

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.N DENGAN
HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG SINDANG KERTA
RT/RW 005/001 WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS CIBATU GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III
Keperawatan
Di STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

WIWI NOVIANTI
NIM: KHGA22010



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

TAHUN 2025

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. N DENGAN
HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG
SINDANG KERTA RW/RW: 005/001 DESA KERTAJAYA
WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS CIBATU GARUT

PENULIS : WIWI NOVIANTI

NIM : KHGA.22010

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Disetujui Untuk Disidangkan Di Hadapan

Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2024

Menyetujui

Pembimbing

Susan Susyanti, M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. N
DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI
KAMPUNG SINDANG KERTA RW/RW: 005/001 DESA
KERTAJAYA WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS
CIBATU GARUT

PENULIS : WIWI NOVIANTI

NIM : KHGA.22010

Garut, Juni 2025

Menyetujui

Penguji 1

Penguji 2

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

Mengetahui :
Ketua Program Studi D-III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

H. Aceng Ali A, S.Kep., Ners., M.HKes

Mengesahkan :
Pembimbing
Karya Tulis Ilmiah

K. Dewi Budiarti, M.Kep

Susan Susyanti, M.Kep

ABSTRAK

IV Bab, 81 Halaman, 17 Tabel, 2 Bagan, 5 Lampiran

Hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular yang menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas di Indonesia, terutama pada lanjut usia. Lansia memiliki risiko tinggi terhadap hipertensi akibat perubahan fisiologis terkait proses penuaan. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran asuhan keperawatan gerontik pada Ny. N, usia 73 tahun, dengan diagnosis medis hipertensi dan tingkat kemandirian KATZ Indeks A. Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, serta studi dokumentasi dan kepustakaan. Hasil pengkajian menunjukkan bahwa klien mengalami nyeri kepala, gangguan pola tidur, dan gangguan defisit pengetahuan. Intervensi keperawatan yang diberikan meliputi manajemen nyeri, dukungan tidur, dan edukasi kesehatan. Evaluasi menunjukkan adanya penurunan keluhan nyeri, pola tidur membaik, dan peningkatan pemahaman klien terhadap penyakit Hipertensi. Dapat disimpulkan bahwa asuhan keperawatan gerontik yang tepat dan holistik mampu meningkatkan kualitas hidup lansia dengan hipertensi.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Gerontik, Hipertensi, Lansia, KATZ Indeks A

Daftar Pustaka: 27 buah (2016-2024) (buku, artikel dan jurnal).

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, yang telah mencurahkan rahmat serta hidayah-Nya kepada kita semua. Shalawat beserta salam semoga senantiasa tercurah limpahkan kepada nabi kita yakni Nabi Muhammad SAW, kepada keluarganya, 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 GERONTIK PADA NY. N DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG SINDANG KERTA, RW/RT:005/001, DESA KERTAJAYA WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS CIBATU 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 sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiyat MA, selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si, selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.

4. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kep.,Ners.,M.Kep, selaku ketua Program Studi D3 Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu Susan Susyanti, M.Kep, 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.
6. Seluruh staf dosen keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat, terimakasih atas kesabaran dan ketelitian yang telah ditunjukkan, serta dorongan untuk terus mengembangkan pemahaman kami selama penulis mengikuti pendidikan.
7. Kepada cinta pertama penulis Bapak Ayi Hidayat, terimakasih atas pengorbanannya untuk menyekolahkan penulis sehingga tidak terasa kini penulis sudah berada di tahap menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Terimakasih juga untuk do'a dan dukungan yang selalu beliau berikan sehingga penulis bisa sampai di tahap ini. Semoga beliau diberikan kesehatan , rezeki, umur dan hal-hal baik oleh Allah SWT.
8. Kepada Ibu tercinta Ibu Enung Nurjanah, terimakasih penulis ucapkan atas do'a, dorongan, bantuan dan semangat yang selalu beliau berikan kepada penulis selama ini. Terimakasih juga atas nasihat-nasihat yang selalu diberikan kepada penulis. Semoga beliau diberikan kesehatan , rezeki, umur dan hal-hal baik oleh Allah SWT.
9. Kepada kakak-kakak tercinta yaitu Mia Martini, A.md. Kep, Egun Harkadi, Ai Sulastri dan Cepi, terimakasih atas segala doa dan dukungan yang diberikan kepada penulis.

10. Kepada sahabat seperjuangan yaitu Lisma Rahmayanti, Delia Pebrianti, Neng Eva, Nurtita, Silvi Aminarti, Ira Sumirah, Anita Nurfajar, Desti Rismayanti yang banyak berpartisipasi di dalam penulisan karya tulis ilmiah ini dan selalu memberikan semangat dan do'a kepada penulis.
11. Terakhir, terima kasih kepada diri sendiri, Wiwi Novianti. Apresiasi yang sebesar-besarnya karena telah mampu bertahan, berjuang, dan berusaha keras untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai dengan menikmati proses yang tidak mudah. Terima kasih karena sudah membuktikan kepada orang-orang tersayang terutama Mama dan Bapak bahwasannya usaha dan kerja keras mereka tidak sia-siakan oleh anak ketiganya, terimakasih telah membuat bangga mereka karena kamu bisa diandalkan.

Garut, Juni 2025

Penulis

Wiwi Novianti

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

LEMBAR PENGESAHAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR..... i

DAFTAR ISI iv

DAFTAR TABEL..... vi

DAFTAR BAGAN..... vii

DAFTAR LAMPIRAN viii

BAB I..... 1

PENDAHULUAN..... 1

A. Latar Belakang..... 1

1. Tujuan Umum..... 3

2. Tujuan Khusus..... 3

B. Metode Telaahan..... 4

C. Sistematika Penulisan 6

BAB II 7

TINJAUAN TEORITIS 7

A. Konsep Dasar Lansia 7

1. Definisi Usia Lanjut 7

2. Batasan Usia 7

B. Konsep Dasar Penyakit..... 8

1. Definisi Hipertensi..... 8

2. Etiologi..... 8

3. Klasifikasi Hipertensi..... 10

4. Patofisiologi 11

5. Manifestasi Klinis..... 13

6. Komplikasi 13

C. Konsep Asuhan Keperawatan Lanjut Usia..... 14

1. Definisi Pengkajian 14

2.	Diagnosa Keperawatan	28
3.	Intervensi Keperawatan.....	29
4.	Implementasi Keperawatan	36
5.	Evaluasi Keperawatan	36
6.	Dokumentasi.....	37
BAB III.....		42
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN		42
A.	Tinjauan Kasus	42
1.	Pengkajian.....	42
2.	Diagnosa Keperawatan	56
3.	Perencanaan Keperawatan	58
4.	Implementasi Keperawatan dan Evaluasi.....	61
5.	Catatan Perkembangan	64
6.	Dokumentasi.....	69
B.	Pembahasan.....	69
BAB IV		77
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....		77
A.	Kesimpulan.....	77
1.	Tahap Pengkajian	77
2.	Tahap Diagnosa Keperawatan.....	77
3.	Tahap Perencanaan Keperawatan	77
4.	Tahap Implementasi	78
5.	Evaluasi Keperawatan	78
6.	Tahap Dokumentasi Keperawatan	78
B.	Rekomendasi.....	78
DAFTAR PUSTAKA		81

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Penilaian KATZ Indeks	19
Tabel 2.2 Penilaian Barthel Indeks	20
Tabel 2.3 Penilaian SPMSQ	21
Tabel 2.4 Penilaian MMSE	22
Tabel 2.5 Penilaian Pengkajian Keseimbangan	24
Tabel 2.6 Analisa Data	25
Tabel 2.7 SDKI,SLKI,SIKI	29
Tabel 3.1 Pola Aktivitas	48
Tabel 3.2 Penilaian KATZ Indeks	49
Tabel 3.3 Penilaian Barthel Indeks	50
Tabel 3.4 Penilaian SPMSQ	51
Tabel 3.5 Penilaian MMSE	52
Tabel 3.6 Penilaian Pengkajian Keseimbangan	54
Tabel 3.7 Analisa Data	54
Tabel 3.8 Perencanaan Keperawatan	58
Tabel 3.9 Implementasi dan Evaluasi	61
Tabel 3.10 Catatan Perkembangan	64

DAFTAR BAGAN

Bagan Pathway	12
Bagan Genogram	44

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran II Materi Penyuluhan

Lampiran III Leaflet

Lampiran IV Lembar Bimbingan

Lampiran V Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Tidak Menular (PTM) adalah penyebab kematian utama di Indonesia, diperkirakan akan menjadi negara ke-5 terbanyak di dunia yang menderita penyakit tidak menular seperti diabetes, hipertensi, stroke. Penyakit kardiovaskuler merupakan penyakit tidak menular yang angka kejadiannya selalu meningkat setiap tahunnya. Penyakit tidak menular menjadi salah satu tantangan dunia kesehatan di abad ke 21 (Hutasoit, R.S.Y., & Argarini, 2023).

