumlah penduduk yang menderita penyakit hipertensi diperkirakan mencapai sebesar 108,18% pada tahun 2023 (DINKES Jabar, 2023). Dinas kesehatan Garut didapatkan bahwa pada tahun 2023 penderita Hipertensi di Kabupaten Garut 112, 49 orang dibandingkan peningkatan yang signifikan selama 3 tahun yaitu sebanyak 76.663 menjadi 112,49 orang (Widia Rahmi Pratiwi et al., 2024).

Berdasarkan hasil pendahuluan yang penulis lakukan di Puskesmas Pembangunan Kabupaten Garut, jumlah data penduduk lansia yang diperoleh dari UPT Puskesmas Pembangunan. Pada bulan April pada tahun 2025 menunjukkan 4.631 orang lanjut usia, dengan jumlah laki-laki 2.292 orang dan perempuan 2.339 orang. Adapun penyakit hipertensi ini di UPT Puskesmas Pembangunan menduduki peringkat ke 1 dari penyakit-penyakit yang lainnya. Berikut data-data penyakit lansia yang diperoleh di UPT Puskesmas pembangunan pada bulan April 2025 sebagai berikut :

Tabel 1. 1 Jenis-jenis penyakit Di Puskesmas Pembangunan

No	Jenis Penyakit	Jumlah Penderita	Persentase
1	Hipertensi	244	47.66%
2	Nyeri otot	129	25.20%
3	Diabetes	63	12.30%
4	Gagal jantung	43	8.40%
5	Gagal jantung dengan cairan menumpuk	18	3.52%
6	Gangguan penglihatan saat melihat dekat atau jauh	9	1.76%
7	Rematik	6	1.17%
Jumlah		512	100.00%

Sumber : Puskesmas Pembangunan Kabupaten Garut 2025.

Berdasarkan data yang diperoleh angka kejadian hipertensi pada bulan april 2025 mencapai 244 penderita, menjadikan kasus terbanyak dan peringkat ke satU. Namun tetap saja hipertensi ini harus dilakukan upaya penyembuhan dalam bentuk pengobatan atau perawatan. Oleh karena itu diperlukan peran perawat untuk membantu lansia dalam kebutuhan serta

untuk mendirikan lansia dengan upaya proses penyembuhan yang di alami oleh lansia dengan menggunakan proses keperawatan komprehensif yang meliputi pengkajian sampai dengan mendokumentasikan asuhan keperawatan yang bersifat menyeluruh.

Berdasarkan latar belakang data dan fakta penulis mendapatkan bahwa hipertensi, masalah kesehatan global yang serius dan terus meningkat. Kondisi ini sering disebut “silent killer” karena jarang menunjukkan gejala awal, dan banyak membuat penderita tidak menyadari kondisinya sampai terjadi berbagai komplikasi seperti: stroke, serangan jantung, dan gagal ginjal. Hal ini menyebabkan beban berat pada individu, keluarga dan sistem kesehatan, tetapi meskipun berbahaya hipertensi ini dapat dicegah dan dikelola dengan cara perubahan gaya hidup sehat dan pengobatan yang tepat dimana dapat membantu mengontrol tekanan darah. Oleh karena itu hipertensi sangat penting untuk meningkatkan deteksi dini dan penanganannya demi kesehatan masyarakat yang lebih baik.

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan utama

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologis, sosial, dan spiritual, dengan pendekatan proses keperawatan pada klien dengan Hipertensi.

2. Tujuan khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian yang menyebabkan masalah kesehatan dan masalah keperawatan pada Tn. D

- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.D
- c. Mampu membuat rencana tindakan keperawatan berdasarkan prioritas masalah keperawatan pada Tn. D
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan keperawatan pada Tn. D
- e. Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan keperawatan pada Tn. D
- f. Mampu mendokumentasikan proses asuhan keperawatan yang dilaksanakan pada Tn. D

C. Metode Telaah

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang memberikan gambaran nyata dalam asuhan keperawatan yang diberikan, sedangkan teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara:

1. Wawancara

Wawancara yaitu, pengumpulan data dengan cara berkomunikasi secara langsung dengan klien dan keluarga untuk mendapatkan data yang diperlukan seperti identitas, riwayat kesehatan, data psikologi, sosial, dan spiritual serta yang berhubungan dengan masalah kesehatan lainnya.

2. Observasi

Metode pengumpulan data melalui pengamatan atau observasi secara langsung pada klien, dengan menggunakan teknik pengkajian khusus lansia diantaranya pengkajian KATZ indeks, barthel indeks, MMSE, SPMSQ, dll.

3. Pemeriksaan fisik

Teknik ini dilakukan dengan secara langsung kepada klien, dengan secara keseluruhan dari ujung kepala sampai ujung kaki dengan cara inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi.

4. Studi dokumentasi

Mempelajari data-data klien dari catatan medis dan catatan yang berhubungan dengan masalah klien.

5. Studi kepustakaan

Dilakukan dengan cara membaca buku dan mempelajari buku perpustakaan dan referensi dari internet mengenai konsep-konsep yang berhubungan dengan kasus Hipertensi.

6. Partisipasi aktif

Berupa kerja sama dengan klien dalam memberikan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan menggunakan proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa yang tepat, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

D. Sistematika Penulisan

Dalam Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini disusun secara sistematika yang terdiri dari empat bab, yaitu : Bab 1 merupakan pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan utama dan khusus, metode telaah, dan sistematika penulisan. Bab II merupakan tinjauan teori yang terdiri dari konsep dasar lansia, konsep dasar penyakit Hipertensi dan konsep dasar asuhan keperawatan pada lansia dengan klien Hipertensi. Bab III merupakan tinjauan kasus dan pembahasan, bagian pertama merupakan tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan catatan perkembangan, bagian kedua adalah pembahasan kasus yang berisi uraian naratif dari setiap tahapan proses keperawatan. Bab IV merupakan penutup yang berisi kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Lansia

1. Definisi Lanjut Usia

Lansia merupakan seseorang yang telah memasuki usia ke 60 tahun keatas. Lansia juga merupakan kelompok umur pada manusia di fase kehidupannya yang telah memasuki tahapan akhir, yang mana tahap perkembangan yang akan dialami oleh setiap individu secara normal yang mencapai usia lanjut (Raudhoh & Pramudiani, 2021).

Menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi menua yaitu proses ilmiah, berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya dimulai dari anak, dewasa hingga tua. Tahap ini berbeda baik secara biologis maupun psikologis nya, kalau sudah memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran dari segi fisik yang ditandai dengan kulit mengendur, gigi mulai ompong, rambut mulai memutih, penglihatan sudah mulai buram, pendengaran sudah kurang jelas, gerakan lambat dan pigur tubuh yang tidak proporsional (Nasrullah, 2016).

Berdasarkan pengertian diatas bahwa dapat disimpulkan lansia adalah seorang individu yang berusia 60 tahun ke atas yang memiliki fase akhir kehidupan. Menua adalah proses alami dan terus-menerus

yang menyebabkan kemunduran fisik, seperti kulit kendur, gigi ompong dan indra melemah.

2. Batasan Lansia

Batasan lansia (Fatimah & Nuryaningsih, 2018) :

a. Menurut organisasi kesehatan dunia (World Health Organization)

batasan usia lansia dibagi ke dalam empat kategori yaitu :

- 1) Usia pertengahan :Usia 45-59 tahun
- 2) Lanjut usia :Usia 60-74 tahun
- 3) Lanjut usia tua :Usia 75-90 tahun
- 4) Usia sangat tua :Usia diatas 90 tahun

b. Menurut kementrian kesehatan republik indonesia (Kemenkes RI),

batasan usia lansia diklasifikasikan sebagai berikut :

- 1) Pralansia : usia 50-64 tahun
- 2) Lansia muda : usia 65-80 tahun
- 3) Lansia lanjut : usia >80 tahun

3. Tipe lansia

Lima tipe lansia menurut (Nasrullah, 2016) sebagai berikut :

a. Tipe arif bijaksana

Lansia tipe ini ini kaya akan hikmah, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, pengalaman, mempunyai kesibukan sendiri, rendah hati, dermawan, sederhana, dan menjadi panutan.

b. Tipe mandiri

Lansia dengan tipe mandiri akan lebih senang mengganti kegiatan yang hilang diganti dengan yang baru, selektif, mencari pekerjaan dan teman pergaulan.

c. Tipe tidak puas

Tipe ini atau disebut sulit menerima keadaan diri, sering mengalami pergolakan batin. Bahkan akan cenderung menolak proses penuaan karena takut kehilangan daya tarik, fisik, kekuasaan, sahabat, dan status sosial. Akibatnya mereka bisa menjadi pemaarah, tidak sabar, mudah tersinggung, suka mengkritik dan sulit diajak untuk bekerja sama.

d. Tipe pasrah

Lansia tipe ini akan selalu menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan beribadah, ringan kaki, pekerjaan apa saja akan dia lakukan selagi baik.

e. Tipe bingung

Lansia dengan tipe ini akan mengalami kagetan, kehilangan kepribadian, suka mengasingkan diri, menyesal, suka merasa minder, dan suka acuh tak acuh.

4. Proses Menua

Proses menua atau disebut aging process adalah suatu proses ilmiah yang selalu terjadi pada manusia. Menjadi tua (aging) adalah perubahan biologis secara menerus yang selalu dialami manusia pada

semua tingkatan umur dan waktu, sedangkan usia lanjut (old age) adalah tahap akhir dari proses penuaan (Luhung & Anugrahati, 2020).

Penuaan yaitu proses kehidupan yang tidak dapat dihindari oleh siapapun. Menua atau menjadi tua ialah dimana suatu fase akan menghilangnya kemampuan jaringan secara perlahan untuk dapat memperbaiki, mengganti, dan atau mempertahankan fungsi normalnya (Siregar, 2023).

Pada proses penuaan ini dapat ditandai dengan adanya perubahan baik dari segi fisik, maupun juga psikologis nya. Masalah psikologis ini yang akan sering dijumpai pada lansia salah satunya lansia akan mengalami kecemasan, rumah sepi, kekecewaan, gangguan dalam kemandiriannya, dan masalah dalam berhubungan merupakan penyebab stress yang sangat banyak dijumpai pada lansia (Muchsin et al., 2023).

5. Perubahan Pisiologis Pada Lansia

Ada beberapa perubahan fisiologis pada lansia yaitu (Riyanti & Choiriyati, 2021) :

- a. Perubahan sistem integument, seiring bertambahnya usia kulit pada lansia akan mengalami kehilangan elastisitas sehingga kulit pada lansia akan mengkeriput dan mengendur, dan juga akan terdapat flek-flek hitam dan penebalan keratin/keratosis.
- b. Perubahan bagian kepala dan leher, pada mata akan terjadi penurunan fungsi penglihatan dan rentan terhadap penyakit

katarak, terjadi penurunan fungsi pendengaran dan penciuman, telinga dan hidung tampak lebih besar, penurunan indera pengecap sehingga lansia rentan terhadap penyakit diabetes.

- c. Perubahan sistem respirasi, pada lansia sistem pernapasan akan terjadi penurunan massa atau kekuatan otot pernapasannya.
- d. Perubahan sistem kardiovaskuler, pada lansia akan terjadi pembengkakan dan penurunan otot jantung. Biasanya denyut nadi perifer atau denyut nadi ekstremitas bawah nya, lebih lemah dibanding denyut nadi ekstremitas atas.
- e. Perubahan gastrointestinal dan abdomen lansia, akan kehilangan gigi sehingga intoleransi terhadap makanan, lebih sering BAB, mual muntah dan lebih sering cepat kenyang.
- f. Perubahan sistem reproduksi, pada wanita akan mengalami penurunan selaput lendir/telur (Menopause), sedangkan pada pria fungsi reproduksi masih tetap bagus hingga usia 90 tahun. Untuk perubahan payudara pada wanita akan terjadi pengenduran dan mengecil sedangkan pada pria akan terjadi pembesaran payudara.
- g. Perubahan sistem perkemihan, pada pria terjadinya pembesaran prostat sehingga terjadi retensi urin dan ketidakmampuan dalam mengontrol pengeluaran urin, sedangkan pada wanita terjadi penurunan kekuatan otot sehingga terjadi ketidakmampuan dalam mengontrol pengeluaran urin.

- h. Perubahan sistem musculoskeletal, pada usia lanjut tulang akan menjadi lebih rapuh dan tipis sehingga memungkinkan terjadi osteoporosis. Kondisi ini meningkatkan resiko patah tulang., bukan hanya itu tetapi selalu terjadi pembungkukan/kifosis, sehingga mobilisasi, dan femur pada bagian leher.
- i. Perubahan pada otak dan sistem saraf, semakin bertambah usia maka terjadi peurunan ukuran saraf, tremor, penurunan reflex tubuh dan perubahn kualitas tidur. Dan dapat terjadi kerusakan sel pada otak dan saraf sehingga dapat menimbulkan suatu kondisi yang dikenal dengan demensia.

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi merupakan suatu keadaan dimana tekanan sistol dan diastolnya mengalami kenaikan yang melebihi batas normal tekanan, yang mana (tekanan sistol di atas 140 mmHg dan diastolnya di atas 90 mmHg) (Iswahyuni, 2017).

Hipertensi adalah penyakit yang tidak menular tetapi menjadi masalah kesehatan penting di seluruh dunia karena risiko yang cukup tinggi dan terus meningkat, serta hubungannya dengan penyakit kardiovaskuler, stroke, retinopati, dan gagal ginjal. Hipertensi juga menjadi faktor risiko terbesar yang menyebabkan kematian. Hipertensi ini suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri secara menerus lebih dari suatu periode. Hal ini terjadi bila

arteriole konstriksi, bila konstriksi akan membuat darah sulit untuk mengalir dan meningkatkan tekanan melawan dinding arteri. Hipertensi ini akan menambah beban kerja jantung dan arteri bila berlanjut sehingga menimbulkan kerusakan jantung dan pembuluh darah (Anggraini et al., 2020).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa hipertensi adalah tekanan darah melebihi batas normal, penyakit ini tidak menular tetapi sangat berbahaya, karena menjadi penyebab utama penyakit jantung, stroke, dan kematian. Terjadi karena penyempitan pembuluh darah, yang membuat jantung bekerja ekstra dan bisa merusaknya.

2. Etiologi Hipertensi

Menurut Nurhaedi pada tahun 2018 penyebab hipertensi terbagi menjadi 2 yaitu (Octaviane et al., 2022) :

- a. Hipertensi primer (esensial) adalah hipertensi yang tidak diketahui penyebab sebelumnya, faktor resiko yang dapat mempengaruhi seperti usia, genetik, jenis kelamin, konsumsi garam, merokok, konsumsi lemak, aktivitas fisik dan obesitas.
- b. Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang dapat diketahui penyebab sebelumnya, seperti adanya kelainan pembuluh darah pada ginjal dan hipertiroid.