Menurut Kemenkes RI, 2022 Penyakit Tidak Menular (PTM) menjadi penyebab utama kematian secara global salah satu PTN yang menjadi masalah kesehatan yang serius saat ini yakni hipertensi sampai saat ini hipertensi masih tetap menjadi masalah karena beberapa hal antara lain meningkatnya frekuensi penyakit hipertensi masih banyaknya pasien hipertensi yang belum mengetahui faktor-faktor apa saja yang menjadi penyebab hipertensi sehingga hipertensi menjadi penyakit *The silent killer* karena tidak terdapat tanda-tanda atau gejala yang dapat dilihat dari luar sehingga bisa menyebabkan beberapa komplikasi seperti penyakit jantung otak dan ginjal.

Di Indonesia, penyakit tidak menular seperti kanker meningkat dari 1,4% menjadi 1,8%, stroke meningkat dari 7% menjadi 10,9% dan penyakit ginjal kronis meningkat dari 2% menjadi 3,8%, hipertensi meningkat dari 25,8% menjadi 34,1%.

Salah satu penyakit tidak menular yang menjadi masalah dan memiliki angka kenaikan setiap tahun yang cukup tinggi adalah hipertensi (Aryawati et al, 2024) .

Cakupan pelayanan kesehatan penderita hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah di Jawa Barat tahun 2023 sebesar 108,18%. Berdasarkan hasil Riskesdas 2018, prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran pada penduduk umur >18 tahun sebesar 39,6 mengalami peningkatan dibandingkan hasil Riskesdas Tahun 2013 yaitu sebesar 29,4. Kabupaten/kota dengan cakupan pelayanan kesehatan penderita hipertensi tertinggi di Kota Tasikmalaya (134,11%), Kota Bogor (122,44%), dan Kabupaten Garut (112,49%. Sedangkan cakupan terendah berada di Kabupaten Bogor (3,85%).

Dinas Kesehatan kabupaten Garut mempunyai 68 Puskesmas. Wilayah kerja UPT Puskesmas Cibatuterdapat 11 desa yaitu Desa Kertajaya, Desa Wanakerta, Desa Cibatut, Desa Keresek, Desa Padasuka, Desa Karyamukti, Desa Girimukti, Desa Sukagalih, Desa Mekarsari, Desa Sindangsuka, Desa Cibunar.

Puskesmas Cikajang memiliki jumlah absolut tertinggi penderita hipertensi 15.948 total hipertensi dengan kisaran usia >40 tahun sedangkan data yang didapatkan dari puskesmas Cibatut, penyakit Hipertensi mengalami peningkatan jumlah yang tinggi dibandingkan tahun 2024 yang berada diperingkat 3 dari 10 besar penyakit pada lansia dengan jumlah lansia hipertensi 1.421 jiwa. Pada tahun 2025 penyakit hipertensi di Puskesmas Cibatut menjadi peringkat 2 dari 10 prevelensi penyakit terbanyak di wilayah UPT Puskesmas Cibatut dengan jumlah 1.505 jiwa.

Dengan demikian peran perawat sebagai *care giver* sangat diperlukan untuk membantu lansia dalam memenuhi kebutuhannya dan memandirikan lansia dengan tujuan mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan holistik yang meliputi asesmen hingga pendokumentasian asuhan keperawatan menyeluruh dan tepat sasaran.

Maka dengan itu penulis tertarik pada kasus faktor-faktor yang terhubung dengan kejadian hipertensi untuk menerapkan Asuhan Keperawatan Gerontik yang dituangkan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. N DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG SINDANG KERTA RW/RT 005/001 DESA KERTAJAYA WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS CIBATU GARUT”**.

1. Tujuan Umum

Penulisan dapat memperoleh pengetahuan serta pengalaman yang nyata dalam pemberian Asuhan Keperawatan pada klien dengan Hipertensi secara langsung dan komprehensif mencakup aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual klien.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penulisan karya tulis ilmiah ini sebagai berikut:

- a. Mampu melakukan pengkajian status Kesehatan klien dengan pengumpulan data, menganalisa data, menentukan dan memprioritaskan masalah pada klien Hipertensi.

- b. Mampu membuat diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah yang timbul pada klien dengan Hipertensi.
- c. Mampu menetapkan rencana keperawatan yang sesuai dengan diagnosa yang dialami klien.
- d. Mampu melaksanakan implementasi keperawatan yang telah disusun secara rasional berdasarkan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki pada klien dengan Hipertensi.
- e. Mampu mengevaluasi keseluruhan hasil proses asuhan keperawatan secara sistematis.
- f. Mampu mendokumentasikan seluruh hasil proses asuhan keperawatan secara sistematis.

B. Metode Telaahan

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode penelitian deskriptif dengan Teknik studi kasus dan menetapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses asuhan keperawatan. Ada tektik pengumpulan data yang digunakan sebagai berikut:

1. Wawancara

Wawancara atau pengumpulan data dengan acara berkomunikasi langsung dengan klien atau keluarga yang bersangkutan untuk mendapatkan data yang diperlukan seperti identitas, riwayat kesehatan, data psikologi, sosial dan spiritual serta data penunjang lain terkait masalah kesehatan klien

2. Observasi

Observasi adalah cara pengumpulan data melalui hasil pengamatan kondisi klien baik perilaku atau keadaan klien. Observasi dilakukan secara langsung dengan pendekatan pada lansia dan menganalisis lansia dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

3. Pemeriksaan Fisik

Selanjutnya data pemeriksaan fisik, penulis memperoleh data dengan pemeriksaan persistem serta pemeriksaan khusus pada lansia yang meliputi: pengkajian fungsional (KATZ Indeks dan Barthel Indeks) dan pengkajian kognitif/afektif/mental/sosial (Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ), Mini Mental State Examination (MMSE) sehingga diperoleh kesimpulan mengenai data objektif tentang kondisi kesehatan klien.

4. Studi Dokumentasi

Pengumpulan data diperoleh dari data klien laporan dari tenaga Kesehatan serta mempelajari beberapa sumber literatur untuk memperoleh dasar-dasar teori yang berkaitan dengan hipertensi sehingga dapat digunakan sebagai landasan dalam pemberian asuhan keperawatan.

5. Studi Kepustakaan

Penulis mengumpulkan sumber-sumber dari beberapa literatur seperti buku, jurnal dan artikel sebagai landasan teoritis yang mendukung berkaitan dengan kasus yang dihadapi agar penulis dapat membandingkan teori dan kondisi di lapangan.

C. Sistematika Penulisan

Dalam memudahkan pemahaman dalam memahami Karya Tulis Ilmiah ini penulis menggunakan sistematika penulisan yang meliputi BAB I berupa pendahuluan yang berisi penjelasan mengenai Latar Belakang, Tujuan Penelitian, Metode Telaahan, dan Sistematika Penulisan. Kemudian BAB II berupa Tinjauan Teoritis yang menjelaskan teori Konsep dasar gerontik, Konsep dasar penyakit hipertensi, serta Konsep Asuhan Keperawatan gerontik pada lansia Hipertensi.

Adapun BAB III yang merupakan Tinjauan Kasus dan Pembahasan membahas mengenai proses keperawatan yang telah dilakukan secara nyata dilapangan, di mulai dari mengkajian hingga evaluasi sedangkan pembahasan akan dijadikan sebagai bahan perbandingan antara kesamaan dan perbedaan yang ditemukan pada kasus dilapangan dengan teori. Di BAB IV berisi Kesimpulan dan Rekomendasi memuat penjelasan mengenai Kesimpulan penulis setelah melaksanakan kegiatan asuhan keperawatan pada lansia dan rekomendasi untuk perbaikan dimasa yang akan datang.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Lansia

1. Definisi Usia Lanjut

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2015 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan lanjut usia di pusat kesehatan masyarakat pasal 1 ayat 1 mengatakan bahwasannya lanjut usia adalah orang yang berusia 60 tahun ke atas (Kementrian Kesehaan RI, 2017).

Usia tua merupakan proses alamiah yang diikuti dengan perubahan fisik dan perilaku. Setiap orang mengalami proses menjadi tua, dan usia tua merupakan tahap akhir dari kehidupan manusia, dan kemampuan fisik, mental dan sosial secara bertahap menurun (Artinawati, 2016).

Dari kedua pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa masa lanjut usia merupakan tahap akhir dalam siklus kehidupan manusia yang terjadi secara alami dan tidak bisa dihindari. Pada fase ini, seseorang mengalami penurunan bertahap dalam fungsi fisik, mental, dan sosial akibat proses penuaan.

2. Batasan Usia

Menurut WHO dalam (romana, 2021) meliputi:

- 1) Middle age usia 45-59 tahun
- 2) Elderly usia 60-70 tahun
- 3) Old usia 75-90 tahun
- 4) Very old usia lebih dari 90 tahun

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, gagal ginjal dan makin tinggi tekanan darah makin tinggi resikonya (Nurarif, 2016).

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah mengalami peningkatan yang lebih dari normal atau sering disebut dengan tekanan darah tinggi. Tekanan darah tinggi yaitu peningkatan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg (Wulandari, 2020).