3. Klasifikasi Hipertensi

Tabel 2. 1 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi	TD sistolik (mmHg)	TD diastolik (mmHg)
Optimal	< 120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal tinggi	130-139	85-89
Hipertensi derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi derajat II	160-179	100-109
Hipertensi derajat III	> 180	>110
Hipertensi maligna	>210	>120

Sumber : (Kemenkes, 2021)

4. Patofisiologi Hipertensi

Terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I yang dihasilkan oleh angiotensin I converting enzyme (ACE) merupakan penyebab hipertensi. Dalam hal ini, ACE memainkan peran fisiologis yang sangat penting dalam pengaturan tekanan darah. Angiotensinogen, yang diproduksi di hati, diketahui terkandung di dalam darah. Hormon yang dibuat di ginjal dan renin diubah menjadi angiotensin I. ACE kemudian mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II di paru-paru. Angiotensin II diketahui terlibat dalam peningkatan tekanan darah melalui dua aksi utamanya (Fish, 2020).

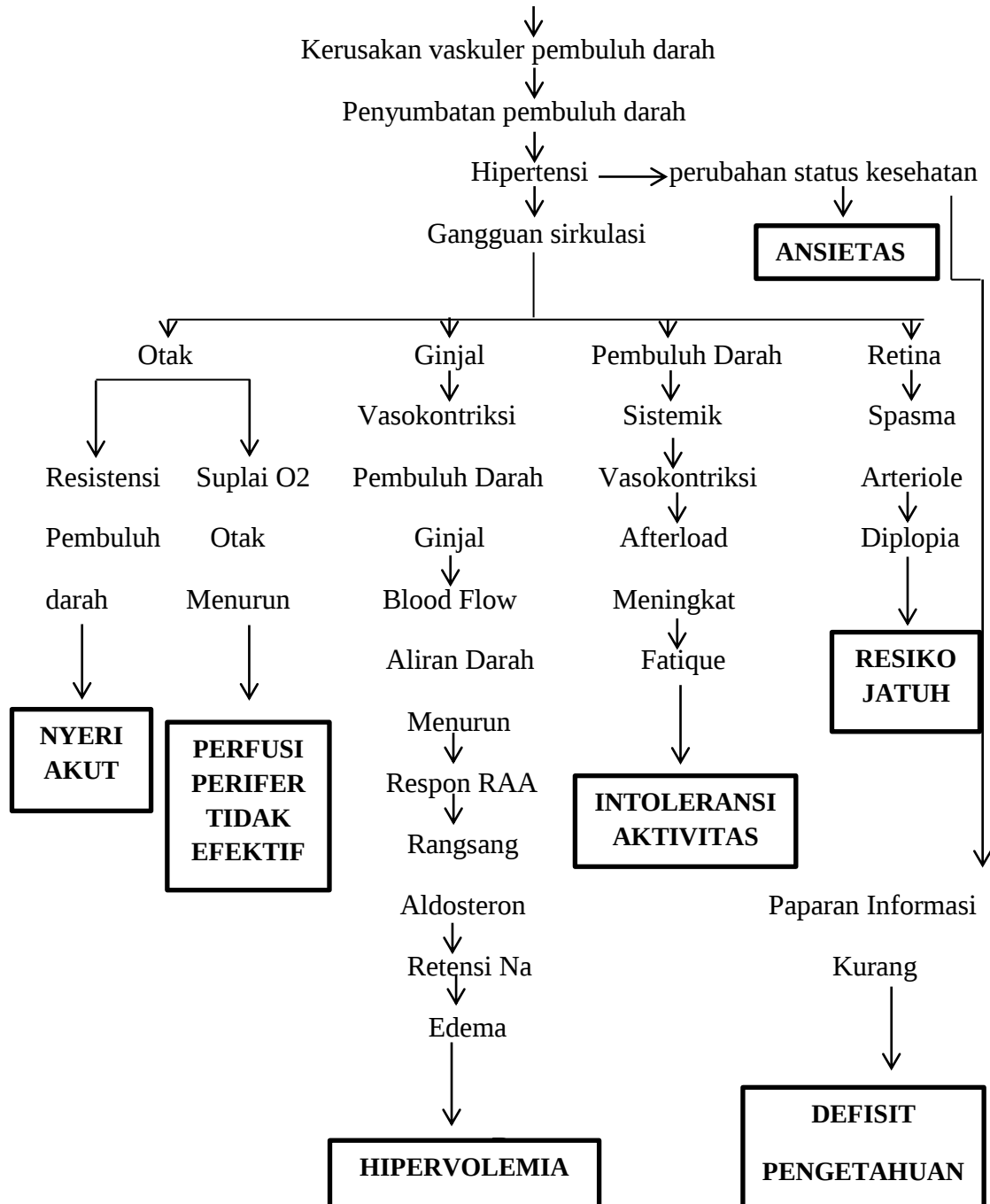
Langkah pertama adalah meningkatkan pelepasan hormon antidiuretik (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi di kelenjar hipofisis (hipotalamus) dan dengan demikian mempengaruhi ginjal untuk mengatur tekanan dan volume osmotik urin. Karena peningkatan ADH, sangat sedikit urin yang dikeluarkan dari tubuh, membuatnya sangat osmotik dan pekat. Jumlah cairan ekstraseluler meningkat dengan mengeluarkan cairan dari isi intraseluler dan mengencerkan urin yang

sebelumnya pekat. Oleh karena itu, meningkatkan volume darah dan juga dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah. Efek lainnya adalah stimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron adalah hormon steroid yang berperan penting dalam ginjal. Aldosteron diserap kembali oleh tubulus ginjal dan mengurangi ekskresi NaCl dengan mengatur volume cairan ekstraseluler. Peningkatan konsentrasi NaCl diencerkan oleh peningkatan volume cairan ekstraseluler, peningkatan volume darah dan tekanan darah (Fish, 2020).

Pathway Hipertensi

Faktor yang mempengaruhi : Genetik, gaya hidup, umur, jenis kelamin,

dan obesitas.



(Sumber : Fish, 2020)

5. Manifestasi Klinis

Menurut Rohimah 2015 dalam (Agestin, 2020), tanda dan gejala yang dapat muncul pada pasien hipertensi yaitu :

- a. Meningkatnya tekanan sistole diatas 140 mmHg dan tekanan darah diastole diatas 90 mmHg
- b. Nyeri tengkuk atau leher
- c. Mual
- d. Muntah
- e. Sesak napas
- f. Nyeri dada
- g. Gangguan penglihatan
- h. Telinga berdenging
- i. Pusing

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan pada pasien hipertensi antara lain (Agestin, 2020) :

a. Labolatorium

Pemeriksaan hemoglobin dan hematokrit perlu dilakukan pada individu dengan hipertensi untuk meninjau indikator risiko, misalnya kondisi hiperkoagulasi atau anemia.

b. Elektrokardiografi

Pemeriksaan EKG pada penderita hipertensi membantu mendeteksi serta mengetahui potensi komplikasi kardiovaskuler serius, misalnya infark miokard akut atau gagal jantung.

c. Rontgen thoraks

Rontgen thoraks digunakan untuk memeriksa adanya penyempitan katup jantung, obstruktif katup jantung, penumpukan kalsium pada aorta, atau pembesaran jantung.

d. USG ginjal

USG ginjal berfungsi untuk mendeteksi batu ginjal atau kista ginjal, alat ini juga dapat dipakai untuk melihat aliran darah.

e. CT scan kepala

Penderita hipertensi berisiko mengalami masalah pada pembuluh darah otak, seperti penyumbatan atau pecah. Jika ini terjadi, otak tidak akan mendapat cukup darah dan oksigen, yang bisa menyebabkan stroke. Stroke dapat mengakibatkan kelumpuhan atau gangguan fungsi tubuh. Oleh karena itu, CT scan kepala penting untuk memeriksa kondisi pembuluh darah otak pada penderita hipertensi, demi mencegah komplikasi serius seperti stroke.

7. Komplikasi Hipertensi

Ada 5 komplikasi hipertensi yang tidak terkontrol yaitu (Anwar, Jalling 2023) :

a. Gagal jantung

Saat tekanan darah seseorang meningkat, jantung harus bekerja lebih keras untuk memompa darah. Akibatnya, dinding otot jantung menebal, yang pada akhirnya mempersulit jantung untuk memompa cukup darah keseluruh tubuh.

b. Stroke

Secara singkat stroke merupakan kondisi dimana tekanan darah terlalu tinggi dapat menyebabkan pembuluh darah di otak pecah atau tersumbat, sehingga mengganggu aliran darah ke otak.

c. Aneurisma

Selain stroke, hipertensi juga dapat menyebabkan aneurisma. Ini terjadi karena tekanan darah yang terlalu tinggi sehingga melemahkan dinding arteri, membentuk kantung rapuh berisi darah. Jika tekanan darah terus tinggi, kantung ini bisa pecah, sehingga menyebabkan kerusakan organ permanen hingga kematian.

d. Masalah ginjal

Tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol dapat merusak pembuluh darah di ginjal, mengganggu kemampuan untuk menyaring darah. Jika terus dibiarkan, ini bisa berujung pada komplikasi serius seperti gagal ginjal.

e. Masalah mata

Selain organ yang lain, tekanan darah tinggi juga bisa menyerang mata. Yang dikenal sebagai retinopati hipertensi. Kondisi ini terjadi ketika pembuluh darah di retina menyempit akibat tekanan darah tinggi, menyebabkan pembengkakan retina dan penekanan saraf optik, jika tidak ditangani, hal ini bisa melumpuhkan sel-sel saraf di mata, berujung pada gangguan penglihatan hingga kebutaan.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi terbagi menjadi 2 yaitu :

a. Farmakologi

Farmakologi yaitu pemberian obat penurun tekanan darah tinggi (antihipertensi) yang dimulai dari dosis rendah terlebih dahulu, jika tekanan masih tetap tinggi dan tidak turun setelah diberikan obat antihipertensi dosis rendah, maka selanjutnya tingkatkan obat dengan dosis yang lebih besar, obat-obatan yang sering digunakan penderita hipertensi salah satunya adalah amlodipine, captopril (Panggabean, 2023).

b. Nonfarmakologi

Untuk terapi nonfarmakologi yang sering dilakukan adalah dengan cara (Agestin, 2020) :

- 1) Diet hipertensi, diet pada penderita hipertensi dapat dilakukan dengan cara mengkonsumsi makanan rendah garam dan lemak, agar dapat mengendalikan tekanan darah, secara tidak langsung menurunkan resiko terjadinya komplikasi hipertensi.
- 2) Manajemen stres, ketegangan jiwa yang dirasakan lansia (tertekan, rasa marah, murung, dendam, rasa takut dan rasa bersalah) ini, dapat terjadinya komplikasi hipertensi. Peran keluarga juga terhadap penderita hipertensi diharapkan mampu untuk mengendalikan stres dan istirahat.

- 3) Olahraga rutin, dimana olahraga dapat menyerap atau menghilangkan endapan kolesterol pada pembuluh darah nadi. Olahraga disini yang dimaksud adalah latihan menggerakkan semua nadi dan otot tubuh seperti gerak jalan, berenang, naik sepeda, senam aerobik. Oleh karena itu jika olahraga teratur maka dapat menghindari komplikasi hipertensi.
- 4) Kontrol kesehatan, kontrol kesehatan ini sangat penting bagi penderita hipertensi agar dapat memonitor tekanan darah. Karena kebanyakan penderita hipertensi tidak sadar dan mereka baru menyadari pada saat pemeriksaan tekanan darah.

Sedangkan untuk kombinasi terapi hipertensi salah satunya dengan cara jolistic terapi yaitu (Panggabean, 2023):

- a) Swedish massage, pijat ini bermanfaat bagi penderita hipertensi dapat menurunkan tekanan darah, mengurangi stres, dan meningkatkan relaksasi otot. Terapi ini bekerja memberikan tekanan ringan hingga sedang pada otot, yang dapat meningkatkan sirkulasi darah dan menurunkan tekanan darah.
- b) Senam aerobik low impaxt, senam ini bermanfaat sehingga dapat menurunkan tekanan darah dan meningkatkan kesehatan jantung, paru-paru, dan peredaran darah.

- c) Terapi relaksasi, bisa menurunkan tekanan darah karena membantu menenangkan saraf, sehingga aliran darah dan oksigen ke otot, termasuk jantung jadi lebih baik.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Lansia

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses asuhan keperawatan, yang harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial maupun spiritual. Tujuannya untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar pasien (Adisty, 2023).

a. Identitas klien

Identitas pasien meliputi nama, tempat tanggal lahir, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, alamat, suku bangsa, pekerjaan, status perkawinan, tanggal pengkajian (Adisty, 2023).

b. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi

Status pekerjaan dan status ekonomi meliputi pekerjaan saat ini, pekerjaan sebelumnya, kecukupan pendapatan, sumber pendapatan (Adisty, 2023).

c. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan utama yang sering ditemukan pada klien penyakit hipertensi adalah klien yang suka mengeluh nyeri dada sebelah

kiri, disertai sesak nafas dan ketidaknyamanan saat beraktivitas (Gani, 2020).

2) Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan yang sering menjadi alasan ketika klien meminta pertolongan kesehatan adalah sakit kepala disertai rasa berat ditengkuk dan kepala berdenyut. Dan pada sebagian besar penderita hipertensi, tidak menimbulkan gejala (Adisty, 2023).

3) Riwayat penyakit dahulu

Pada riwayat kesehatan dahulu yang perlu dikaji yaitu: apakah ada riwayat hipertensi sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit ginjal, obesitas, hiperkolestrol, riwayat merokok, penggunaan alkohol dan lain-lain (Adisty, 2023).

4) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat keluarga dengan hipertensi akan meningkatkan risiko seseorang untuk mengidapnya. Bukan berarti hipertensi pasti diturunkan, tetapi ada hubungan genetik yang kuat. Artinya, faktor keturunan membuat lebih mungkin mengalami tekanan darah tinggi, meskipun itu bukan jaminan (Gani, 2020).

5) Status kesehatan 1 bulan/1 tahun terakhir

Riwayat apakah klien pernah mengalami sakit dalam 1 bulan terakhir atau tidak.

6) Genogram

Diagram yang menggambarkan hubungan keluarga secara visual, termasuk informasi tentang hubungan antar anggota keluarga, sejarah penyakit, perilaku, dan peristiwa penting dalam keluarga.

d. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Menurut yuliana 2018, klien hipertensi sering mengalami gejala meliputi nyeri kepala dan kelelahan, gejala lainnya yaitu sesak nafas kegelisahan dan kesadaran umum menurun, meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital (Tekanan darah, nadi, suhu, resfirasi, SPO2) (Gani, 2020).