2. Etiologi

Secara umum berdasarkan penyebabnya, hipertensi terbagi menjadi hipertensi primer (esensial) dan hipertensi sekunder.

a. Hipertensi primer

Menurut Khasanah (2022), hipertensi primer (esensial) merupakan hipertensi yang penyebab patofisiologisnya tidak diketahui tetapi setidaknya ada beberapa faktor resiko yang memegang peran penting pada patogenesis terjadinya hipertensi primer.

1) Usia

Usia mempengaruhi faktor resiko terkena hipertensi karena seiring bertambahnya usia pada seseorang akan mempengaruhi keelastisan pembuluh darah.

2) Jenis kelamin

Factor protektif atau memberikan perlindungan bagi pembuluh darah, sehingga penyakit jantung dan pembuluh darah lebih banyak terjadi pada pria karena hormon esterogen yang lebih rendah tersebut.

3) Keturunan atau genetic

Tekanan darah, mekanisme pengaturan sistem reninangiotensin-aldosteron, sistem saraf simpatis, semuanya dipengaruhi secara genetik.

4) Obesitas

Sirkulasi serta tekanan di pembuluh darah dapat terganggu karena adanya lemak yang berlebihan di dalam tubuh.

5) Serum lipid

Meningkatnya trigliserida atau kolesterol meninggi resiko dari hipertensi.

6) Merokok

Rokok mengandung nikotin dan karbon monoksida. Nikotin dapat meningkatkan asam lemak, mengaktivasi trombosit, memicu aterosklerosis dan penyempitan pembuluh darah.

7) Stres

Stres dapat meningkatkan tekanan darah dalam waktu yang pendek, orang stres akan menstimulasi naiknya adrenalin.

8) Asupan garam

Konsumsi garam memiliki efek langsung terhadap tekanan darah terlalu banyak garam didalam tubuh akan membutuhkan banyak cairan

ekstraseluler untuk mengencerkannya kembali sehingga menaikkan tekanan darah.

9) Aktivitas fisik (olahraga)

Olahraga lebih banyak dihubungkan dengan pengelolaan hipertensi karena isotonik dan teratur dapat menurunkan tekanan darah.

b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder merupakan hipertensi yang disebabkan dari penyakit komorbid atau obat tertentu (Lisiswanti, 2017).

3. Klasifikasi Hipertensi

Berikut kategori tekanan darah menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2016) :

a. Normal

Normal apabila tekanan sistolik 120-129 mmHg dan tekanan diastolik 80-89 mmHg.

b. Normal-tinggi

Tekanan darah normal-tinggi apabila tekanan sistolik 130-139 mmHg dan tekanan diastolik 89 mmHg.

c. Hipertensi derajat 1

Hipertensi derajat 1 apabila tekanan sistolik 140-159 mmHg dan tekanan diastolik 90-99 mmHg.

d. Hipertensi derajat 2

Hipertensi derajat 2 apabila tekanan sistolik 160-179 mmHg dan tekanan diastolik 100 mmHg.

e. Hipertensi derajat 3

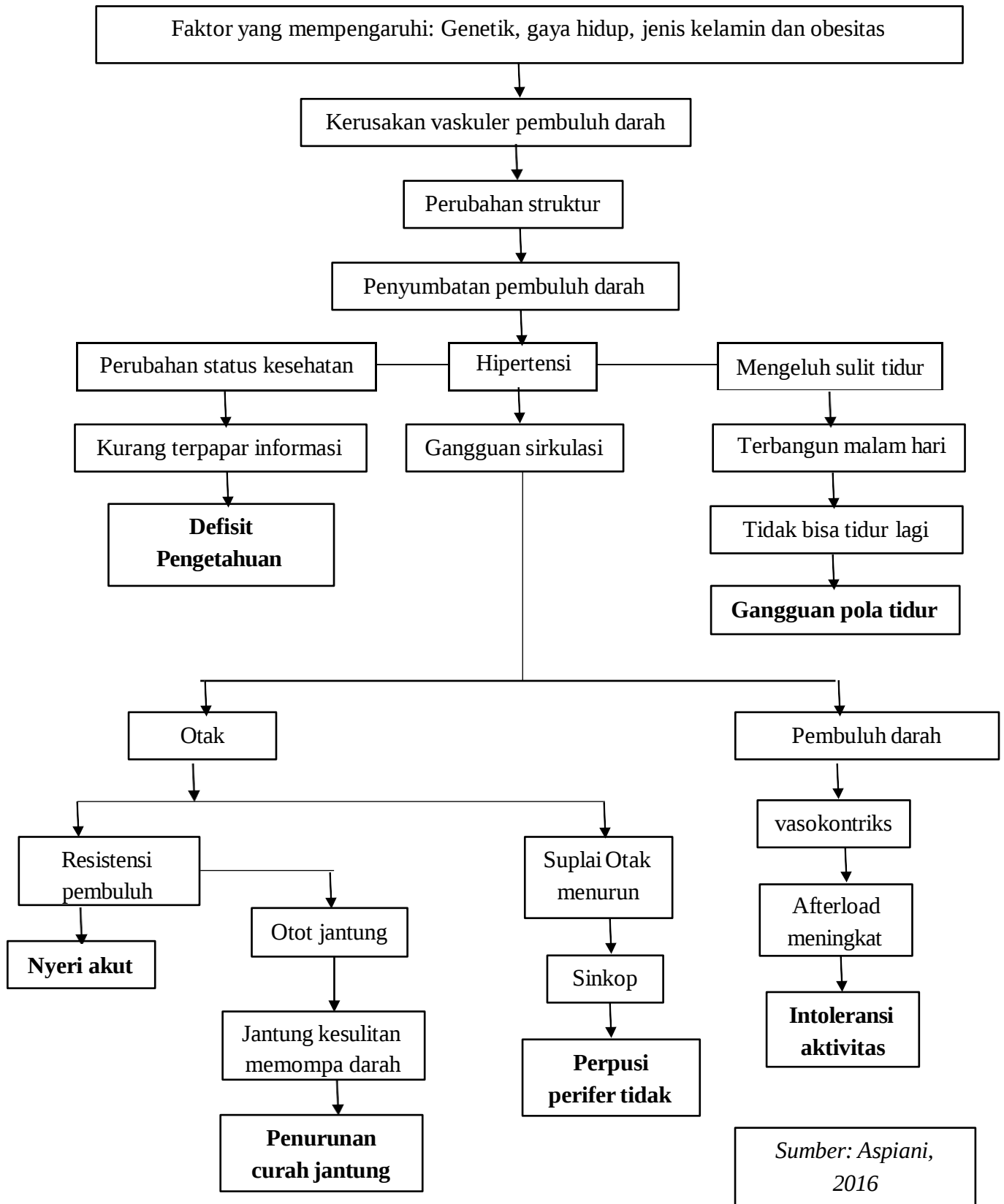
Hipertensi derajat 3 apabila tekanan sistolik lebih dari 180 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 110 mmHg.

4. Patofisiologi

Hipertensi dimulai dari aterosklerosis yang menyebabkan struktur anatomi pembuluh darah perifer mengalami gangguan dan berlanjut menjadi pembuluh darah yang kaku. Pembuluh darah yang kaku tersebut diiringi dengan pembentukan plak dan penyempitan yang menghambat peredaran darah perifer. Kekakuan dan kelambanan aliran darah menyebabkan beban jantung bertambah berat yang pada akhirnya mengakibatkan peningkatan kerja pompa jantung. Hal tersebut menjadi alasan mengapa peningkatan tekanan darah dalam sistem sirkulasi terjadi (Bustan, 2017).

Mekanisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jelas saraf simpatis yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergetar ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini neuron pre- ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriktor (Aspiani, 2016).

Bagan 2.1 Pathway Hipertensi



5. Manifestasi Klinis

Menurut Kemenkes RI (2019), tidak semua penderita hipertensi memiliki gejala secara tampak, mayoritas dari penderitanya mengetahui menderita hipertensi setelah melakukan pemeriksaan pada fasilitas kesehatan baik primer maupun sekunder. Hal ini pula yang mengakibatkan hipertensi dikenal dengan sebutan *the silent killer*. Tetapi pada beberapa penderita memiliki gejala seperti Sakit kepala, gelisah, jantung berdebar-debar, pusing, penglihatan kabur, rasa sesak di dada, mudah Lelah

6. Komplikasi

Tekanan darah yang tinggi umumnya meningkatkan resiko terjadinya komplikasi, penyakit hipertensi merupakan faktor resiko utama untuk terjadinya penyakit jantung, gagal jantung kongestif, stroke, gangguan penglihatan dan penyakit ginjal. Berikut ini adalah penjelasan mengenai komplikasi dari hipertensi :

a. Stroke

Stroke dapat terjadi akibat tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak yang mengakibatkan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada panyakit hipertensi kronis, apabila arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan penebalan.

b. Gagal Jantung

Tekanna darah tinggi memaksa otot jantung bekerja lebih berat untuk memompa darah. Kondisi ini berakibat otot jantung akan menebal dan

meregang sehingga daya pompa otot menurun, pada akhirnya, terjadi kegagalan kerja otot jantung.

c. Gagal Ginjal

Kerusakan pada ginjal disebabkan oleh tingginya tekanan pada kapiler-kapiler glomerulus. Rusaknya glomerulus membuat darah mengalir ke inti fungsional.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Lanjut Usia

Menurut Kholifa (2016) keperawatan gerontik merupakan salah satu pelayanan secara profesional didasarkan pada ilmu pengetahuan dan prosedur keperawatan yang bersifat komprehensif terbagi menjadi kebutuhan atau masalah biologis, psikologis, sosial, spiritual dan kultural diberikan kepada klien dengan kategori usia 60 tahun ke atas atau disebut lansia baik sehat maupun sakit.