2) Pemeriksaan Head To Toe

Pemeriksaan fisik adalah suatu proses memeriksa tubuh dan fungsinya, dari kepala sampai ujung kaki (Head To Toe), untuk menemukan adanya tanda-tanda dari suatu penyakit. Pemeriksaan fisik ini biasanya menggunakan teknik inspeksi (melihat), auskultasi (mendengar), palpasi (meraba), perkusi (mengetuk). Pemeriksaan head to toe dimulai dari kepala, mata, hidung, mulu, telinga, leher, dada (paru-paru, jantung), perut, ekstremitas atas, ekstremitas bawah, genetalia dan anus.

e. Riwayat lingkup hidup

Riwayat lingkungan hidup mengkaji beberapa hal, antara lain, karakteristik rumah (ukuran, kondisi dalam dan luar rumah, ventilasi, kebersihan, kepemilikan rumah, kamar mandi, denah rumah). Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal (aturan tempat setinggal, budaya). Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat (perkumpulan/organisasi yang sering diikuti oleh keluarga) (Gani, 2020).

f. Riwayat rekreasi

Riwayat rekreasi yang dilakukan selama hari libur seperti : liburan, berkumpul bersama keluarga dan lain-lain.

g. Sistem pendukung kesehatan yang digunakan

Sistem kesehatan yang sering digunakan dalam pelayanan kesehatan seperti : Puskesmas, Rumah sakit, dan Klinik.

h. Riwayat pola aktivitas sehari-hari

1) Pola nutrisi

Menilai apakah ada perubahan nutrisi dalam makan dan minum, pola konsumsi makanan dan riwayat peningkatan berat badan. Biasanya penderita hipertensi perlu memenuhi kandungan nutrisi seperti karbohidrat, protein, mineral, air, lemak, dan serat. Tetapi diet rendah garam juga berfungsi untuk mengontrol tekanan darah pada klien (Adisty, 2023).

2) Pola eliminasi

Menilai terhadap pola fungsi ekskresi, kandung kemih, ada tidaknya masalah buang air besar dan air buang air kecil (Gani, 2020).

3) Pola istirahat dan tidur

Menilai terhadap pola tidur, istirahat jumlah jam tidur pada siang dan malam, masalah tidur, dan insomnia (Gani, 2020).

4) Pola hygiene

Menilai kesehatan diri secara teratur dan berkelanjutan meliputi: mandi, cuci muka, gosok gigi, dan lain-lain.

i. Pola kesehatan fungsional dan psikososial

1) Pemeliharaan kesehatan

Menurut aspiani 2014 menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan. Pengetahuan yang kurang tentang masalah hipertensi bagi lebih lanjut usia dapat mempengaruhi persepsi lansia dalam menanggapi masalah hipertensi yang diderita. Persepsi yang sering salah tentang masalah hipertensi pada usia lanjut akan berdampak pada pola penerapan perawatan lanjut usia dengan penyakit hipertensi (Gani, 2020).

2) Pola peran dan hubungan

Menggambarkan antara hubungan sama keluarga apakah harmonis, baik atau tidaknya termasuk bersama tetangganya.

j. Pola pertahanan dan koping

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stress, faktor internal dan eksternal dari kecemasan dapat meningkatkan risiko hipertensi pada lansia. Faktor internal meliputi kepercayaan diri, mekanisme koping, tingkat kematangan, tipe kepribadian, dan perasaan terancam. Faktor eksternal meliputi kejadian kematian, perceraian, dilema etis, berganti pekerjaan, perubahan status pekerjaan dan stress (Gani, 2020).

k. Pola keyakinan dan nilai

Ada perubahan pendapat tentang perubahan spiritual pada lansia. Menurut Maslow bahwa agama dan kepercayaan semakin terintegrasi dalam kehidupannya, bahwa kehidupan keagamaan lansia semakin matang, hal ini terlihat dalam cara berpikir dan bertindak sehari-hari (Gani, 2020).

l. Pengkajian khusus lansia

1) Pengkajian status fungsional

a) KATZ Indeks

Katz indeks adalah suatu instrument pengkajian dengan sistem penilaian yang didasarkan pada kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri (Gani, 2020).

Tabel 2. 2 Penilaian KATZ Indeks

Skor	Kriteria
A	Kemandirian dalam hal makan, BAB, BAK, berpindah/pergi ke toilet, berpakaian dan mandi
B	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali fungsi dari satu tambahan
C	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan satu dari fungsi tambahan
D	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan satu dari fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu dari fungsi tambahan
F	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu dari fungsi tambahan
G	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan satu dari fungsi tambahan
Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dan fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C, D, E atau F

b) Barthel Indeks

Barthel indeks adalah suatu instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam perawatan diri dan mobilitas serta dapat digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien yang mengalami gangguan keseimbangan (Gani, 2020).

Tabel 2. 3 Penilaian Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	9	10	Frekuensi: Jumlah: Jenis:
2	Minum	5	10	Frekuensi: Jumlah: Jenis:
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur/sebaliknya	5/10	15	
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi, menyiram)	0	5	Frekuensi:

5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
6	Mandi	5	15	Frekuensi:
7	Jalan dipermukaan datar	0	5	
8	Naik turun tangga	5	10	
9	Mengenakan pakaian	5	15	
10	Control BAB	5	5	Frekuensi: Konsistensi:
11	Control BAK	5	10	Frekuensi: Konsistensi:
12	Olahraga/ Latihan	5	10	Frekuensi: Jenis:
13	Rekreasi/ pemanfaatan waktu luang	5	10	Frekuensi:

Keterangan :

Skor 130 : Mandiri

Skor 65 – 125 : Ketergantungan Sebagian

Skor <65 : Ketergantungan Total

2) Pengkajian status fungsional

Pertanyaan tahap 1

- Apakah klien mengalami sukar tidur?
- Apakah klien sering merasa gelisah?
- Apakah klien sering wa-was/khawatir?

Catatan: jika ada jawaban “ya” >1 maka pertanyaan dilanjutkan ke tahap 2

Pertanyaan tahap 2

- Adakah keluhan > dari 3 bulan dalam 1 bulan terakhir?
- Adakah keluhan >1 kali dalam 1 bulan terakhir?
- Adakah masalah/banyak pikiran?
- Adakah gangguan/masalah dengan anggota keluarga?

- e) Adakah klien gunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter
 - f) Apakah klien cenderung mengurung diri?
- 3) Pengkajian status mental
- a) Mini Mental State Exam (MMSE)

MMSE merupakan tes yang berlangsung selama 10 menit mencakup bahasa, memori, kalkulasi, nilai maksimal 30 poin dengan pertanyaan-pertanyaan yang mencakup orientasi waktu (5 poin), orientasi tempat (5 poin), registrasi (3 poin), perhatian (5 point), mengingat kembali (3 poin), bahasa (2 poin), pengulangan, kemampuan mengikuti intruksi (3 poin) (Gani, 2020).

Tabel 2. 4 Penilaian MMSE

Nilai Maksimum	Pertanyaan	Jawaban
Orientasi		
5	Menyebutkan dengan benar 1. Tahun berapa sekarang? 2. Musim apa sekarang 3. Tanggal berapa sekarang 4. Hari apa sekarang 5. Bulan apa sekarang	
5	Menyebutkan dimana kita berada 1. Negara apa ? 2. Provinsi apa ? 3. Kota apa ? 4. Kampung apa ? 5. Alamat dimana ?	
Registrasi		
3	Menyebutkan 3 objek	
Perhatian dan Kalkulasi		
5	Minta klien untuk menghitung mulai dari angka 100 kemudian di kurangi 7-5 tingkat (nilai 1 point untuk tiap jawaban yang benar) 1. 93 2. 86	

	3. 79 4. 72 5. 65 Atau jika lansia tidak bisa berhitung bisa mengeja kalimat secara mundur DUNIA : A-I-N-U-D	
Mengingat		
3	Minta klien untuk mengulang ke 3 objek yang di atas	
Bahasa		
2	Tunjukkan pada klien suatu 2 benda yang berbeda dan suruh sebutkan nama benda tersebut 1. (misal jam tangan) 2. (misal pensil)	
1	Pengulangan Minta klien untuk mengulangi kalimat setelah klien sebutkan lebih dahulu misalnya : namun, tanpa, bila.	
3	Perintah 3 tahap Ucapkan perintah dahulu dan beri 1 lembar kertas dan suruh untuk melipatnya menjadi 2 kemudian minta untuk menaruhnya dilantai, nilai masing-masing 1 yang dilakukan dengan benar	
1	Membaca Dalam selembar kertas kosong menulis (pejamkan mata anda) Minta lansia untuk membacanya dan melakukan apa yang tertulis (point 1 hanya diberikan jika klien menutup mata setelah membaca kalimat)	
1	Writing Minta lansia untuk menulis tanpa mendikte kalimat tapi harus di tulis dengan spontan, minimal kalimat terdiri dari subjek/kata benda, predikat/kata kerja, ejaan/tanda baca tidak diperhitungkan, jika benar nilai 1.	
1		

Keterangan :

Nilai 24-30 : Normal

Nilai 17-24 : Probable Gangguan Kognitif

Nilai 0-16 : Definitif Gangguan Kognitif

b) Shorth Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

SPMSQ merupakan penilaian fungsi intelektual lansia, penilaian ini memberikan pengukuran kuantitatif singkatan fungsi kognitif pada orang tua. Pertanyaannya mencakup hal-hal yang berkaitan dengan waktu dan memori jarak jauh (Gani, 2020).

Tabel 2. 5 Penilaian SPMSQ

No	Pertanyaan	Benar/salah	Jawaban
1	Tanggal berapa hari ini?		
2	Hari apa sekarang?		
3	Apa nama tempat ini?		
4	Dimana alamat anda?		
5	Berapa umur anda?		
6	Kapan anda lahir? Minimal tahun		
7	Siapa presiden Indonesia sekarang?		
8	Siapa nama ibu anda?		
9	Kurang 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun		
Total nilai			

Keterangan :

Kesalahan 8-10 : fungsi intelektual berat

Kesalahan 5-7 : fungsi intelektual sedang

Kesalahan 3-4 : fungsi intelektual ringan

Kesalahan 0-2 : fungsi intelektual utuh

Penilaian skor 0 : fungsi intelektual utuh

m. Keseimbangan Pada Lansia

Pengkajian keseimbangan dinilai dari dua komponen utama dalam bergerak, dari kedua komponen tersebut di bagi dalam beberapa gerakan yang perlu diobservasi oleh perawat.

Tabel 2. 6 Penilaian Pengkajian Keseimbangan

No	Kriteria	Normal	Gangguan
1	Perubahan posisi/gerakan keseimbangan a. Bangun dari kursi b. Duduk kekursi c. Menahan dorongan pada stemum (3x) d. Mata tertutup e. Perputaran leher f. Gerakan menggapai sesuatu g. Membungkuk		
2	Komponen gaya berjalan/gerakan a. berjalan sesuai perintah b. kemampuan mengangkat kaki saat jalan c. kontinuitas/konsisten dalam langkah kaki/mengangkat kaki d. kesimetrisan melangkah e. penyimpangan jalur saat berjalan f. berbalik		

Keterangan:

0-5 : Risiko jatuh

6-10 : Risiko jatuh sedang

11-13 : Risiko jatuh tinggi

n. Analisa data

Tabel 2. 7 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	Tanda dan Gejala Minor DO: 1. Mengeluh nyeri DS: 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah	Genetik, gaya hidup, umur, jenis kelamin ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Hipertensi	Nyeri Akut

	4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur Tanda dan Gejala Mayor DS:- DO: 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaphoresis	↓ Gangguan sirkulasi ↓ Otak ↓ Resistensi pembuluh darah ↓ Nyeri akut	
2	Tanda dan Gejala Mayor DS:- DO: 1. Pengisian kapiler >3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun Tanda dan Gejala Minor DS: 1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) DO: 1. Edema 2. Penyembuhan luka lambat 3. Indeks ankie-brachial <0,90 4. Bruit femoral	Gaya Hidup, Umur, Jenis Kelamin ↓ Kerusakan Vaskuler Pembuluh Darah ↓ Penyumbatan Pembuluh Darah ↓ Hipertensi ↓ Gangguan Sirkulasi ↓ Otak ↓ Suplai O₂ Menurun ↓ Perfusi Perifer Tidak Efektif	Perfusi Perifer Tidak Efektif
3	Tanda dan gejala mayor DS: 1. Menanyakan masalah yang dihadapi DO: 1. Menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran	Gaya Hidup, Umur, Jenis Kelamin ↓ Kerusakan Vaskuler Pembuluh Darah ↓ Penyumbatan Pembuluh Darah ↓	Defisit Pengetahuan

	2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Tanda dan gejala minor DS:- DO: 1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis, apatis, bermusuhan, agitasi, hysteria)	Hipertensi ↓ Perubahan Status Kesehatan ↓ Paparan Informasi Kurang ↓ Defisit Pengetahuan	
4	Tanda dan Gejala Mayor DS: 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi DO: 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur Tanda dan Gejala Minor DS: 1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya DO: 1. Frekuensi nafas meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Tekanan darah meningkat 4. Diaphoresis 5. Tremor 6. Muka tampak pucat 7. Suara bergetar 8. Kontak mata buruk 9. Sering berkemih 10. Berorientasi pada masa lalu	Gaya Hidup, Umur, Jenis Kelamin ↓ Kerusakan Vaskuler Pembuluh Darah ↓ Penyumbatan Pembuluh Darah ↓ Hipertensi ↓ Perubahan Status Kesehatan ↓ Ansietas	Ansietas

5	Tanda dan gejala mayor DS:- DO:- Tanda dan gejala minor DS:- DO:-	Gaya Hidup, Umur, Jenis Kelamin ↓ Kerusakan Vaskuler Pembuluh Darah ↓ Penyumbatan Pembuluh Darah ↓ Hipertensi ↓ Gangguan Sirkulasi ↓ Retina ↓ Spasma ↓ Arteriole ↓ Diplopia ↓ Resiko jatuh	Resiko Jatuh
6	Tanda dan Gejala Mayor DS: 1. Mengeluh lelah DO: 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat Tanda dan Gejala Minor DS: 1. Dispneu saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyama setelah beraktivitas 3. Merasa lemah DO: 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 3. Gambaran EKG menunjukkan iskemik 4. Sianosis	Gaya Hidup, Umur, Jenis Kelamin ↓ Kerusakan Vaskuler Pembuluh Darah ↓ Penyumbatan Pembuluh Darah ↓ Hipertensi ↓ Gangguan Sirkulasi ↓ Pembuluh darah ↓ Sistemik ↓ Vasokonstriksi ↓ Afterload meningkat ↓ Fatigue ↓ Intoleransi aktivitas	Intoleransi Aktivitas

7	Tanda dan Gejala Mayor DS: 1) Ortopnea 2) Dyspnea 3) Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) DO: 1) Edema anasarka dan/atau edema perifer 2) Berat badan meningkat dalam waktu singkat 3) Jugular venous pressure (JVP) dan/atau central Venous Pressure (CVP) meningkat 4) Reflex hepatojugular positif Tanda dan Gejala Minor DS: - DO: 1) Distensi vena jugularis 2) Terdengar suara napas tambahan 3) Hepatomegaly 4) Kadar Hb/Ht turun 5) Oliguria 6) Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif) 7) Kongesti paru	Gaya Hidup, Umur, Jenis Kelamin ↓ Kerusakan Vaskuler Pembuluh Darah ↓ Penyumbatan Pembuluh Darah ↓ Hipertensi ↓ Gangguan Sirkulasi ↓ Ginjal ↓ Vasokonstriksi pembuluh darah ginjal ↓ Blood flow aliran darah menurun ↓ Respon RRA ↓ Rangsang aldosteron ↓ Retensi Na ↓ Edema ↓ Hipervolemia	Hipervolemia
---	---	---	--------------

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang dibuat oleh perawat profesional yang memberi gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien, baik aktual maupun potensial, yang ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data hasil pengkajian. Pernyataan diagnosis keperawatan harus jelas, singkat, dan lugas terkait masalah

kesehatan klien berikut penyebabnya yang dapat diatasi melalui tindakan keperawatan (Andarmoyo, 2018).

Diagnosa keperawatan yang akan mungkin muncul pada klien hipertensi menurut tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017 adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah
- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi
- d. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- e. Resiko jatuh berhubungan dengan riwayat jatuh
- f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- g. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan atau perencanaan merupakan segala bentuk terapi yang akan selalu dilakukan oleh seorang perawat, yang berdasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran atau (outcome) yang diharapkan. Perencanaan keperawatan ini adalah suatu petunjuk yang tertulis dengan menggambarkan sasaran yang sangat tepat dan sesuai dengan rencana tindakan keperawatannya yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan pada diagnosa keperawatan (Kurniawati, 2017).

Tabel 2. 8 SDKI, SLKI, SIKI

SDKI	SLKI	SIKI	RASIONAL
D.0077 Nyeri akut	L.08066 Tingkat nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1) Keluhan nyeri menurun (5) 2) Meringis menurun (5) 3) Sikap protektif menurun (5) 4) Gelisah menurun (5) 5) Kesulitan tidur menurun (5) 6) Frekuensi nadi membaik (5)	I.08238 Manajemen nyeri Observasi: 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi skala nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik: 1) Berikan teknik nonfarmakologiu ntuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hypnosis, akupresus, terapi music,, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi,	Observasi : 1) Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2) Agar kita mengetahui tingkat cedera yang dirasakan oleh pasien 3) Agar kita mengetahui tingkatan sakit yang sebenarnya dirasakan pasien 4) Agar kita dapat mengurangi faktor-faktor yang dapat memperparah sakit yang dirasakan pasien 5) Agar kita mengetahui sejauh mana pemahaman dan pengetahuan pasien terhadap rasa sakit yang dirasakan 6) Karena budaya pasien dapat mempengaruhi bagaimana pasien mengartikan sakit itu sendiri 7) Mengetahui seberapa besar rasa nyeri mempengaruhi kualitas hidup pasien 8) Untuk

		teknik, imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, bermain) 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3) Fasilitasi istirahat tidur 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi: 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5) Ajarkan teknik nonfarmakologiu ntuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi: 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	mengetahui keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9) Untuk mengetahui efek samping penggunaan analgetik Terapeutik : 1) Agar dapat mengurangi rasa sakit yang dirasakan oleh pasien dengan dengan menggunakan cara nonfarmakologi 2) Agar sakit yang dirasakan oleh pasien tidak tidak menjadi lebih buruk 3) Agar kebutuhan tidur pasien terpenuhi 4) Agar tindakan yang akan kita berikan sesuai dengan jenis sakit dan sebanyak dari sakit itu sendiri serta dapat mengurangi rasa sakit yang klien rasakan Edukasi: 1) Agar pasien daopat menghindari penyebab dari sakit yang dirasakan 2) Agar kebutu- han tidur pasien terpenuhi 3) Agar komplikasi nyeri menurun 4) Agar nyeri
--	--	--	---

			dapat berkurang 5) Supaya mudah dilakukan dan dapat mengurangi nyeri Kolaborasi: 1) Agar nyeri yang dirasakan klien berkurang
D.0009 Perfusi perifer tidak efektif	L.02011 Perfusi perifer Setelah dilakukan tindakan keperawat selama 3x kunjungan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil meningkat: 1) Denyut nadi perifer meningkat (5) 2) Warna kulit pucat menurun (5) 3) Pengisian kapiler membaik (5) 4) Akral membaik (5) 5) Turgor kulit membaik (5)	I.02060 Pemantauan tanda vital Observasi: 1) Monitor tekanan darah 2) Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 3) Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman) 4) Monitor suhu tubuh 5) Monitor oksimetri nadi 6) Monitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) 7) Identifikasi penyebab perubahan tanda vital Terapeutik: 1) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 2) Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi: 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu	Observasi: 1) Agar dapat mendeteksi secara dini adanya peningkatan tekanan intracranial 2) Untuk mengetahui frekuensi, kekuatan, irama nadi 3) Untuk mengetahui kedalaman bernapas 4) Untuk mengetahui suhu tubuh klien 5) Untuk mengetahui adanya perubahan pada oksimetri nadi 6) Untuk mengetahui selisih tekanan nadi TDS dan TDD 7) Agar mengetahui penyebab dari perubahan tanda vital Terapeutik: 1) Memastikan bahwa pasien mendapatkan pemantauan yang tepat 2) Agar tidak lupa ketika ditanya

			hasil pemantauan Edukasi: 1) Memberikan informasi kepada keluarga terkait tindakan yang akan diberikan 2) Agar keluarga pasien mengetahui hasilnya
D.0111 Defisit pengetahuan	L.12111 Tingkat pengetahuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya meningkat yang sesuai dengan topic meningkat (5) 2) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (5) 3) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (5) 4) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5)	I.12383 Edukasi Kesehatan Observasi: 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik: 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3) Berikan kesempatan untuk beratanya Edukasi: 1) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup	Observasi: 1) Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan ketika menerima informasi 2) Untuk mengetahui faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik: 1) Untuk meningkatkan pemahaman dan pengetahuan 2) Untuk memastikan efektivitas dan keterlibatan dari semua pihak yang terlibat 3) Untuk memastikan partisipasi aktif peserta dan pemahaman yang mendalam terhadap materi Edukasi: 1) untuk mengetahui faktor resiko yang tidak diubah dalam kesehatan 2) agar hidup tetap

		bersih dan sehat	bersih dan sehat 3) untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan klien
D.0080 Ansietas	L.09093 Tingkat ansietas Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: 1) Verbalisasi kebingungan menurun (5) 2) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5) 3) Perilaku gelisah menurun (5) 4) Perilaku tegang menurun (5) 5) Konsentrasi membaik (5) 6) Pola tidur membaik (5)	L.09314 Reduksi ansietas Observasi: 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis, kondisi, waktu, stresor) 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik: 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3) Pahami situasi yang membuat ansietas 4) Dengarkan dengan penuh perhatian 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8) Diskusikan perencanaan realistis tentang	Observasi : 1) Agar mengetahui kapan saat ansietas berubah 2) Agar mengenali dan memahami kekuatan dan kelemahan seseorang dalam proses pengambilan keputusan 3) Untuk mengetahui tanda-tanda ansietas Terapeutik : 1) Untuk menumbuhkan kepercayaan satu sama lain 2) Agar kecemasan yang dirasakan berkurang 3) Untuk mengetahui dan memahami faktor-faktor yang memicu cemas 4) Agar dapat menumbuhkan kepercayaan 5) Agar dapat membangun kepercayaan dan pemahaman yang lebih baik 6) Agar dapat memberikan manfaat psikologis dan fisik bagi klien 7) Agar klien tidak cemas yang berlebihan 8) Agar dapat mempersiapkan diri secara efektif

		peristiwa yang akan datang Edukasi: 1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3) Anjurkan keluarga agar tetap bersama pasien, jika perlu 4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai Kebutuhan 5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8) Latih teknik relaksasi Kolaborasi: 1) Jkolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu	terhadap kemungkinan yang mungkin terjadi Edukasi: 1) Untuk memberikan pemahaman yang komprehensif kepada klien 2) Agar dapat membantu memahami kondisi yang sedang dialami 3) Agar pasien tidak mengalami kecemasan yang berlebihan 4) Agar dapat menciptakan suasana yang lebih nyaman dan santai 5) Untuk membangun hubungan yang kuat 6) Agar ketegangan klien berkurang 7) Agar dapat membantu klien lebih memahami diri sendiri 8) Agar pasien lebih rileks Kolaborasi: 1) Agar kecemasan dapat berkurang
D.0143 Resiko jatuh	L.14138 Tingkat jatuh	I.14540 Pencegahan jatuh	Observasi:
	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:	Observasi: 1) Identifikasi faktor risiko jatuh (mis, >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defoisit kognitif, hipotensi ortostatik,	1) Mengetahui faktor-faktor risiko jatuh pada klien 2) Untuk mencegah kejadian jatuh yang dapat mengakibatkan cedera pada pasien, serta untuk

	1) Jatuh dari tempat tidur menurun (1) 2) Jatuh saat berdiri (1) 3) Jatuh saat duduk (1) 4) Jatuh saat berjalan (1)	gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2) Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis, lantai licin, penerangan kurang) 4) Hitung risiko jat dengan menggunakan skla (mis, Fall Morse Scale, Humpy Dumpty Scale), jika perlu 5) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik: 1) Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunsi 3) Pasang hendrall tempattidur 4) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5) Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dengan pantauan perawat dari nurse station 6) Gunakan alat bantu berjalan (mis, kursi roda,	memastikan keselamatan dan kesejahteraan pasien 3) Modifikasi lingkungan untuk menurunkan risiko jatuh pada klien 4) Manajemen pencegahan jatuh yang perlu dilakukan secara standar prosedur 5) Mengetahui kemampuan klien dalam berpindah Terapeutik: 1) Orientasi rungan untuk menghindari tempat yang berbahaya yang memicu jatuh 2) Agar tidak terjadi sesuatu yang tidak diinginkan 3) Menurunkan resiko jatuh saat tidur 4) Agar pasien terhindar dari jatuh 5) Agar perawat dapat dengan mudah memantau aktifitas klien 6) Memudahkan klien dalam berjalan 7) Agar mudah untuk memanggil pasien Edukasi: 1) Membantu dalam berpindah guna dalam menurunkan tingkat resiko jath 2) Membantu dalam menjaga keseimbangan
--	--	--	--

		walker) 7) Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi: 1) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 4) Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 5) Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat	3) Berkonsentrasi dalam menjaga keseimbangan agar tidak terjatuh 4) Untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 5) Untuk memudahkan untuk memanggil pasien
D.0056 Intoleransi aktivitas	L.05047 Toleransi aktivitas Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: 1) Frekuensi nadi meningkat (5) 2) Keluhan lelah menurun (5)	I.05178 Manajemen energy Observasi: 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional 3) Monitor pola dan jam tidur 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik: 1) Sediakan lingkungan	Observasi: 1) Untuk mengetahui penyebab terwujudnya kelelahan 2) Untuk menghindari lokasi lelah fisik dan emosional 3) Agar dapat beristirahat dengan cukup 4) Untuk mengetahui lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik : Edukasi : 1) Untuk menghindari

	3) Dispneu saat aktivitas menurun (5) 4) Dispneu setelah aktivitas menurun (5)	nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan) 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3) Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan 4) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi: 1) Anjurkan tirah baring 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4) Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi: 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	pasien agar tidak kelelahan 2) Agar pasien dapat melakukan aktivitas secara bertahap 3) Untuk menghindari lokasi kelelahan 4) Untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi: 1) Untuk memenuhi kebutuhan energi bagi tubuh
D.0022 Hipervolemia	L.05020 Keseimbangan cairan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :	I.03098 Manajemen cairan Observasi: 1) Monitor status hidrasi (mis, ftekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2) Monitor berat badan harian	Observasi: 1) Untuk mengetahui status hidrasi (mis, ftekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2) Untuk mengetahui berat badan harian

	1) Asupan cairan meningkat (5) 2) Keluaran urin meningkat (5) 3) Kelembaban membrane mukosa (5) 4) Edema menurun (5) 5) Dehidrasi (5) 6) Tekanan darah membaik (5) 7) Denyut nadi radial membaik (5) 8) Tekanan arteri rata-rata membaik (5) 9) Membrane mukosa membaik (5) 10) Mata cekung membaik (5) 11) Turgor kulit membaik (5)	3) Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis 4) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis, hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urine, BUN) 5) Monitor status hemodinamik (mis, MAP, CVP, PAP, PCWP jika tersedia) Terapeutik: 1) Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam 2) Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan 3) Berikan cairan intravena, jika perlu Kolaborasi: 1) Kolaborasi pemberian diuretic, jika perlu	3) Untuk mengetahui berat badan sebelum dan sesudah dialysis 4) Untuk mengetahui hasil pemeriksaan laboratorium 5) Untuk mengetahui status hemodinamik Terapeutik: 1) Untuk mengetahui intake-output cairan selama 24 jam 2) Agar cairan dalam tubuh terpenuhi 3) Agar cairan dalam tubuh tercukupi Kolaborasi: 1) Agar membantu mengeluarkan cairan dan garam melalui urine
--	--	--	--

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatannya ke dalam bentuk intervensi keperawatan, implementasi ini guna untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan pada tahap ini yang harus dimiliki oleh seorang perawat adalah kemampuan skill

komunikasi yang efektif, yaitu kemampuan untuk menciptakan hubungan yang saling percaya dan saling bantu, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, advokasi, dan kemampuan evaluasi (Andarmoyo, 2018).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan. Tahap ini bertujuan untuk mengetahui apakah tujuan asuhan telah tercapai. Keberhasilan diukur dari adanya perubahan perilaku positif pada klien. Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya. Proses ini berlangsung secara sistematis, berkelanjutan, dan kolaboratif. Klien dan seluruh tim kesehatan turut terlibat dalam pelaksanaannya. Jika tujuan tercapai, klien dapat mengakhiri proses perawatan. Namun jika belum, dilakukan pengkajian ulang untuk menyesuaikan rencana asuhan. (Andarmoyo, 2018).

6. Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan adalah catatan tertulis tentang seluruh proses asuhan keperawatan pada lansia, yang mencakup pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Untuk memberikan bukti tertulis tentang pelayanan yang diberikan, memfasilitasi komunikasi antar tenaga kesehatan, dan menjadi dasar untuk pengambilan keputusan (Kurniawati, 2017).

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

Nama	: Tn. D
Tempat, Tanggal Lahir	: Garut, 18 Januari 1962
Usia	: 63 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP
Alamat	: Babakan Caringin
Suku Bangsa	: Sunda
Pekerjaan	: Wiraswasta
Status Perkawinan	: Kawin
Tanggal Pengkajian	: 23 April 2025

b. Riwayat pekerjaan dan status

Pekerjaan Saat Ini	: Wiraswasta
Pekerjaan Sebelumnya	: Wiraswasta
Kecukupan Pendapatan	: Cukup
Sumber Pendapatan	: Bengkel

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri kepala dibagian belakang

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat tanggal 23 april 2025, pukul 10.00 WIB pasien mengeluh nyeri kepala, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hanya dibagian kepala belakang saja dan pasien tampak meringis, skala nyeri 4 dari (0-10). Nyeri dirasakan hilang timbul dan sangat dirasakan nyeri pada saat banyak beraktivitas. Klien juga mengatakan tidak paham mengenai tentang penyakitnya.

3) Riwayat penyakit dahulu

Menurut penuturan klien dan keluarga, pasien belum pernah di rawat di rumah sakit dan pasien tidak pernah menderita penyakit hipertensi sebelumnya.

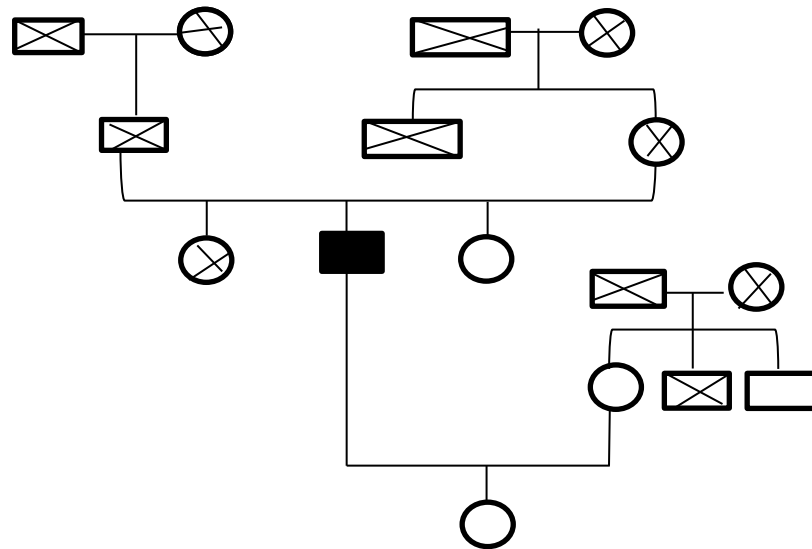
4) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan bahwa di anggota keluarganya kakeknya mempunyai riwayat penyakit yang sama dengan klien yaitu hipertensi dan anggota keluarga yang lainnya tidak memiliki riwayat penyakit seperti klien maupun penyakit menular atau yang dapat ditularkan.

5) Status kesehatan 1 bulan/1 tahun terakhir

Klien mengatakan kurang lebih 1 bulan kebelakang mengalami pegal-pegal dan sakit kaki.

d. Genogram



Keterangan :

- [] : Laki-laki
 ○ : Perempuan
 [] : Klien
 [] : Garis perkawinan
 | : Garis keturunan
 ----- : Garis yang tinggal satu rumah
 X : Orang yang sudah meninggal

e. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum : Baik
 2) Tingkat kesadaran : Compos Mentis
 3) GCS : 15 (E4 M6 V5)

4) Tanda-tanda vital

- a) Tekanan darah : 180/98 mmHg
- b) Nadi : 67 x/menit
- c) Respirasi : 21 x/menit
- d) Suhu : 36,7 °C
- e) SpO₂ : 98%

5) Pengkajian Head To Toe

a) Kepala dan rambut

Bentuk kepala normocephali, warna rambut hitam sedikit beruban, rambut bersih, tidak ada benjolan bagian kepala, tidak ada pembengkakan, tidak terdapat nyeri tekan.

b) Mata

Kedua mata simetris, konjungtiva anemis, sklera kotor, pupil isokor, kedua bola mata klien mampu melakukan pergerakan baik ke kanan maupun ke kiri, ketajaman penglihatan klien berkurang, tidak ada katarak pada klien, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan.

c) Hidung

Lubang hidung simetris, tidak ada sinus, tidak ada perdarahan, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, penciuman baik.

d) Mulut (Gigi, Lidah)

Bibir simetris, warna bibir pucat, tidak ada pembengkakan daerah bibir dan lidah, lidah tampak bersih, gigi berwarna kuning, gigi klien ompong, tidak ada nyeri tekan daerah bibir, tidak ada benda asing.

e) Telinga

Telinga kanan kiri simetris, telinga tampak bersih, tidak ada nyeri tekan pada kedua telinga, tidak ada perdarahan, tidak ada pembengkakan, mampu mendengar dengan jelas.

f) Leher

Leher tampak bersih, tidak terdapat kelenjar tiroid, warna kulit sama dengan warna yang lainnya (sawo matang), tidak ada pembengkakan tidak ada nyeri tekan.

g) Dada

(1) Paru-paru

Bentuk dada normal, pengembangan dada sama kiri simetris, frekuensi nafas 21x/menit, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak ada suara tambahan, irama dan kecepatan nafas normal, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan daerah dada.

(2) Jantung

Ictus cordis teraba, suara jantung lup dup (s1 dan s2), tidak ada suara murmur, tekanan darah 180/98 mmHg, CRT < 2 detik.

h) Perut

Bentuk abdomen datar, tidak ada pembengkakan, tidak terdapat lesi, tidak ada nyeri tekan, terdapat bunyi tympani, bising usus 18 x/menit.

i) Ekstremitas atas

Ekstremitas kanan dan kiri simetris, jari-jari tangan lengkap, tidak edema, tidak ada bekas luka, tidak ada nyeri tekan, kedua tangan bisa digerakan, turgor kulit bagus, akral sedikit teraba dingin, kekuatan otot:

5	5
5	5

j) Ekstremitas bawah

Ekstremitas kanan dan kiri simetris, jari-jari kaki lengkap, tidak ada bekas luka, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, kedua kaki dipake jalan dengan normal hanya kaki sebelah kanan sedikit terasa nyeri, kekuatan otot:

5	5
5	4

k) Genetalia dan anus

Klien mengatakan daerah genetalia dan anus tidak ada gangguan

f. Riwayat Lingkup Hidup

Rumah klien sederhana dengan kepemilikan rumah pribadi, terdapat 3 kamar tidur, 1 kamar mandi, 1 ruangan tamu, 1 ruang TV, 1 dapur, pencahayaan kerumah baik dan diisi dengan 3 orang di dalam rumahnya, klien sendiri, istrinya dan 1 anak perempuannya, di ruamhnya menggunakan air dari Z pam, privasi klien sangat terjaga baik.

g. Riwayat Rekreasi

Klien slalu berkumpul bersama keluarganya di rumah nonton TV.

h. Sistem pendukung kesehatan yang digunakan

Puskesmas

i. Riwayat pola aktivitas sehari-hari

Tabel 3. 1 Aktivitas Sehari-Hari

No	Aktivitas	Sebelum sakit	Sesudah sakit
1	Pola Nutrisi a. Makan Jenis Frekuensi Porsi Cara b. Minum Jenis Frekuensi Cara	Nasi, lauk pauk 3x/hari Cukup Mandiri Air putih 6-7 gelas/hari Mandiri	Basi, lauk pauk 3x/hari Cukup Mandiri Air putih 6-7 gelas/hari Mandiri
2	Pola Eliminasi a. BAB Konsistensi Frekuensi Warna bau b. BAK Frekuensi Warna Bau	Padat khas 1x/hari Kuning coklat Bau khas 6-7 x/hari Kuning jernih Bau khas	Padat khas 1x/hari Kuning coklat Bau khas 6-7 x/hari Kuning jernih Bau khas
3	Pola Istirahat Tidur a. Tidur malam		

	Frekuensi kualitas b. Tidur siang Frekuensi Kualitas	Tidak tentu Baik Tidak tentu Baik	Tidak tentu Baik Tidak tentu Baik
4	Personal Hygiene a. Mandi Frekuensi Menggunakan sabun b. Gosok gigi c. Berpakaian d. Cara	2x/hari Ya 2x/hari 2x/hari Mandiri	2x/hari Ya 2x/hari 2x/hari Mandiri

j. Pola Kesehatan Fungsional Dan Psikososial

1) Pemeliharaan Kesehatan

Klien mengatakan belum mengetahui lebih jelas apa yang dimaksud dengan hipertensi, klien mengatakan apa itu hipertensi apakah berbahaya? Tetapi klien mau memanfaatkan pelayanan kesehatan terdekat yaitu Puskesmas.

2) Pola Peran dan Hubungan

Klien mengatakan memiliki hubungan baik di dalam keluarganya, klien selalu mengikuti kegiatan masyarakat seperti gotong royong dikampungnya.

3) Pola Pertahanan Diri dan Koping

Klien mengatakan selalu berbincang dan meminta masukan pendapat dari anaknya, istrinya atau anggota keluarga yang lainnya jika ada suatu masalah.

4) Pola Keyakinan dan Nilai

Klien mengatakan selalalu mendekatkan diri kepada Allah SWT dan beribadah sesuai anjuran agama, klien selalu berdo'a untuk kesehatan dirinya dan klien beragama islam.

k. Pengkajian Khusus Lansia

1) Pengkajian Status Fungsional

a) Katz Indeks

Tabel 3. 2 Penilaian Katz Indeks

Skor	Kriteria
A	Kemandirian dalam hal makan, BAB, BAK, berpindah/pergi ke toilet, berpakaian dan mandi.
B	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tambahan.
C	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari kecuali mandi dan satu dari fungsi tambahan.
D	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan satu dari fungsi tambahan yang lainnya.
E	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, kamar kecil dan satu dari fungsi tambahan.
F	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu dari fungsi tambahan.
G	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.
Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat di klasifikasikan sebagai C, D, E, dan F
Kesimpulan	Setelah dilakukan pengkajian (pemeriksaan) tingkat kemandirian Tn. D termasuk kategori A yaitu kemandirian dalam hal makan, BAB, BAK, berpindah/pergi ke toilet, berpakaian serta mandi.

b) Barthel Index

Tabel 3. 3 Penilaian Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	keterangan
1	Makan		10	Frekuensi: 3x/hari Jumlah :1 porsi Jenis : nasi, lauk

2	Minum		10	Frekuensi : 6-7 gelas Jumlah:6-7 gelas Jenis : air putih
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur/sebaliknya		15	Klien mampu berpindah dari tempat tidur dan tidak menggunakan kursi roda
4	Personal toilet cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi, menyiram.		5	Frekuensi cuci muka : 2x/hari Frekuensi nyisir: 2x/hari Frekuensi gosok gigi :2x/hari Menyiram: 1x/hari
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)		10	Klien mampu mencuci pakaian, menyeka tubuh dan menyiram
6	Mandi		15	Frekuensi: 2x/hari
7	Jalan dipermukaan datar		5	Klien mampu berjalan dipermukaan datar
8	Naik turun tangga		10	Frekuensi: tidak tentu Jumlah : tidak tentu Jenis : naik tangga
9	Mengenakan pakaian		15	Klien mampu dengan mandiri
10	Kontrol BAB		5	Klien mampu mandiri
11	Kontrol BAK		10	Klien mampu mandiri
12	Olahraga rutin		10	Klien mampu olahraga secara mandiri
13	Rekreasi/ pemanfaatan waktu luang		10	Frekuensi ; klien mampu berekreasi berkumpul dengan keluarga dan bersama temannya
Jumlah			130	

Interpretasi :

Hasil interpretasi yaitu 130, yang menandakan pasien melakukannya secara mandiri.

2) Pengkajian Status Emosional

Tahap 1

- a) Apakah klien mengalami sukar tidur? Tidak
- b) Apakah klien sering merasa gelisah ? tidak
- c) Apakah klien sering murung/ menangis sendiri? Tidak
- d) Apakah klien sering was-was/khawatir? Iya

Tahap 2

- a) Adakah keluhan > dari 3 bulan dalam 1 bulan terakhir ?
nyeri kaki
- b) Adakah keluhan >1 kali dalam 1 bulan terakhir? Nyeri kaki
- c) Adakah masalah/gangguan atau banyak pikiran? Tidak
- d) Apakah klien gunakan obat/masalah dengan anggota keluraganya? Tidak
- e) Apakah klien cenderung mengurung diri? tidak

3) Pengkajian Status Mental

- a) Mini Mental Exam (MMSE)

Tabel 3. 4 Penilaian MMSE

Nilai 9Maksimum	Pertanyaan	Respon Klien	Skor
Orientasi			
5	Menyebutkan dengan benar 1. Tahun berapa sekarang? 2. Musim apa sekarang ?	2025 Hujan	5

	3. Tanggal berapa sekarang? 4. Hari apa sekarang? 5. Bulan apa sekarang	25 Jumat April	
	Menyebutkan dimana sekarang kita berada 1. Negara apa? 2. Provinsi apa? 3. Kota apa? 4. Kampubng apa/desa? 5. Alamat dimana?	Indonesia Jawa barat Garut Sukagalih Babakan Caringin	5
Registrasi			
3	Menyebutkan 3 objek	TV, meja, kursi	3
Perhatikan Dan kalkulasi			
5	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian di kurangi 7 sampai 5 tingkat	1. 93 2. 86 3. 79 4. 72 5. 65	5
Mengingat			
3	Mengulangi objek yang tadi disebutkan	TV, meja, kursi	3
Bahasa			
2	Memberi nama	Buku	2
1	Pengulangan “Namun, tanpa, bisa”	Namun, tanpa, bisa	1
3	Perintah Suruh selembat kertas untuk melipatnya menjadi 2 dan taruh di lantai	Klien melipat kertas	1
1	Membaca “pejamkan mata bapak”	Membaca	3
1	Menulis ‘saya sedang duduk’	Kliem mampu menulis	1
1	Menyalin gambar	Mampu menyalin gambar	1
Jumlah			30

Interpretasi :

Skor yang di dapat pasien 30 sehingga berada di kategori normal

b) Short Portable Mental Status Quisioner (SPMSQ)

Tabel 3. 5 Penilaian SPMSQ

No	Pertanyaan	Benar	Salah	Jawabannya
1	Tanggal berapa hari ini?		Salah	25
2	Hari apa sekarang?	Benar		Jumat
3	Apa nama tempat ini?	Benar		Rumah
4	Dimana alamat anda?	Benar		Babakan Caringin
5	Berapa umur anda?	Benar		63
6	Kapan anda lahir? Minimal tahun		Salah	Lupa
7	Siapa presiden Indonesia sekarang?	Benar		Prabowo
8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?	Benar		Jokowi
9	Siapa nama ibu anda?		Salah	Lupa
10	Kurang 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun	Benar		17, 14, 11

Interpretasi :

Tn. D menjawab 7 pertanyaan yang benar dan 3 pertanyaan salah, sehingga Tn. D berada pada kerusakan fungsi intelektual ringan.