1. Definisi Pengkajian

Menurut Khalifa (2016) pengkajian pada lansia merupakan tindakan observasi dan identifikasi kondisi lansia untuk memperoleh data sebagai penegak suatu diagnosis keperawatan, evaluasi dan kebutuhan pendidikan kesehatan yang diperlukan lansia.

a. Anamnesa

Adapun data yang dibutuhkan dalam anamnesa meliputi:

1) Identitas

Meliputi nama klien, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, alamat, pendidikan, pekerjaan agama.

2) Keluhan utama

Keluhan utama merupakan keluhan yang paling dirasakan oleh pasien saat ini. Pada pasien yang menderita hipertensi biasanya mengeluh nyeri kepala atau rasa berat pada tengkuk.

3) Riwayat Kesehatan sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari hipertensi, yang nantinya membantu dalam membuat rencana tindakan terhadap klien. Ini bisa berupa keluhan sakit kepala, pusing, tengkuk terasa tegang, lemas, berkeringat. Pada pengkajian nyeri menggunakan metode PQRST yaitu provoking: factor pencetus yang menyebabkan nyeri, quality :kualitas nyeri, region :lokasi nyeri, severity :yaitu mengenai keparahan nyeri yang dirasakan dengan menggunakan skala nyeri dari 1-10, dan yang terakhir time :yatu lamanya nyeri saat muncul.

4) Riwayat Kesehatan dahulu

Kaji sudah berapa lama klien menderita penyakit hipertensi, kaji juga apakah klien mempunyai riwayat penyakit menular seperti TBC, HIV/AIDS, hepatitis dan sebagainya.

5) Riwayat panyakit keluarga

Pada beberapa kasus hipertensi adanya factor keturunan menjadi penyebab utama seseorang menderita hipertensi. Sehingga diperlukan pengkajian lebih khusus pada pasien dengan riwayat keluarga hipertensi.

b. Pemeriksaan Fisik Head to Toe

Pemeriksaan fisik adalah suatu proses memeriksa tubuh dan fungsinya, dari ujung kepala sampai ujung kaki (head to toe), untuk menemukan adanya tanda-tanda dari suatu penyakit. Pemeriksaan fisik biasanya menggunakan teknik seperti inspeksi (melihat), auskultasi (mendengar), palpasi (meraba), dan perkusi (mengetuk).

- 1) Pada pemeriksaan kepala dan leher meliputi bentuk kepala, kulit kepala, jenis rambut, warna rambut, pola penyebaran rambut, kelainan, struktur wajar, warna kulit.
- 2) Pemeriksaan pada mata meliputi kelengkapan dan kesimetrisan, kelopak mata/ palpebral, kornea mata, kontungtiva dan sclera, pupil dan iris, ketajaman penglihatan/ visus, tekanan bola mata dan kelainan yang ada pada mata.
- 3) Pemeriksaan pada hidung meliputi cuping hidung, lubang hidung, ulang hidung dan septum nasi. Pada telinga meliputi bentuk telinga, ukuran telinga, ketegangan telinga, lubang telinga, ketajaman.
- 4) Pemeriksaan pada mulut dan faring meliputi keadaan bibir, keadaan gusi dan gigi,, keadaan lidah, palatum atau langit- langit dan orofaring.
- 5) Pemeriksaan pada leher meliputi posisi trakea, tiroid, suara, kelenjar lympe, vena juguralis dan denyut nadi karotis.
- 6) Pemeriksaan pada payudara dan ketiak meliputi ukuran dan bentuk payudara, warna payudara dan aerola, axilla dan klavikula serta kelainan-kelainan lainnya pada ketiak dan payudara.

- 7) Pemeriksaan pada thorax/ dada/ tulang belakang meliputi inspeksi (bentuk thorax dan penggunaan otot bantu pernafasan), palpasi (vocal premitus), perkusi dada dan auskultasi (suara nafas, suara ucapan dan suara nafas tambahan).
- 8) Pemeriksaan jantung meliputi inspeksi dan palpasi jantung, perkusi batas jantung (basic jantung, pinggang jantung, apeks jantung). Auskultasi pada jantung (bunyi jantung 1, bunyi jantung 2, bunyi jantung tambahan, bising/ murmur dan frekuensi bunyi jantung).
- 9) Pemeriksaan abdomen saat inspeksi meliputi bentuk abdomen, benjolan/ massa, dan bayangan pembuluh darah. Saat auskultasi mendengarkan bising atau peristaltik usus. Saat palpasi meliputi nyeri tekan, benjolan/ massa, pembesaran hepar, lien dan titik Mc. Burney. Saat perkusi meliputi suara abdomen dan pemeriksaan asites abdomen.
- 10) Pemeriksaan kelamin dan sekitarnya pada anus dan perineum meliputi pubis, meatus uretra dan kelainan lainnya. Sedangkan pada anus dan perineum meliputi lubang anus, kelainan pada anus dan keadaan perineum.
- 11) Pemeriksaan muskuloskeletal meliputi kesimetrisan otot, pemeriksaan oedema, kekuatan otot dan kelainan punggung dan ekstremitas serta kuku.
- 12) Pemeriksaan integumen meliputi kebersihan, kehangatan, tekstur, warna, turgor, kelembapan dan kelainan pada kulit/lesi.

13) Pemeriksaan nerologis meliputi tingkat kesadaran atau GCS, dan tanda rangsangan otak atau meningeal sign. Kemudian pemeriksaan syaraf otak (N1-N XII), fungsi motorik, fungsi sensorik, dan reflex baik fisiologis maupun patologis.

c. Aktivitas Sehai-hari (ADL)

1) Pola nutrisi dan cairan

Pola aspek ini dikaji mengenai kebiasaan makan klien, peningkatan nafsu makan, mual, muntah, penurunan atau peningkatan berat badan, dan juga frekuensi minum pada klien (Tarwoto, 2019).

2) Pola Eliminasi

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

3) Pola Istirahat dan Tidur

Mengkaji kebiasaan jam tidur, kualitas tidur klien, serta adanya keluhan pada pola tidur klien.

4) Pola Personal hygiene

Mengkaji kebiasaan mandi, gosok gigi, ganti pakaian, mencuci rambut, kaji juga kemandirian klien dalam pemenuhan kebutuhan apakah memerlukan bantuan atau tidak.

5) Pola Aktivitas

Mengkaji kebiasaan pemanfaatan waktu klien dan adanya keluhan saat melakukan aktivitas atau tidak.

d. Pengkajian Fungsional

1) KATZ Indeks (Pemeriksaan Kemandirian Pada Aktivitas Kehidupan Sehari-hari)

Pemeriksaan dilakukan dengan memasukan klien dalam kategori yang sesuai dengan Tingkat kemandiriannya berdasarkan pengelompokan table dibawah:

Tabel 2.1
Penilaian KATZ Indeks

Kategori	Kriteria
KATZ Indeks A	Kemandirian dalam hal makan, kontinensia (BAB/BAK), berpindah, pergi ke toilet, berpakaian dan mandi.
KATZ Indeks B	Kemandirian dalam aktivitas sehari-hari kecuali salah satu dari fungsi tersebut diatas.
KATZ Indeks C	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut di atas.
KATZ Indeks	Kemandirian dalam aktivitas sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut diatas.
KATZ Indeks E	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan salah satu yang lain seperti tersebut diatas.
KATZ Indeks F	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali berpakaian, ke toilet, berpindah dan salah satu fungsi yang lain tersebut di atas.
KATZ Indeks G	Ketergantungan untuk semua (enam) fungsi yang tersebut di atas.
Lain-lain	Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C, D, E, atau F.

Interpretasi KATZ Indeks:

Mandiri berarti tanpa pengawasan, pengarahan, atau bantuan aktif dari orang lain. Lansia yang menolak untuk melakukan fungsi dianggap tidak melakukan fungsi meskipun lansia tersebut dianggap mampu.

2) Barthel Indeks

Tabel 2.2
Penilaian Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri
1.	Makan	5	10
2.	Minum	5	10
3.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur/sebaliknya	5-10	15
4.	<i>Personal toilet</i> (mencuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5
5.	Keluar masuk toilet (cuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10
6.	Mandi sendiri	5	15
7.	Jalan di permukaan datar	0	5
8.	Naik turun tangga	5	10
9.	Mengenakan pakaian	5	10
10.	Kontrol BAB	5	10
11.	Kontrol BAK	5	10
12.	Olahraga/Latihan	5	10
13.	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10
SKOR			

Interpretasi Barthel Indeks:

130 :Mandiri

65-125 :Lansia ketergantungan sebagian

<60 :Ketergantungan Total

e. Pengkajian Emosional

Pertanyaan tahap 1:

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

Lanjut jika jawaban “Ya” lebih dari 1

Perrtanyaan tahap 2:

- 1) Adakah keluhan >dari 3 dalam 1 bulan terakhir?

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

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

f. Pengkajian status mental

1) Short Portable Mental Status Questioner

Pengkajian ini dilakukan untuk menilai fungsi intelektual maupun mental dari lansia sehingga dapat diketahui ada atau tidaknya deficit otak pada pasien lansia.

Tabel 2.3
Penilaian SPMSQ

Benar	Salah	No	Pertanyaan	Jawaban
		1.	Tanggal berapa hari ini?	
		2.	Hari apa sekarang?	
		3.	Apa nama tempat ini?	
		4.	Berapa nomor telepon anda? Dimana Alamat anda?	
		5.	Berapa umur anda?	
		6.	Kapan anda lahir?	
		7.	Siapa presiden Indonesia sekarang?	
		8.	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?	
		9.	Siapa nama ibu anda?	
		10.	Kurangi 3 dari 20 dan tetap kurangi sampai 3 kali pengukuran	

Interpretasi SPMSQ:

Kesalahan 0-2 : Intelektual Utuh

Kesalahan 3-4 : Kerusakan Intelektual Ringan

Kesalahan 5-7 :Kerusakan Intelektual Sedang

Kesalahan 8-10 :Kerusakan Intelektual Berat

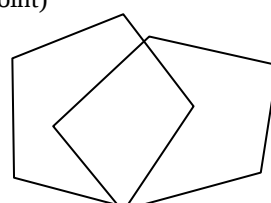
2) Mini Mental Stase Examination (MMSE)

Alat yang digunakan untuk mengetahui status mental klien dan menilai penilaian kognitif pada lansia seiring bertambahnya lansia.

Tabel 2.4
Penilaian MMSE

NO	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1.	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar Tahun berapa sekarang? Musim apa sekarang? Tanggal berapa sekarang? Hari apa sekarang? Bulan apa sekarang?
2.	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada Negara apa? Provinsi apa? Kota apa? Panti/desa/kampung apa? Alamat dimana?
3.	Registrasi	3	3	Sebutkan tiga nama objek (ditunjukan pemeriksaan selama 1 detik untuk mengatakan setiap objek yang ditunjukan), lalu tanya Kembali ketiga barang obyek tersebut pada klien setelah disebutkan sebelumnya. Beri 1 point untuk tiap jawabna benar, lalu ulangi sampai klien mempelajari ketiganya dan catat. Pengulangann pertama menentukan skor (maksimal 3), tapi tetap klien disuruh mengulang (maksimal 6 kali), jika gagal maka tidak dilakukan test pada aspek MENGINAT
4.	Perhaian dan kalkulasi	5	5	Meminta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/Tingkat (niai 1 point untuk tiap jawabna benar) 93 86 79 72 65

				Atau jika lansia tidak bisa berhitung, bisa mengeja kalimat secara mundur (skor adalah jumlah urutan huruf yang disebutkan dengan benar, 1 point untuk setiap hurufnya), misal DUNIA (eja: A-I-N-U-D)
5.	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga objek yang telah sebutkan pada nomor 2 (REGISTRASI), bila benar beri nilai 1 point untuk setiap objek yang disebutkan.
6.	Bahasa	2	2	Memberi nama (naming) Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan Namanya, lalu ulangi sekali lagi untuk benda yang lain (misal jam tangan atau pensil), point 1 untuk masing-masing jawaban benar (skor=2).
7.	Bahasa	1	1	Pengulangan Minta klien untuk mengulang kalimat setelah kita sebutkan lebih dahulu, misalnya : “namun”, “tanpa”, “bila” atau kata yang lebih sulit lagi: “Taka ada jika, dan, atau, tetapi” Hanya diulang 1 kali mencoba. Point 1 jika diulang sempurna dan 0 jika tidak benar secara keseluruhan.
8.	Bahasa	3	3	Perintah 3 tahap Ucapkan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembar kertas kosong, minta untuk melipatnya menjadi 2 kemudian minta untuk menaruhnya di lantai. Nilai 1 untuk masing-masing perintah yang dilakukan dengan benar.
9.	Bahasa	1	1	Membaca (reading) Minta selembar kertas kosong tulis kalimat: “Pejamkan mata anda” Ditulis besar dan dapat dibaca jelas oleh lansia. Minta lansia membacanya dan melakukan apa yang tertulis (point 1 hanya diberikan jika klien menutup mata setelah membaca kalimat)
10.	Bahasa	1	1	Menulis (writing) Berikan selembar kertas kosong dan minta klien untuk menulis sebuah kalimat. Jangan mendikte kalimat tapi harus ditulis secara spontan, kalimat minimal harus

				terdiri dari subjek/kata benda dan predikat/kata kerja, ejaan/tanda baca tidak diperhitungkan, jika benar beri nilai 1 point.
11.	Bahasa	1	1	Menyalin (copying) berikan selembar kertas kosong, minta lansia untuk menyalin gambar seperti dibawah ini, 10 sisi harus ada dan keduanya bersinggungan, jika benar beri nilai 1 point) 

Intepretasi MMSE

Nilai 24-30 :Tdak ada gangguan kognotif/normal

Nilai 18-23 :Gangguan kognitif sedang

Nilai 0-17 :Gnagguan kognitif berat

g. Pengkajian keseimbangan

Tabel 2.5
Penilaian Keseimbangan Lansia

No	Kriteria	Normal	Gangguan
	A. Perubahan posisi/gerakan keseimbangan		
1.	Bangun dari kursi		
2.	Duduk ke kursi		
3.	Menahan dorongan pada sternum 3x		
4.	Mata tertutup		
5.	Perputaran leher		
6.	Gerakan menggapai sesuatu		
7.	Membungkuk		
	B. Komponen gaya berjalan atau gerakan		
1.	Berjalan sesuai perintah		
2.	Kemampuan mengangkat kaki saat jalan		
3.	Kontinuitas/konsisten dalam langkah kaki/mengangkat kaki		
4.	Kesimetrisan langkah		
5.	Penyimpangan jalur saat berjalan		
6.	berbalik		

Interpretasi Hasil:

0-5 : Tidak Resiko Jatuh

6-10 :Resiko Jatuh Rendah

11-13 :Resiko Jatuh Tinggi

h. Analisa Data

Analisa data bertujuan untuk membantu kita mempertimbangkan data apa yang kita kumpulkan dalam pengkajian skrining mungkin berarti, atau untuk membantu mengidentifikasi data tambahan yang perlu dikumpulkan (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Tabel 2.6
Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	Gejala dan Tanda Mayor DS: a. Mengeluh nyeri DO: a. Tampak meringis b. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindar) c. Gelisah d. Frekuensi nadi meningkat Gejala dan Tanda Minor DS:- DO: a. Tekanan darah meningkat b. Pola napas berubah c. Nafsu makan berubah d. Proses berfikir terganggu e. Menarik diri f. Berfokus pada diri sendiri g. diaforesis	Faktor yang mempengaruhi:genetic, gaya hidup, jenis kelamin dan obesitas ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Hipertensi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Otak ↓ Resistensi pembuluh darah ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut
2.	Gejala dan Tanda Mayor DS:- DO: a. Pengisian kapiler (capillary refill)>3 detik b. Nadi perifer menurun atau tidak teraba c. Akral teraba dingin d. Warna kulit pucat	Faktor yang mempengaruhi:genetic, gaya hidup, jenis kelamin dan obesitas ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur	Perfusi perifer tidak efektif

	e. Turgor kulit menurun Gejala dan Tanda Minor DS: a. Parastesia b. Nyeri ekstremitas DO: a. Edema b. Penyumbatan luka lambat c. Indeks anklebrachial <0,90 d. Bruit femoral	↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Hipertensi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Otak ↓ Penurunan suplai O₂ ke otak ↓ Perfusi perifer tidak efektif	
3.	Gejala dan Tanda Mayor DS: a. Perubahan irama Jantung 1) Palpitasi b. Perubahan preload 1) Lelah c. Perubahan afterload 1) Dispnea d. Perubahan kontraktilitas 1) Paroxysmal nocturnal sypnsnea (PND) 2) Ortopnea 3) batur DO: a. Perubahan irama jantung 1) Bradikardia/takikardia 2) Gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi b. Perubahan preload 1) Edema 2) Distensi vena jugularis 3) Central venos pressure (CVP) meningkat/menurun 4) hepatomegali c. Perubahan afterload 1) Tekanna darah meningkat/menurun 2) Nadi perifer teraba lemah 3) Capillary refill time >3 detik 4) Warna kulit pucat/sianosis d. Perubahan kontraktilitas Gejala dan Tanda Minor DS: a. Perubahan preload b. Perubahan afterload c. Perubahan kontraktilitas d. Perilaku/emosional 1) Cemas 2) gelisah	Faktor yang mempengaruhi: genetic, gaya hidup, jenis kelamin dan obesitas ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Hipertensi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Otak ↓ Resistensi pembuluh darah ↓ Otot jantung menebal ↓ Jantung kesulitan memompa darah ↓ Penurunan Curah Jantung	Penurunan curah jantung