1. Keseimbangan Pada Lansia

Tabel 3. 6 Penilaian Pengkajian Keseimbangan

No	Kriteria	Normal	Gangguan
1	Perubahan posisi/gerakan keseimbangan a. Bangun dari kursi b. Duduk ke kursi c. Menahan dorongan pada stemum (3x) d. Mata tertutup e. Perputaran leher f. Gerakan menggapai sesuatu g. Membungkuk	√ √ √ √ √ √ √	
2	Komponen gaya berjalan/gerakan a. berjalan sesuai perintah b. kemampuan mengangkat kaki saat jalan c. kontinuitas/konsisten dalam	√ √	√

	langkah kaki/mengangkat kaki d. kesimetrisan melangkah e. penyimpangan jalur saat berjalan f. berbalik	√ √ √	
--	---	-------------	--

Interpretasi :

Pada Tn. D pada keseimbangan lansia mendapatkan skor 1

sehingga pasien berisiko jatuh

m. Terapi Medis

Amlodipin 5mg 1 x 1

n. Analisa data

Tabel 3. 7 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: Klien mengatakan nyeri kepala bagian belakang DO: 1) Klien tampak meringis 2) Tekanan darah meningkat (180/98 mmHg) 3) Skala nyeri 4 (0-10)	Gaya Hidup, Umur, Jenis Kelamin ↓ Kerusakan Vaskuler Pembuluh Darah ↓ Penyumbatan Pembuluh Darah ↓ Hipertensi ↓ Gangguan Sirkulasi ↓ Otak ↓ Resistensi pembuluh darah ↓ Nyeri Akut	Nyeri akut
2	DS: Klien mengatakan nyeri kaki sebelah kanan DO: 1) Akral teraba dingin 2) Warna kulit sedikit pucat 3) Skla nyeri 3 (0-10) 4) TTV: TD: 180/98 mmHg	Gaya Hidup, Umur, Jenis Kelamin ↓ Kerusakan Vaskuler Pembuluh Darah ↓ Penyumbatan Pembuluh Darah ↓ Hipertensi ↓ Gangguan Sirkulasi	Perfusi Perifer Tidak Efektif

	N : 67 x/menit S: 36,7 R: 21 x/menit SPO2: 98%	↓ Otak ↓ Suplai O2 Menurun ↓ Perfusi Perifer Tidak Efektif	
3	DS: Klien menanyakan masalah yang dihadapinya DO: 1) Klien tampak kebingungan dengan masalah yang dihadapinya 2) Klien tampak bertanya	Gaya Hidup, Umur, Jenis Kelamin ↓ Kerusakan Vaskuler Pembuluh Darah ↓ Penyumbatan Pembuluh Darah ↓ Hipertensi ↓ Perubahan Status Kesehatan ↓ Paparan Informasi Kurang ↓ Defisit Pengetahuan	Defisit pengetahuan

2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
dibuktikan dengan:

DS:

- 1) Klien mengatakan nyeri kepala bagian belakang

DO:

- 1) Klien tampak meringis
2) Tekanan darah meningkat
3) Skala nyeri 4 (0-10)

- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah dibuktikan dengan:

DS :

- 1) Klien mengatakan nyeri kaki sebelah kanan

DO:

- 1) Akral teraba dingin
- 2) Warna kulit sedikit pucat
- 3) Skala nyeri 3 (0-10)
- 4) Tanda-tanda vital:

TD: 180/98 mmHg

N : 67 x/menit

S: 36,7 °C

R: 21 x/menit

SPO2: 98%

- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi dibuktikan dengan:

DS :

- 1) klien menanyakan masalah yang dihadapinya

DO :

- 1) klien tampak kebingungan dengan masalah yang dihadapinya
- 2) klien tampak bertanya

3. Intervensi Keperawatan

Nama : Tn. D

Jenis Kelamin : Laki-laki

Umur : 62 Tahun

Diagnosa Medis : Hipertensi

Tabel 3. 8 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri Akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x4 kali kunjungan diharapkan tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1) Keluhan nyeri menurun (1) 2) Meringis menurun (1)	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi: 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik: 4) Fasilitasi istirahat tidur Edukasi: 5) Jelaskan strategi meredakan nyeri 6) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri	1) Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2) Agar kita mengetahui tingkat cedera yang dirasakan oleh pasien 3) Agar kita dapat mengurangi faktor-faktor yang dapat memperparah sakit yang dirasakan pasien 4) Agar kebutuhan tidur pasien terpenuhi 5) Agar kebutuhan tidur pasien terpenuhi 6) Supaya mudah dilakukan dan dapat mengurangi nyeri
Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x4 kali kunjungan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: 1) Denyut nadi perifer meningkat (5) 2) Warna kulit pucat	Pemantauan tanda-tanda vital (I.02060) Observasi: 1) Monitor tekanan darah 2) Monitor nadi (frekuensi) 3) Monitor pernapasan (frekuensi)	1) Agar dapat mendeteksi secara dini adanya peningkatan tekanan intrakranial 2) Untuk mengetahui frekuensi nadi 3) Untuk mengetahui kedalaman

	menurun (5) 3) Pengisian kapiler membaik (5) 4) Tekanan darah sistolik membaik 5) Tekanan darah diastolic membaik 6) Nyeri ekstremitas menurun	4) Monitor suhu tubuh 5) Identifikasi penyebab perubahan tanda vital Terapeutik: 6) Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi: 7) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 8) Informasikan hasil pemantauan Kolaborasi: 9) Lakukan pijat pada ekstremitas 10) Berikan obat antihipertensi	bernafas 4) Untuk mengetahui suhu tubuh klien 5) Agar mengetahui penyebab dari perubahan tanda vital 6) Agar tidak lupa ketika ditanya hasil pemantauan 7) Memberikan informasi kepada keluarga terkait tindakan yang akan diberikan 8) Agar keluarga pasien mengetahui hasilnya 9) Agar nyeri di kaki berkurang 10) Untuk menurunkan tekanan darah tinggi
Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x4 kali kunjungan diharapkan defisit pengetahuan membaik dengan kriteria hasil: 1) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 2) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 3) Pengetahuan tentang suatu topik meningkat	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi: 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik: 2) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4) Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi: 5) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 6) Lakukan diet hipertensi 7) Minum obat tradisional	1) untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan ketika menerima informasi 2) untuk meningkatkan pemahaman dan pengetahuan 3) untuk memastikan efektivitas dan keterlibatan dari semua pihak yang terlibat 4) untuk memastikan partisipasi aktif dan pemahaman yang mendalam terhadap materi 5) untuk mengetahui faktor risiko yang tidak diubah dalam kesehatan 6) untuk mengurangi tekanan darah yang tinggi 7) untuk menurunkan tekanan darah

4. Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 9 Implementasi dan Evaluasi

No Diagnosa Keperawatan	Tanggal/Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	24 April 2025 10.10 WIB	1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: nyeri bagian kepala belakang 2) Identifikasi skala nyeri Hasil: skala 4 (0-10) 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil: pada saat beraktivitas berat, ringan ketika beristirahat 4) Fasilitasi istirahat tidur Hasil: tidur yang cukup 5) Jelaskan strategi meredakan nyeri Hasil: klien memahaminya 6) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: klien melakukannya	S: Klien mengatakan nyeri kepala bagian belakang O: 1) Klien tampak meringis 2) Tekanan darah meningkat (180/98 mmHg) 3) Skala nyeri 4 (0-10) A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	 Pepi Puziah
2	24 April 2025 10.20 WIB	1) Memonitor tekanan darah Hasil: 180/89 mmhg 2) Memonitor frekuensi nadi Hasil: 67 x/menit 3) Memonitor frekuensi pernafasan Hasil: 21 x/menit 4) Memonitor suhu tubuh Hasil: 35,7 5) Mengidentifikasi penyebab perubahan tanda	S: Klien mengatakan nyeri kaki sebelah kanan O: 1) Akral teraba dingin 2) Warna kulit sedikit pucat 3) Klien tampak meringis 4) Skla nyeri 3 (0-10)	 Pepi Puziah

		vital Hasil: melakukan aktivitas yang berat 6) Mendokumentasikan hasil pemantauan Hasil: didokumentasikan 7) Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Hasil: klien mengerti tujuan dan prosedur pemantauan 8) Menginformasikan hasil pemantauan Hasil: hasil diinformasikan ke pasien 9) Berkolaborasi memberikan obat antihipertensi Hasil: memberikan obat antihipertensi (amlodipine)	5) TTV: TD: 180/98 mmHg N : 67 x/menit S: 36,7 R: 21 x/menit SPO2: 98% A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	
3	24 April 2025 10.25 WIB	1) Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Hasil: klien siap untuk menerima informasi 2) Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan Hasil: materi disediakan (liflet) 3) Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan Hasil: dijadwalkan 4) Memberikan kesempatan untuk bertanya Hasil: klien bertanya 5) Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan Hasil: klien memahami faktor yang mempengaruhi kesehatannya 6) Menyuruh minum obat-obatan tradisional Hasil: klien minum obat tradisional (jus mentimun)	S: klien mengatakan mulai paham mengenai tentang penyakitnya dan belum mengetahui cara pengobatannya O: 1) klien tampak kebingungan dengan masalah yang dihadapinya 2) klien tampak bertanya A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	 Pepi Pauziah

5. Catatan Perkembangan

Nama : Tn. D

Jenis Kelamin : Laki-Laki

Umur : 62 Tahun

Diagnosa Medis : Hipertensi

Tabel 3. 10 Catatan Perkembangan

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Catatan Perkembangan	Paraf
Nyeri akut	25/04/2025 13.50 WIB	S: Klien mengatakan masih nyeri kepala pada bagian belakang O: 1) Skala nyeri 3 (0-10) 2) Tekanan darah meningkat (160/60 mmHg) A: Nyeri akut P: Lanjutkan intervensi 1) Monitor nyeri pada area kepala I: Memonitor nyeri pada area kepala bagian belakang Hasil: skala 3 (0-10) E: Masalah teratasi sebagian	 Pepi Pauziah
Perfusi Perifer Tidak Efektif	25/04/2025 14.00 WIB	S : Klien mengatakan masih terasa nyeri kaki sebelah kanan O : 1) Klien tampak sedikit rileks 2) Skala nyeri 2 (0-10) 3) TTV TD: 160/60 mmHg N : 65 x/menit S : 36,4 R : 21 x/menit SPO2 : 98% A : Perfusi perifer tidak efektif P : Lanjutkan intervensi 1) Monitor nyeri pada kaki bagian kanan I : Memonitor nyeri pada kaki bagian kanan Hasil: 2 dari (0-10)	 Pepi pauziah

		E : Masalah teratasi sebagian	
Defisit Pengetahuan	25/04/2025 14.15WIB	S : Klien mengatakan sudah mulai sedikit paham mengenai tentang penyakitnya dan belum tau cara pengobatan tradisional O : 1) Klien masih tampak kebingungan dengan masalah yang dihadapinya 2) Klien bertanya A : Defisit pengetahuan P : Lanjutkan intervensi 1) Lakukan diet hipertensi 2) Lakukan pengobatan tradisional I : Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan Hasil : klien memahami faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatannya E : masalah teratasi sebagian	 Pepi pauziah
Nyeri Akut	26/04/2025 14.25 WIB	S: Klien mengatakan masih terasa nyeri kepala bagian belakang O: 1) Skala nyeri 2 (0-10) 2) Tekanan darah masih meningkat (150/80 mmHg) A: Nyeri akut P: Lanjutkan intervensi 1) Monitor nyeri kepala 2) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri I: Memonitor nyeri kepala Hasil: 2 (0-10) E: Masalah teratsi sebagian	 Pepi Pauziah
Perfusi Perifer Tidak Efektif	26/04/2025 14.30 WIB	S: Klien mengatakan saat ini masih terasa sedikit nyeri kaki bagian kanan	

		O: 1) Skla nyeri 1 2) Hasil TTV TD: 150/80 mmHg N: 61 x/menit S: 36,8 R: 21 x/menit SPO2: 97% A: Perfusi perifer tidak efektif P: Lanjutkan intervensi 1) Monitor nyeri pada kaki bagian kanan 2) Lakukan pijat pada kaki I: Memonitor nyeri pada kaki bagian kanan Hasil : 1 dari (0-10) E: Masalah teratasi sebagian	Pepi Pauziah
Defisit Pengetahuan	26/04/2025 14.45 WIB	S: Klien mengatakan sudah mengetahui masalah pada kondisinya dan mengetahui cara pengobatan tradisional O: 1) Klien tidak bertanya lagi atas kondisinya 2) Klien mampu menjelaskan kembali apa yang sudah dijelaskan A: Masalah Teratasi P: Hentikan Intervensi	 Pepi Pauziah
Nyeri Akut	27/04/2025 14.50 WIB	S: Klien mengatakan sudah tidak nyeri kepala lagi O: 1) Skala nyeri 0 (0-10) 2) Tekanan darah normal (135/90 mmHg) A: Masalah teratasi P: Hentikan Intervensi	 Pepi Pauziah
Perfusi Perifer Tidak Efektif	27/04/2025 15.00 WIB	S: Klien mengatakan kaki sebelah kanan sudah tidak nyeri lagi	

		O: 1) Skala nyeri 0 (0-10) 2) Pemeriksaan TTV TD: 135/90 mmHg N: 61 x/menit S: 36,5°C R: 21 x/menit SPO2: 97% A: Masalah teratasi P: Hentikan Intervensi	 Pepi Pauziah
--	--	---	--

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Tn. D dengan diagnosa medis Hipertensi di Kp. Babakan Caringin Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 23 April 2025, penulis menemukan berupa kesenjangan-kesenjangan antara teori yang didapatkan dengan fakta yang ada dilapangan. Adapun pembahasan ini dibagi berdasarkan tahap proses keperawatan yaitu : pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Pada saat tahap pengkajian/pengumpulan data, penulis tidak menemukan banyak kesulitan karena Tn. D dan keluarga sangat kooperatif ketika diajak ngobrol/ketika penulis bertanya sampai terbinanya kepercayaan anantara penulis dengan Tn. D serta keluarganya dapat menjawab pertanyaan yang disampaikan penulis tanpa adanya keraguan dari mulai identitas sampai data psikologinya serta bersedia untuk dilakukan pemeriksaan fisik secara sistematis dan keluarga pun membantu untuk memberikan data-data yang diperlukan.