	DO: a. Perubahan preload 1) Murmur jantung 2) Berat badan bertambah 3) Pulmonary artery wedge pressure (PAWP) menurun b. Perubahan afterload 1) Pulmonary vascular resistance (PVR) meningkat/menurun 2) Systemic vascular resistance (SVR) meningkat/menurun c. Perubahan kontraktilitas 1) Cardiac indeks (CI) menurun 2) Left ventricular stroke work indeks (LVSWI) menurun 3) Stroke volume index (SVI) menurun d. Perilaku/emosional		
4.	Gejala dan Tanda Mayor DS: a. Mengeluh lelah DO: a. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi sehat Gejala dan Tanda Minor DS: a. Dipsnea saat/setelah aktivitas b. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas c. Merasa lemah DO: a. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat b. Gambaran EKG menunjukkan askemia c. Sianosis	Faktor yang mempengaruhi: genetic, gaya hidup, jenis kelamin dan obesitas ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Hipertensi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Pembuluh darah siskemik ↓ Vasokontriksi ↓ Afterload meningkat ↓ Kelelahan ↓ Intoleransi Aktivitas	Intoleransi Aktivitas
5.	Gejaladan Tnada Mayor DS: a. Menanyakan masalah yang dihadapi DO: a. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran b. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	Faktor yang mempengaruhi: genetic, gaya hidup, jenis kelamin dan obesitas ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur	Defisit pengetahuan

	Gejala dan Tanda Minor DS:- DO: a. Menjalani pemeriksaan yang tidak sesuai b. Menunjukkan perilaku tidak tepat	↓ Hipertensi ↓ Perubahan status Kesehatan ↓ Kurang terpapar informasi ↓ Defisit Pengetahuan	
6.	Gejala dan Tanda Mayor DS: a. Mengeluh sulit tidur b. Mengeluh sering terjaga c. Mengeluh tidak puas tidur d. Mengeluh pola tidur berubah e. Mengeluh istirahat tidak cukup DO:- Gejala dan Tanda Minor DS: a. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun DO:-	Faktor yang mempengaruhi: genetic, gaya hidup, jenis kelamin dan obesitas ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Hipertensi ↓ Mengeluh sulit tidur ↓ Terbangun pada malam hari ↓ Tidak bisa tidur lagi ↓ Gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis sebagai akibat dari masalah kesehatan yang sudah terjadi maupun yang masih beresiko. Diagnosa keperawatan sejalan dengan diagnosa medis, sebab dalam mengumpulkan data, yang dibutuhkan untuk menegakan diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis (Muryanti, 2017).

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi pasien dengan hipertensi menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

- a. Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis (D.0077)

- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.0009)
- c. Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan perubahan Afterload (D.0008)
- d. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan (D.0056)
- e. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)
- f. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Nyeri (D.0055)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017).

Tabel 2.7
SDKI, SLKI, SIKI

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis	Tingkatkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Frekuensi nadi membaik 4) Tekanan darah membaik	Management Nyeri (I.08238) Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon 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 nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3) Fasilitasi istirahat dan 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 nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan	Perfusi Perifer (L.02012) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil:	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi 1) Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisapan kapiler, warna,

	peningkatan tekanan darah	1) Kekuatan nadi perifer meningkat 2) Warna kulit pucat menurun 3) Pengisian kapiler membaik 4) Akral membaik 5) Turgor kulit membaik	suhu, ankle-brachial index) 2) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis, diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi) 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik 1) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan berfungsi 3) Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 4) Lakukan pencegahan infeksi 5) Lakukan perawatan kaki dan kuku 6) Lakukan hidrasi Edukasi 1) Anjurkan berhenti merokok 2) Anjurkan berolahraga rutin 3) Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 4) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurunan kolesterol, jika perlu 5) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 6) Anjurkan menghindari penggunaan obat penyakit beta 7) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki) 8) Anjurkan program rehabilitasi vaskuler 9) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah
--	---------------------------	---	---

			lemak jenuh, minyak ikan omega 3) 10) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya Rasa)
3.	(D.0008) Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Afterload perubahan Afterload	Curah Jantung (I.02008) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: 1) Takikardi menurun 2) Tekanan darah membaik 3) pengisian kapiler membaik	Perawatan jantung (I.02075) Observasi 1) Identifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP) 2) Identifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 3) Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) 4) Monitor intake dan output cairan 5) Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama 6) Monitor saturasi oksigen 7) Monitor keluhan nyeri dada (mis. intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri) 8) Monitor EKG 12 sadapan 9) Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) 10) Monitor nilai laboratorium jantung (mis. elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP) 11) Monitor fungsi alat pacu jantung 12) Periksa tekanan darah dan fungsi nadi sebelum dan sesudah aktivitas 13) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum

			pemberian obat (mis. beta blocker, ACE inhibitor, calcium channel blocker, digoksin) Terapeutik 1) Posisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 2) Berikan diet jantung yang sesuai (mis. batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) 3) Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermiten, sesuai indikasi 4) Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat 5) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 6) Berikan dukungan emosional dan spiritual 7) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% Edukasi 1) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 2) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 3) Anjurkan berhenti merokok 4) Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian 5) Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu 2) Rujuk ke program rehabilitasi jantung
4.	(D.0056) Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan	Intoransi Aktivitas (L.05047) Setelah dilakukan atindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: 1) Keluhan mudah Lelah menurun	Manajemen Energi (I.05178) Observasi 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional 3) Monitor pola dan jam tidur

		2) Dipsnea saat aktivitas menurun	4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif 3) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 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 koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
5.	(D.011) Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Tingkat Pengetahuan (I.12111) Setelah dilakukan kunjungan selama hari yang ditentukan diharapkan: 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat 2) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 3) Perilaku membaik	Edukasi Kesehatan (I.12383) 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 bertanya 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 bersih dan sehat
6.	(D.0055) Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Nyeri	Pola Tidur (L.05045) Setelah dilakukan kunjungan selama hari yang ditentukan diharapkan: 1) Keluhan sulit tidur menurun 2) Keluhan sering terjaga menurun 3) Keluhan tidak puas tidur menurun 4) Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur (I.09265) Observasi 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 1) Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2) Batas waktu tidur siang, jika perlu 3) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4) Tetapkan jadwal tidur rutin 5) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6) Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga Edukasi 1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3) Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur 4) Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM

			5) Ajarkan faktor-faktor berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja 6) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
--	--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status Kesehatan yang dihadapi. Status Kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Muryanti, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti, 2017).

Untuk memudahkan perawat dalam mengevaluasi perkembangan pasien, maka digunakan SOAP/SOAPIE/SOAPIER. Format evaluasi menggunakan:

S : Subjek adalah informasi yang berupa ungkapan yang di dapat dari pasien setelah Tindakan dilakukan.

O : Objek adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah dilakukan Tindakan.

A : Analisa 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.

I : Implementasi adalah pelaksanaan sesuai dengan rencana yang disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien.

E : Evaluasi adalah respon atau penilaian dari Tindakan yang telah dilakukan.

R : Reasiment adalah mencerminkan perubahan rencana asuhan dengan cepat, memperhatikan hasil evaluasi, serta implementasi yang telah dilakukan. Hasil evaluasi digunakan untuk menentukan ada tidaknya perbaikan atau perubahan intervensi dan tindakan (Kemenks, 2017).

6. Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan adalah proses pencatatan dan pengumpulan berbagai bukti dari seluruh pelaksanaan pelaksanaan proses keperawatan. Proses dokumentasi ini menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang mencatat berbagai tanggapan dan respon pasien terhadap berbagai Tindakan

medis dan Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Prabowo, 2017).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

Identitas Klien

Nama : Ny.N

Umur : 73 Tahun

Alamat : Kp.Sindang Kerta, RW/RT:005/001, Desa
Kertajaya , Kecamatan Cibatu, Kabupaten
Garut .

Pendidikan : SD

Jenis kelamin : Perempuan

Status perkawinan : Cerai mati

Agama : Islam

Suku : Sunda

Tanggal pengkajian : 23 April 2025

Diagnosa medis : Hipertensi

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh sakit kepala

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 23 April 2025 Pukul 12.35 WIB, didapatkan hasil klien mengeluh nyeri kepala. Klien mengatakan nyeri dirasakan dalam jangka waktu yang cukup lama. Klien juga mengatakan nyeri kepala terasa seperti berputar-putar dan membuat telinga terasa berdenging. Nyeri dirasakan pada area kepala menjalar ke kepala bagian belakang, dan memberat pada area tengkuk hingga bahu. Dari skala 1-10 klien mengatakan nyeri kepalanya berada pada skala 6, terkadang jika sangat parah nyeri yang dirasakan mempengaruhi aktivitas klien. Klien mengatakan nyeri terkadang muncul tidak menentu tapi paling sering dirasakan saat bangun tidur dan berkurang saat

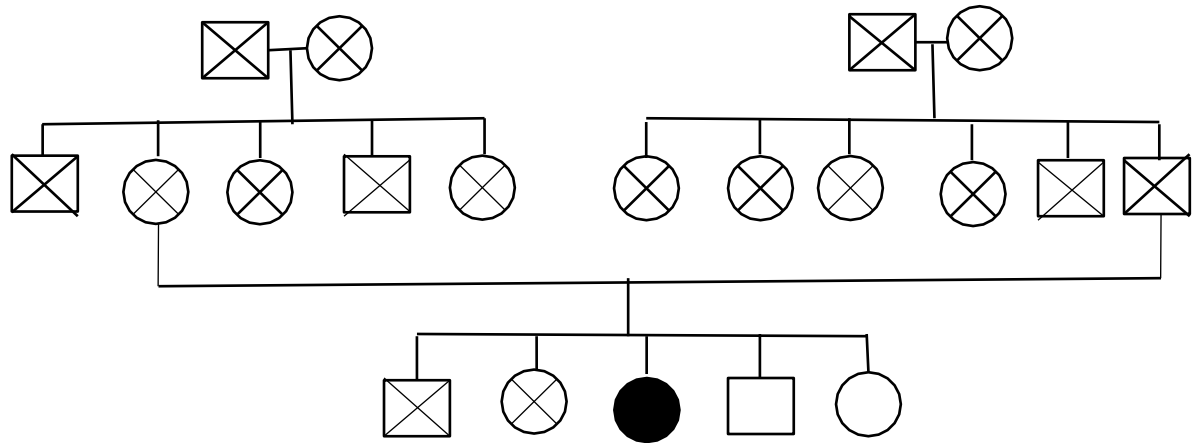
3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut penuturan klien, klien sudah menderita hipertensi lebih dari 3 tahun. Keluarga juga menambahkan bahwa klien senang makan ikan asin dan sering mengkonsumsi kafein sejak usia muda. Keluarga juga mengatakan bahwa klien mempunyai Riwayat diabetes melitus tipe II dan lambung.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan bahwa penyakit hipertensi yang dideritanya juga diderita oleh anaknya yang ke 3. Klien juga menambahkan tidak mempunyai penyakit menular seperti TBC, HIV/AIDS dan penyakit menular yang lainnya.

Bagan 3.1 Genogram Keluarga Ny. N



Keterangan :

-  : Laki-laki sudah meninggal
-  : Perempuan sudah meninggal
-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Pasien
-  : Garis pernikahan
-  : Garis keturunan

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Keadaan umum klien : Klien tampak pucat

Kesadaran : Compos Mentis (E4M5V6)

2) Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 170/100 mmHg

Nadi :98x/menit

Respirasi :22x/menit

Suhu :36,4 C

3) Pemeriksaan Antropometri

Tinggi Badan :147 cm

Berat Badan :53 kg

4) Pemeriksana Head to Toe

a) Kepala

Inspeksi: bentuk kepala dan wajah simetris, penyebaran rambut merata, rambut berwarna hitam dan putih. Palpasi: tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada lesi. Lainnya: klien mengeluh nyeri kepala.

b) Mata

Inspeksi: mata kanan dan kiri simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih. Palpasi: tidak ada masa, tidak ada nyeri tekan. Lainnya: Klien mengatakan penglihatan kurang jelas bahkan dari jarak kurang dari 1 meter atau dalam kondisi gelap.

c) Hidung

Inspeksi: bentuk hidung simetris, tidak ada pengeluaran darah ataupun secret. Palpasi: tidak ada masa, tidak ada nyeri tekan.

d) Mulut

Inspeksi: bentuk bibir simetris, mukosa bibir kering, lidah bersih. Palpasi: tidak ada masa, tidak ada nyeri tekan.

e) Telinga

Inspeksi: kedua telinga simetris, tidak ada masa atau pembengkakan, tidak ada pengeluaran darah dari telinga, fungsi pendengaran mulai menurun ditandai dengan klien bertanya lebih dari dua kali saat perawat bertanya kepada klien dan sering tidak merespon saat klien bertanya dengan nada yang pelan. Palpasi: klien mengatakan tidak ada nyeri tekan. Lainnya: klien mengatakan telinga sering berdengung.

f) Leher

Inspeksi: tidak ada pembengkakan, tidak ada lesi. Palpasi: tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis. Lainnya: klien mengatakan sakit kepala menjalar ke leher belakang.

g) Thoraks

Paru-paru:

Inspeksi: bentuk dada simetris, tidak ada lesi, pengembangan paru saat bernafas simetris. Palpasi: tidak ada nyeri tekan. Auskultasi: tidak ada bunyi nafas tambahan. Perkusi: suara sonor.

Jantung:

Inspeksi: bentuk dada simetris, tidak ada lesi. Palpasi: tidak ada nyeri tekan. Perkusi: terdengar bunyi redup atau dullnes
Auskultasi: bunyi jantung S1 dan S2

h) Abdomen

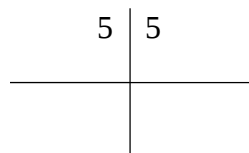
Inspeksi: bentuk perut terlihat simetris, tidak ditemukan pembengkakan atau masa. Palpasi: tidak ada nyeri tekan.
Auskultasi: peristaltic usus 8x/menit. Perkusi: terdengar bunyi timpani

i) Ekstremitas

Atas:

Inspeksi: pergerakan tangan kanan dan kiri terkoordinir, tidak ada sianosis, edema ataupun lesi. tidak ada kesulitan menggerakkan ekstremitas atas.

Tonus otot:



Keterangan :

Kekuatan otot ekstremitas atas 5 yang artinya kekuatan otot klien normal (dapat bergerak secara bebas).

Bawah:

Inspeksi: pergerakan kaki kanan dan kiri terkordinir, tidak ada sianosis, edema ataupun lesi. Tidak ada kesulitan menggerakan ekstremitas bawah, CRT <2 detik

Tonus otot:

5	5

Keterangan :

Kekuatan otot ektremitas bawah 5 yang artinya kekuatan otot klien normal (dapat bergerak secara bebas).

j) Genetalia

Tidak ada keluhan pada area genetalia

k) Integument

Kulit tampak keriput, turgor kulit kurang elastis, tekstur kulit mengendur, warna kulit pucat.

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.1
Aktivitas Hidup Sehari-hari

No	Aktivitas	Sebelum sakit	Saat sakit
1.	Nutrisi + Cairan Nutrisi 1) Frekuensi 2) Jenis makanan 3) Nafsu makan 4) Keluhan Cairan 1) Frekuensi 2) Jenis 3) Keluhan	3x sehari Nasi, ikan, telur Baik Tidak ada	3x sehari Nasi, ikan, telur Baik Tidak ada
2.	Eliminasi BAK 1) Frekuensi 2) Warna 3) Keluhan	5x sehari Khas urin Tidak ada keluhan	8x sehari Khas urin

	BAB 1) Frekuensi 2) Warna 3) Konsistensi 4) Keluhan	1x sehari Khas feses Lembek Tidak ada keluhan	Sering berkemih dimalam hari 1x sehari Khas feses Lembek Tidak ada keluhan
3.	Personal hygiene 1) Mandi 2) Gosok gigi 3) Keramas 4) Gunting kuku	1x sehari 2x sehari 2x/minggu Ketika kuku panjang	1x sehari 2x sehari 2x/minggu Ketika kuku panjang
4.	Istirahat dan tidur Tidur siang 1) Lama tidur 2) Kualitas 3) Keluhan Tidur malam 1) Lama tidur 2) Kualitas 3) Keluhan	Tidak menentu Nyenyak Tidak ada keluhan 6/7 jam Nyenyak Tidak ada keluhan	30 menit-1 jam Kurang nyenyak Sakit kepala 4/5 jam Kurang nyenyak Sakit kepala
5.	Aktivitas 1) Olahraga 2) Frekuensi 3) Keluhan dalam aktivitas	Jarang olahraga Tidak menentu Tidak ada keluhan	Jarang olahraga Tidak menentu Sering kelelahan
6.	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	Klien berkunjung ke rumah anaknya yang diluar kota	Klien hanya menonton tv untuk hiburan

e. Pengkajian Fungsional

- 1) KATS Indeks (Indeks kemandirian pada aktivitas kehidupan sehari-hari)

Tabel 3.2
Penilaian KATS Indeks

Kategori	Kriteria
KATZ Indeks A	Kemandirian dalam hal makan, kontinensia (BAB/BAK), berpindah, pergi ke toilet, berpakaian dan mandi.
KATZ Indeks B	Kemandirian dalam aktivitas sehari-hari kecuali salah satu dari fungsi tersebut diatas.
KATZ Indeks C	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut di atas.
KATZ Indeks D	Kemandirian dalam aktivitas sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut diatas.
KATZ Indeks E	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan salah satu yang salin sepertidia atas.

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

Interpretasi hasil

Tingkat kemandirian Ny. N termasuk kategori KATZ Indeks A yang artinya Tingkat kemandiriannya semua mandiri dimulai dari mandi, berpakaian, pergi ke toilet, berpindah, BAB/BAK, dan makan secara mandiri.