Data pengkajian pada Tn. D ditemukan klien mengeluh nyeri kepala dirasakan seperti ditusuk-tusuk nyeri dirasakan hanya bagian kepala belakang, skala nyeri yang dirasakan 4 dari (0-10) dan nyeri dirasakan hilang timbul. Pasien tampak meringis kesakitan. Hal tersebut sangat wajar dialami oleh seorang klien yang mempunyai riwayat hipertensi karena terjadi peningkatan tekanan intrakranial.

Selanjutnya ditemukan perfusi perifer tidak efektif karena klien mengeluh nyeri kaki bagian kanan dengan skala 3 dari (0-10). Karena aliran darah ke ekstremitas terutama kaki tidak memadai karena adanya peningkatan intrakranial. Darah membawa oksigen dan nutrisi penting ke sel-sel dan jaringan, serta membuang produk limbah metabolisme. Ketika aliran darah ini terganggu, maka berbagai masalah dapat muncul, dan nyeri kaki adalah salah satu gejala yang paling umum dan mengganggu.

Sehingga data selanjutnya, klien selalu menanyakan kondisi atas masalah yang dihadapinya, persoalan ini karena ketidaktahuan pengetahuan klien tentang penyakitnya sehingga klien mengalami defisit pengetahuan.

2. Diagnosa Keperawatan

Secara teori tidak semua bisa dirumuskan dalam diagnosa keperawatan secara nyata, karena hal ini harus ditunjang dengan data-data hasil pengkajian yang telah dilakukan. Berdasarkan hasil

pengkajian masalah yang ada pada teori pasien dengan hipertensi adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut
- b. Perfusi perifer tidak efektif
- c. Defisit pengetahuan
- d. Ansietas
- e. Resiko jatuh
- f. Intoleransi aktivitas
- g. Hipervolemia

Sedangkan masalah yang muncul pada klien hanya 3 dari 7 masalah diatas. Hal ini bisa terjadi karena pada saat pengkajian pada Tn. D tidak ditemukan data-data yang menunjukan pada diagnosa gangguan hipervolemia, resiko Jatuh, ansietas, dan intoleransi aktivitas. Diagnosa yang muncul pada Tn. D adalah nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

- a. Nyeri akut

Nyeri akut menjadi diagnosa pertama dikarenakan pasien mengeluh nyeri kepala bagian belakang. Nyeri terasa ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 4 dari (0-10). Hal ini harus diatasi secepatnya karena sangat mengganggu aktivitas lainnya jika tidak ditangani.

b. Perfusi perifer tidak efektif

Perfusi perifer tidak efektif menjadi diagnosa ke dua setelah nyeri akut karena nyeri adalah gejala dan perfusi perifer tidak efektif adalah penyebab, sehingga perfusi ini penyebab utama dari nyeri tersebut, dan nyeri yaitu manifestasi dari kurangnya aliran darah yang adekuat ke ekstremitas.

c. Defisit pengetahuan

Diagnosa defisit pengetahuan menjadi diagnosa ke tiga setelah ansietas karena klien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakitnya, dan klien juga mengatakan gimana cara mencegah dan mengobatinya, disini klien tampak kebingungan dan tidak mengetahui apa itu yang dimaksud dengan hipertensi.

3. Tahap Perencanaan

Pada saat tahap perencanaan penulis menggunakan standar yang sudah ditetapkan oleh PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia), yaitu berdasarkan buku referensi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Sehingga pada tahap perencanaan penulis tidak mendapatkan kesulitan didukung juga dengan adanya kerjasama atas bantuan dari pihak keluarga pasien dan juga petugas kesehatan dalam ruangan sehingga terlaksananya tahap perencanaan.

4. Tahap Implementasi

Pada tahap implementasi, penulis melakukan tindakan sesuai rencana tindakan yang telah ditetapkan sebelumnya. Dalam

pelaksanaan asuhan keperawatan klien bisa berpartisipasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. dengan adanya kerjasama, dukungan dan bantuan dari petugas kesehatan, pembimbing, dan keluarga serta keterbukaan klien dalam menerima asuhan keperawatan sehingga asuhan ini dapat berjalan dengan lancar.

Pada diagnosa pertama, penulis melakukan tindakan perawatan manajemen nyeri untuk mengetahui lokasi, kualitas, skala, faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri dan mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri.

Untuk diagnosa yang ke dua pemantauan tanda-tanda vital untuk mengetahui peningkatan tekanan darah atau tidaknya. Dimulai dari melakukan pemeriksaan tekanan darah, resfirasi, nadi. Penyebab perubahan tanda-tanda vital, dan mendokumentasikan hasil pemantauan.

Untuk diagnosa ke tiga defisit pengetahuan, implementasi yang dilakukan yaitu tingkat pengetahuan seperti menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, menjelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan penyakit, cara diet hipertensi, pengobatan tradisional dan menjelaskan kemungkinan komplikasi yang muncul.

5. Tahap Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk mengelola asuhan keperawatan yang berlangsung. Diagnosa pertama yaitu nyeri akut di hari ke tiga sudah teratasi karena klien mengatakan tidak nyeri kepala lagi. Diagnosa ke

dua perfusi perifer tidak efektif di hari ke tiga sudah teratasi klien sudah tidak mengatakan nyeri kaki yang di alami nya. Diagnosa ke tiga defisit pengetahuan pada hari ke dua sudah teratasi juga karena klien mengatakan sudah mengetahui masalah pada kondisinya saat ini sehingga klien tidak tampak bertanya lagi atas kondisinya. Dari tiga masalah keperawatan tersebut diagnosa nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif dan defisit pengetahuan teratasi sehingga klien mengatakan tidak nyeri kepala, tidak nyeri kaki sebelah kanan lagi dan klien tampak rileks dan tidak banyak bertanya lagi atas kondisinya.

6. Tahap Dokumentasi

Pada tahap ini penulis mampu mendokumentasikan semua proses asuhan keperawatan, mulai tahap pengkajian hingga tahap evaluasi sesuai dengan teori. Dokumentasi keperawatan ini bisa dibuat berdasarkan informasi tertulis atau secara elektronik. Dokumentasi ini menjelaskan tentang perawatan maupun layanan yang diberikan perawat kepada seorang klien dengan sistem perawatan kesehatan

BAB IV

PENUTUPAN

A. Kesimpulan

1. Tahap pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada klien Tn. D secara komprehensif terhadap aspek-aspek yang ada dalam lansia dilakukan pengkajian pada tanggal 23 April 2025 jam 10.00 WIB, menunjukkan adanya tanda dan gejala nyeri kepala bagian belakang,, hal tersebut merupakan gejala yang menunjukkan adanya peningkatan tekanan darah.

2. Tahap diagnosa keperawatan

Pada penegakan diagnosa keperawatan ditemukan diagnosa diantaranya nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Sehingga dalam teori keperawatan yang muncul 3 diagnosa keperawatan tersebut.

3. Tahap perencanaan

Hasil yang diperoleh dari intervensi yang dilakukan oleh penulis baik intervensi yang dilakukan mandiri maupun kolaborasi. Tindakan keperawatan pada Tn. D dengan hipertensi, sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul, dari hasil pengkajian dan disesuaikan

dengan kondisi klien. Perencanaan ditujukan untuk mengatasi manajemen nyeri, peningkatan tekanan darah, dan tingkat pengetahuan.

4. Tahap implementasi

Pada pelaksanaan tahap implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan diagnosa keperawatan yang dibuat pada Tn. D sesuai dengan kebutuhan dan partisipasi klien dalam melakukan setiap tindakan keperawatan.

5. Tahap evaluasi

Evaluasi yang dilakukan penulis pada Tn. D dilakukan pada tanggal 24 April 2025 oleh penulis dan dibuat dalam bentuk SOAP

S : Subjektif, adalah informasi yang berupa ungkapan yang di dapat dari klien setelah dilakukan tindakan.

O : Objektif, adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran, yang dilakukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan pada klien.

A : Analisa data, adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, masalah belum teratasi, masalah teratasi sebagian, muncul masalah baru.

P : Planning, adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan.

6. Tahap dokumentasi

Penulis melakukan pendokumentasian yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi dengan menggunakan SDKI, SLKI dan SIKI.

B. Saran

1) Bagi penulis

Diharapkan penulis mampu menyampaikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan terapi relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri khususnya pada lansia penderita hipertensi.

2) Bagi Klien Tn. D

Untuk menjaga tekanan darah diharapkan klien untuk rutin meminum obat penurun tekanan darah tinggi dan rutin kontrol ke fasilitas kesehatan terdekat dan mampu mengaplikasikan pengetahuan tentang obat herbal dengan mentimun.

3) Puskesmas pembangunan

Petugas Puskesmas Pembangunan di harapkan perlu meningkatkan peran mereka untuk mengedukasi masyarakat tentang hipertensi. Mereka juga harus melakukan pemeriksaan di setiap desa di wilayah Puskesmas Pembangunan guna mendata jumlah lansia penderita hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Adam, L. (2019). Determinan Hipertensi Pada Lanjut Usia. *Jambura Health and Sport Journal*, 1(2), 82–89.
- Adisty, P. (2023). Penerapan Terapi Relaksasi Napas Dalam pada Lansia Dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret. *Doctoral Dissertation, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta*, 1–64.
- Agestin, 2020. (2020). Terapi Hipert. *Jurnal Ilmu Pendidikan*, 7(2), 809–820.
- Andarmoyo, S. ‘. (2018). Konsep & Proses Keperawatan Nyeri. 'Konsep & Proses Keperawatan Nyeri', 128.
- Anggraini, A. A., Putri, V. S., & Nuranti, Z. (2020). Pengaruh Pendidikan Kesehatan dan Pemberian Daun Seledri pada Pasien dengan Hipertensi di Wilayah RT 10 Kelurahan Murni. *Jurnal Abdimas Kesehatan (JAK)*, 2(1), 30.
- Anwar, Jalling. (2023). 5 Penyakit Komplikasi Akibat Hipertensi yang Tidak Terkontrol. *PT Siloam International Hospitals Tbk.*, 5–7.
- Berta Afriani, Rini Camelia, & Willy Astriana. (2023). Analisis Kejadian Hipertensi pada Lansia. *Jurnal Gawat Darurat*, 5(1), 1–8.
- Fatimah, & Nuryaningsih. (2018). *Buku Ajar Buku Ajar*.
- Fish, B. (2020). *Patofisiologi dan pathway hipertensi*. 2507(February), 1–9.
- Gani, S. A. (2020). *Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik Dengan Hipertensi*.
- Iswahyuni, S. (2017). Pada Lansia The Relationship Between Phisical Activities And Hipertension Sri Iswahyuni. *Profesi*, 14, 5–8.
- Kemenkes. (2021). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07 Tahun 2021 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Hipertensi Dewasa. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 1–85.
- Kurniawati, putri. (2017). Proses Keperawatan. In *Universitas Nusantara PGRI Kediri* (Vol. 01).
- Luhung, M., & Anugrahati, W. W. (2020). Analisis manajemen aging process problem dengan pendekatan model preceed procede. *Jurnal Keperawatan Malang*, 5(1), 31–37.
- Mathavan, J., & Pinatih, G. N. I. (2017). Gambaran tingkat pengetahuan terhadap hipertensi dan kepatuhan minum obat pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas kintamani I. *Intisari Sains Medis*, 8(3), 176–180.

- Muchsin, E. nurhayati, Wibowo, D. A., Sunaringtyas, W., & Ilmika, R. V. (2023). Tingkat Stres Pada Lansia Yang Tidak Tinggal Serumah Dengan Keluarga. *Jurnal Salam Sehat Masyarakat (JSSM)*, 4(2), 22–28.
- Nasrullah, D. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi 1*. 283.
- Octavianie, G., Pakpahan, J., Maspupah, T., & Debora, T. (2022). Promosi Kesehatan Hipertensi Pada Usia Produktif Sampai Lansia di Wilayah Desa Lulut RT 04 RW 02 Kec. Klapanunggal Kab. Bogor. *Pengabdian Masyarakat Saga Komunitas*, 01(02), 32–38.
- Panggabean, M. S. (2023). Penatalaksanaan Hipertensi Emergensi. In *Cermin Dunia Kedokteran* (Vol. 50, Issue 2).
- Raudhoh, S., & Pramudiani, D. (2021). Lanisa Asik, Lansia Aktif, Lansia Produktif. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat FKIK UNJA*, 4(1), 126–130.
- Riyanti, & Choiriyati, S. (2021). KOMUNIKASI EMPATI PENGASUH DALAM PERUBAHANPSIKOLOGIS LANSIA(Studi Unit Pelaksanaan Tekhnis Dinas (UPTD) Pelayanan Lanjut Usia(PSLU)Tresna Werdha Natar, Lampung Selatan). *Jurnal Ilmu Komunikasi*, 1(1), 76–91.
- Siregar, R. R. (2023). Edukasi Proses Penuaan dan Perubahan Pada Lansia. *Health Community Service*, 1(1), 18–21.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016 : Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) Edisi 1 Jakarta : Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018 : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) Edisi 1 Jakarta : Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018 : Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) Edisi 1 Jakarta : Persatuan Perawat Indonesia
- Widia Rahmi Pratiwi, Ayu Laili Rahmiati, Gunawan Irianto, Agus Riyanto, & Dyan Kunthi Nugrahaeni. (2024). Pola Hidup Lansia yang dapat Mengakibatkan Hipertensi di Kabupaten Garut Tahun 2023. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 7(1), 201–209.

Lampiran I

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

HIPERTENSI

Waktu	: 30 Menit
Hari/tanggal	: Jumat, 25 april 2025
Tempat	: Rumah Klien
Metode penyuluhan	: Ceramah
Sasaran	: Klien dan keluarga klien
Pemateri	: Pepi Pauziah

A. Tujuan

1. Tujuan umum

Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit tentang hipertensi, diharapkan klien dan keluarga klien lebih mengetahui tentang hipertensi

2. Tujuan khusus

Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit tentang hipertensi, diharapkan klien dan keluarga klien dapat mengetahui tentang: pengertian hipertensi, penyebab hipertensi, tanda dan gejala hipertensi, pencegahan hipertensi, komplikasi hipertensi, dan penanganan hipertensi dengan obat tradisional.

B. Pokok Bahasan

Mengenal hipertensi

C. Sub Pokok Bahasan

1. Pengertian Hipertensi
2. Penyebab Hipertensi
3. Tanda Dan Gejala Hipertensi
4. Pencegahan Hipertensi
5. Komplikasi Hipertensi
6. Pengobatan Hipertensi

D. Setting Tempat



E. Media

Leaflet

F. Kegiatan Penyuluhan

No	Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyuluhan	Respon	Waktu
1	Pendahuluan	1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan penyuluhan 4. Kontrak waktu	1. Menjawab salam 2. Memperhatikan 3. Memperhatikan 4. Menyetujui	3 menit
2	Penyampaian Materi	Penyampaian materi 1. Materi a. Menjelaskan pengertian hipertensi b. Menjelaskan penyebab hipertensi c. Menjelaskan tanda dan gejala hipertensi d. Pencegahan hipertensi e. Menjelaskan komplikasi hipertensi f. Pengobatan hipertensi	1. Memperhatikan penjelasan dan mencermati pemaparan	23 menit

		2. Memberikan kesempatan untuk bertanya 3. Menjawab	2. Bertanya 3. Memperhatikan jawaban	
3	Penutup	Penutup 1. Menyimpulkan hasil peutupan 2. Mengakhiri dengan salam	1. Memperhatikan 2. Menjawab salam	4 menit

G. Evaluasi

1. Evaluasi Persiapan :

- Materi sudah siap dan dipelajari 1 hari sebelum penyuluhan
- Media sudah siap 1 hari sebelum penyuluhan
- Tempat sudah siap 1 jam sebelum penyuluhan
- SAP sudah siap 1 hari sebelum penyuluhan

2. Evaluasi Proses :

- Klien dan keluarga klien memperhatikan penjelasan penyaji
- Audience aktif bertanya
- Media dapat digunakan secara efektif

3. Evaluasi Hasil :

- Menyebutkan kembali pengertian hipertensi
- Menyebutkan kembali penyebab hipertensi
- Menyebutkan kembali tanda dan gejala hipertensi
- Menyebutkan kembali upaya pencegahan hipertensi
- Menyebutkan komplikasi hipertensi
- Menyebutkan kembali pengobatan hipertensi menggunakan obat tradisional

MATERI PENYULUHAN

HIPERTENSI

A. Pengertian hipertensi

Hipertensi merupakan kondisi dimana tekanan darah berada di atas normal. Hipertensi dikenal juga dengan penyakit tekanan darah tinggi. Tekanan darah seseorang lansia normalnya setara dari 120/90mmHg. Jika seseorang memiliki tekanan darah diatas 140/90 mmHg maka ia menderita hipertensi (Ekasari et al., 2021).

B. Penyebab hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan. Faktor risiko terjadinya hipertensi dapat dibagi menjadi faktor risiko yang tidak dapat diubah dan dapat diubah (Ekasari et al., 2021) :

1. Faktor risiko yang tidak dapat diubah

a. Riwayat keluarga

Faktor genetik, jika didalam riwayat keluarga sedarah memiliki riwayat hipertensi (orang tua, kakak atau adik, kakek atau nenek) maka kita akan berisiko untuk mengalami hipertensi lebih tinggi.

b. Usia

Hipertensi akan lebih cenderung seiring bertambahnya usia. Hal ini disebabkan karena semakin bertambah usia, terutama lanjut usia maka pembuluh darah akan secara alami menebal dan lebih kaku, perubahan ini dapat meningkatkan risiko hipertensi.

c. Jenis kelamin

Laki-laki lebih banyak mengalami hipertensi di bawah usia 55 tahun, sedangkan perempuan lebih sering terjadi pada saat usia 55 tahun, setelah menopause. Hipertensi karena adanya perubahan hormonal tubuh.

2. Faktor risiko yang dapat diubah

a. Pola makan tidak sehat

Kebiasaan mengonsumsi makanan yang tinggi garam atau makanan asin dapat menyebabkan terjadinya hipertensi. Begitu pula makanan yang rendah serat dan tinggi lemak jenuh.

b. Kurangnya aktivitas fisik

Kurangnya aktivitas fisik dapat menyebabkan bertambahnya berat badan yang meningkat, risiko ini akan terjadinya tekanan darah tinggi.

c. Kegemukan

Kelebihan berat badan juga dapat mempengaruhi kesehatan sehingga menyebabkan hipertensi, karena asupan makanan dengan pengeluaran energy menyebabkan kegemukan dan obesitas, secara definisi, obesitas ialah kelebihan jumlah total lemak tubuh $>20\%$ dibandingkan berat badan ideal. Sehingga obesitas adalah salah satu faktor risiko utama diabetes dan penyakit jantung.

d. Konsumsi alkohol yang berlebih

Mengonsumsi alkohol yang berlebihan atau rutin dapat menyebabkan berbagai gangguan kesehatan, termasuk hipertensi, selain itu juga kebiasaan buruk ini menyebabkan risiko kanker, obesitas, gagal jantung, stroke, dan kejadian kecelakaan.

e. Merokok

Merokok dapat merusak jantung dan pembuluh darah. Karena mengandung nikotin dimana nikotin ini dapat meningkatkan tekanan darah, sedangkan karbon monoksida bisa mengurangi jumlah oksigen yang di bawa di dalam darah.

f. Stres

Stress yang berlebihan dapat menyebabkan resiko hipertensi karena pada saat stres kita akan mengalami perubahan pola makan, malas untuk beraktivitas. Hal ini dapat menyebabkan hipertensi.

g. Kolesterol tinggi

Kolesterol yang tinggi di dalam darah akan dapat menyebabkan penimbunan plak aterosklerosis, yang nantinya dapat membuat pembuluh darah menyempit sehingga meningkatkan tekanan darah.

C. Tanda dan gejala hipertensi

Ada beberapa tanda gejala hipertensi (Ekasari et al., 2021) yaitu :

1. Sakit kepala

Keluhan ini khusus dirasakan oleh pasien dalam tahap krisis, dimana tekanan darah berada di angka 180/120 mmHg atau bahkan lebih tinggi lagi.

2. Gangguan penglihatan

Salah satu gangguan penglihatan yang dapat terjadi adalah retinopati hipertensi, ketika terjadi peningkatan tekanan darah, maka pembuluh darah mata dapat pecah.

3. Mual muntah

Hal ini dapat terjadi akibat beberapa hal, termasuk perdarahan di dalam kepala, dan salah satu faktor risiko perdarahan di dalam kepala itu adalah hipertensi, seseorang dengan perdarahan otak dapat mengeluarkan adanya muntah menyembur yang terjadi secara tiba-tiba.

4. Nyeri dada

Kondisi ini terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah pada organ jantung.

5. Sesak nafas

Keadaan ini terjadi ketika jantung mengalami pembesaran dan gagal memompa darah.

D. Pencegahan hipertensi

Cara yang dapat dilakukan untuk mencegah hipertensi, yaitu (Ekasari et al., 2021) :

1. Olahraga secara teratur, dengan berolahraga kinerja jantung dalam memompa darah lebih optimal, metabolisme dan aliran darah pun lancar.
2. Kurangi asupan natrium, kandungan natrium pada garam dapat menyebabkan tubuh menahan cairan sehingga berdampak pada tekanan darah yang meningkat. Dan direkomendasikan untuk asupan natrium tidak lebih dari 1.500 mg/hari.
3. Mengatur pola makan, ada beberapa makanan yang dapat memicu peningkatan tekanan darah. Baiknya isi menu makanan yang banyak mengandung kalium, magnesium dan kalium. Ditambah lagi dengan sayur dan buah-buahan yang kaya akan serat seperti : pisang, tomat, wortel, melon dan lain-lain.
4. Minum obat sesuai program terapi, selain mengubah gaya hidup, obat-obatan digunakan untuk membantu proses pemulihan.

E. Komplikasi hipertensi

Beberapa komplikasi hipertensi yaitu (Ekasari et al., 2021) :

1. Gagal jantung

Jika tekanan darah tinggi secara terus menerus maka dinding pembuluh darah akan rusak perlahan-lahan. Sehingga kerusakan ini mempermudah kolesterol untuk melekat pada dinding pembuluh darah. Semakin banyak penumpukan maka diameter pembuluh darah semakin kecil, hal ini akan membuatnya mudah tersumbat. Sehingga akan menyebabkan serangan jantung.

2. Stroke

Kerusakan pembuluh darah pada jantung juga dapat terjadi pada bagian otak, keadaan ini dapat menyebabkan penyumbatan, sehingga disebut stroke.

3. Emboli paru

Selain pada otak dan jantung, pembuluh darah pada paru-paru dapat rusak dan tersumbat akibat tekanan darah tinggi yang tidak terkendali. Apabila arteri yang membawa darah ke paru-paru tersumbat maka yang terjadi ialah emboli paru.

4. Gagal ginjal

Gagal ginjal dapat merusak pembuluh darah ginjal. Kelamaan kondisi ini membuat ginjal tidak dapat melakukan tugas nya dengan baik dan dapat berujung menjadi gagal ginjal

5. Kerusakan pada mata

Dapat menyebabkan lapisan retina menebal, akibat hipertensi pembuluh darah ke arah retina juga menyempit. Kondisi ini dapat mengakibatkan pembengkakan retina dan penekanan saraf optik, sehingga akhirnya terjadi gangguan penglihatan bahkan kebutaan.

F. Pengobatan hipertensi dengan obat tradisional

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. Rebusan daun salam
2. Bawang putih
3. Daun seledri
4. Melon
5. Mengkudu
6. Mentimun

Cara pembuatan obat tradisional untuk penderita hipertensi menggunakan mentimun. Buah mentimun yang satu ini memang sudah dikenal sebagai teman makan yang cukup nikmat dilalap dengan sambal. Namun, bahwa mentimun juga berkhasiat menurunkan penyakit tekanan darah tinggi. Darah tinggi 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. Karena, 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. ½ kg buah mentimun dicuci bersih
2. Dikupas kulitnya kemudian diparut
3. Saring airnya menggunakan penyaring/kain bersih
4. Diminum setiap hari ± 1 kg untuk 2 kali minum pagi dan sore hari

(Nailil, 2021).

G. Referensi

Ekasari, M. F., Suryati, E. S., Badriah, S., Narendra, S. R., & Amini, F. I. (2021). Kenali penyebab, tanda gejala dan penangannya. *Hipertensi*, 28.

Izzatul Kholidah, Nailil. (2021). Satuan Acara Penyuluhan pengobatan tradisonal dengan mentimun pada penderita hipertensi.

Penyebab Hipertensi

Faktor resiko terbagi menjadi 2:

1. Yang tidak dapat diubah
 - a. Riwayat keluarga
 - b. Usia
 - c. Jenis kelamin
2. Yang dapat diubah
 - a. Pola makan tidak sehat
 - b. Kurangnya aktivitas fisik
 - c. Kegemukan
 - d. Konsumsi alkohol yang berlebih
 - e. Merokok
 - f. Stres
 - g. Kolesterol tinggi

Pengertian

Kondisi dimana tekanan darah berada di atas normal. tekanan darah lansia normal setara dari 120/90 mmHg. jika seseorang diatas 140/90 mmHg maka menderita Hipertensi.



HIPERTENSI

(Tekanan Darah Tinggi)



STIKes Karsa Husada Garut

pengobatan Tradisional

- | | |
|---|---|
| 1. rebusan daun salam | 2. Bawang Putih |
|  |  |
| 2. Daun Seledri | 4. Melon |
|  |  |
| 5. Melon | 6. Mentimun |
|  |  |

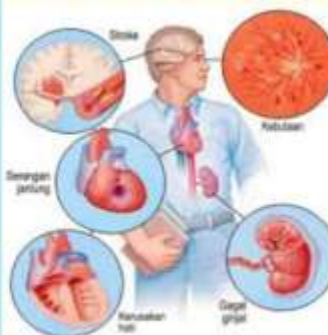
Cara Pengobatan Dengan Jus Mentimun

1. ½ kg buah mentimun dicuci bersih
2. Dikupas kulitnya kemudian diparut
3. Saring airnya menggunakan penyaring/kain bersih
4. Diminum setiap hari ± 1 kg untuk 2 kali minum pagi dan sore hari

pencegahan

1. Olahraga teratur
2. Kurangi asupan natrium
3. Mengatur pola makan
4. Minum obat sesuai program

komplikasi



Tanda dan gejala Hipertensi

1. Sakit Kepala



2. Gangguan Penglihatan



3. Mual Puntah



4. Nyeri Dada



5. Sesak Nafas



Lampiran II

DOKUMENTASI



Lampiran III

FORMAT BIMBINGAN

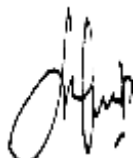
Nama : Pepi Pauziah

NIM : Khga22085

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. D Dengan Hipertensi Pada Katz Indeks A Di Kampung Babakan Caringin Rt/Rw 02/05 Kelurahan Sukagalih Di Wilayah Kerja Upt Puskesmas Pembangunan Kabupaten Garut

Pembimbing : Dr. H. Dian Roslan H, S.Kep., M.Kes

No	Tanggal	Catatan perkembangan	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1	30 mei 2025	1. Konsultasi lembar bimbingan 2. Konsultasi judul 3. Siapkan BAB 1		
2	4 Juni 2025	1. Memberi pengarahan mengenai cara penulisan 2. Memberi pengarahan mengenai latar belakang		
3	10 Juni 2025	1. Konsultasi BAB 1 2. Revisi (tulisan yang typo) 3. Konsulkan kembali		

4	16 juni 2025	1. ACC BAB I 2. Konsultasi BAB II		
5	17 Juni 2025	1. ACC BAB II 2. Lanjutkan BAB III		
6	19 Juni 2025	1. Konsultasi BAB III 2. Revisi (samakan point pembahasan sama di tujuan khusus)		
7	21 Juni 2025	1. Konsultasi BAB III dan IV 2. BAB III Tambah diagnosa 3. BAB IV samakan kesimpulan dengan point tujuan khusus		
8	23 Juni	1. ACC BAB III 2. ACC BAB IV		

Lampiran IV

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Pribadi

1. Nama : Pepi Pauziah
2. Umur : 20 Tahun
3. Tempat Tanggal Lahir : Garut, 13 Agustus 2024
4. Jenis Kelamin : Perempuan
5. Agama : Islam
6. Status : Mahasiswa
7. Kewarganegaraan : Indonesia
8. Alamat : Kp. Nangorak Rt 06 Rw 02
Des. Sukarame Kec. Caringin Kab. Garut
9. Instagram : Pepi_pzt

B. Pendidikan Formal

- | | |
|---------------------------|-----------------------|
| SDN Sukarame 03 | : Tahun 2010 s/d 2016 |
| SMP Negeri 01 Caringin | : Tahun 2016 s/d 2019 |
| SMA Negeri 19 Garut | : Tahun 2019 s/d 2022 |
| STIKes Karsa Husada Garut | : Tahun 2022 s/d 2025 |