2) Modifikasi Barthel Indeks

Tabel 3.3
Penilaian Barthel Indeks

No	Kriteria	Skor Lansia
1.	Makan	10
2.	Minum	10
3.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur/sebaliknya	15
4.	<i>Personal toilet</i> (mencuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	5
5.	Keluar masuk toilet (cuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	10
6.	Mandi sendiri	15
7.	Jalan di permukaan datar	5
8.	Naik turun tangga	10
9.	Mengenakan pakaian	10
10.	Kontrol BAB	10
11.	Kontrol BAK	10
12.	Olahraga/Latihan	10
13.	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	10
	SKOR	130

Interpretasi hasil

Setelah dilakukan pengkajian didapatkan hasil skor 130, yaitu dengan keterangan Ny. N melakukan aktivitas secara mandiri.

f. Pengkajian Emosional

Pertanyaan tahap 1:

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

Interpretasi hasil

Berdasarkan hasil pengkajian Ny. N memberikan jawaban YA 1 kali pada setiap pertanyaan. Maka menunjukkan bahwa masalah emosional klien negatif (-).

g. Pengkajian status Mental

- 1) Pengkajian SPMSQ (Short Portable Status Questioner)

Tabel 3.4
Penilaian SPMSQ

Benar	Salah	No	Pertanyaan	Jawaban
✓		1.	Tanggal berapa hari ini?	23
✓		2.	Hari apa sekarang?	Rabu
✓		3.	Apa nama tempat ini?	Rumah, Kp.sindang kerta
✓		4.	Berapa nomor telepon anda?Dimana Alamat anda?	Kp.sindang kerta, RW/RT 005/001, Desa kertajaya, Kecamatan Cibat
✓		5.	Berapa umur anda?	73 tahun
✓		6.	Kapan anda lahir?	10 Februari 1952
✓		7.	Siapa presiden Indonesia sekarang?	Prabowo
✓		8.	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?	Jokowi
✓		9.	Siapa nama ibu anda?	Iti
✓		10.	Kurangi 3 dari 20 dan tetap kurangi sampai 3 kali pengukuran	20-3=17 17-3=14 14-3=11 11-3=8 8-3=5 5-3=2

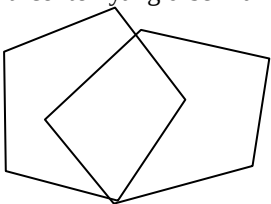
Interpretasi hasil

Setelah dilakukan pengkajian Ny. N menjawab pertanyaan dengan benar dan artinya fungsi intelektual Ny.N utuh.

2) Pengkajian MMSE (Mini Mental Stase Examination)

Tabel 3.6
Pengkajian MMSE

NO	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1.	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar 1) Tahun : 2025 2) Musim : hujan 3) Tanggal : 23 4) Hari : Rabu 5) Bulan : April
2.	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada 1) Negara : Indonesia 2) Provinsi : Jawa barat 3) Kota : Garut 4) Panti/desa/kampung:kampung sindaang kerta. 5) Alamat : Kp.sindang kerta, RW/RT:005/001, Desa Kertajaya
3.	Registrasi	3	3	Sebutkan tiga nama objek 1) Buku 2) Pulpen 3) Hanphone
4.	Perhaian dan kalkulasi	5	5	Meminta klien berhitung mulai drai 100 kemudiankurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban klien: 1) 93 2) 86 3) 79 4) 72 5) 65 6) 58 7) 51 8) Tidak menjaab
5.	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mnegulangi ketiga objek yang telah ditentukan pada nomor (2) registrasi 1) Buku 2) Pulpen 3) Hanphone
6.	Bahasa	2	2	Memberi nama (naming)

				Meminta klien nunjukan suatu benda (baju) lalu ulang sekali lagi untuk benda yang lain (Sepatu) Klien mampu mengikuti perintah
7.	Bahasa	1	1	Pengulangan Minta kien untuk mengulang kalimat setelah kita sebutkan lebih dahulu, misalnya : “namun, tanpa, bila, atau kata yag lebih sulit lagi.” “kucing itu sangat lucu” klien mampu mengulang kalimat dengan benar
8.	Bahasa	3	3	Perintah 3 tahap Ucapkan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembar kertas kosong, minnta untuk melipatnya menjadi 2 kemudian minta untuk menaruhnya di lantai. Klien mampu mengikuti perintah
9.	Bahasa	1	1	Membaca (reading) Minta klien untuk membaca kalimat dalam kertas yang ditulis “Ibu sangat cantik” Klien mampu membaca meski sedikit kesulitan
10.	Bahasa	1	1	Menulis (writing) Berikan selembar kertas kosong dan minta klien untuk menulis sebuah kalimat yang terdiri dari subjek/kata benda, predikat/kata kerja. Klien mampu mengikuti perintah dengan menulis kalimat “Neng geulis”
11.	Bahasa	1	1	Menyalin (copying) Meminta klien untuk menggambar seperti contoh yang diberikan  Klien mampu mengikuti peintah dan menggambar sesuai dengan contoh.

Interpretasi hasil

Dari hasil pengkajian Ny. N didapatkan skor 30 artinya fungsi kognitif klien normal.

h. Pengkajian Keseimbangan

Tabel 3.6
Pengkajian Keseimbangan

No	Kriteria	Normal	Gangguan
A	Perubahan posisi/Gerakan keseimbangan		
1.	Bangun dari kursi	✓	
2.	Duduk ke kursi	✓	
3.	Menahan dorongan pada sternum (3x)		✓
4.	Perputaran leher	✓	
5.	Makan tertutup		
6.	Gerakan mengempal sesuatu	✓	
7.	Membungkuk	✓	
B	Komponen gaya berjalan atau Gerakan		
8.	Berjalan sesuai perintah	✓	
9.	Kemampuan mengangkat kaki saat berjalan	✓	
10.	Kontinuitas/konsistensi dalam Langkah kaki/mengangkat kaki	✓	
11.	Kesimetrisan langkah	✓	
12.	Penyimpangan jalur saat berjalan	✓	
13.	Berbalik	✓	

Interpretasi:

Dari hasil pengkajian Ny. N termasuk kategori tidak beresiko jatuh

i. Analisa Data

Tabel 3.7
Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	Tanda dan Gejala Mayor DS: a. Klien mengeluh nyeri DO: a. klien tampak meringis Tanda dan Gejala Minor DS:- DO:	Faktor yang mempengaruhi: genetic, gaya hidup, jenis kelamin dan obesitas ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Hipertensi ↓	Nyeri akut (D.0077)

	a. Tekanan darah meningkat b. Berfokus pada diri sendiri	Gangguan sirkulasi ↓ Otak ↓ Resistensi pembuluh darah ↓ Nyeri Akut	
2.	Tanda dan Gejala Mayor DS: a. Mengeluh sulit tidur b. Mengeluh sering terjaga c. Mengeluh tidak puas tidur d. Mengeluh pola tidur berubah e. Mengeluh istirahat tidak cukup DO:- Tanda dan Gejala Minor DS:- DO:-	Faktor yang mempengaruhi:genetic, gaya hidup, jenis kelamin dan obesitas ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Preubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Hipertensi ↓ Mengeluh sulit tidur ↓ Terbnagun pada mala hari ↓ Tidak bisa tidur lagi ↓ Gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur (D.0054)
3.	Gejala dan Tanda Minor DS: a. Menanyakan masalah yang dihadapi DO: a. Menunjukan perilaku tidak sesuai anjuran b. Menunjukan persepsi yang keliru terhadap masalah Gejala dan Tanda Minor DS:- DO: a. Menjalani pemeriksaan yang tidak sesuai b. Menunjukan perilaku tidak tepat	Faktor yang mempengaruhi:genetic, gaya hidup, jenis kelamin dan obesitas ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Hipertensi ↓ Perubahan status Kesehatan ↓ Kurang terpapar informasi ↓ Defisit Pengetahuan	Defisit pengetahuan (D.0111)

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis yang ditandai dengan:

DS:

- 1) Klien mengeluh nyeri

DO:

- 1) Tekanna darah meningkat
- 2) klien meringis
- 3) Klien tampak memegang kepala
- 4) Berfokus pada diri sendiri

- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri kepala ditandai dengan:

DS:

- 1) Klien mengeluh sulit tidur
- 2) Klien mengeluh sering terjaga
- 3) Klien mengatakan tidak puas tidur
- 4) Mengeluh istirahat tidak cukup

DO:

- 1) Mata klien tampak sayup
- 2) Klien tampak lemah

- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan:

DS:

- 1) Menanyakan masalah yang dihadapi

DO:

- 1) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
- 2) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah
- 3) Menunjukkan perilaku yang tidak tepat

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 3.8

Perencanaan Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan		
	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
(D.0077) Nyeri akut b.d pencedera fisiologis	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 4x30 menit diharapkan Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Tekanan darah membaik 4) Klien tidak Nampak memegang kepala	Managemen Nyeri (I.08238) Observasi 1) Identifikasi Lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2) Indentifikasi skala nyeri 3) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 4) Ajarkan Teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri dengan Teknik distraksi dan relaksasi napas dalam Edukasi 5) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (pencahayaan, kebisingan) Kolaborasi 6) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	Observasi 1) Untuk mengetahui dimana Lokasi, durasi, ftrkuensi dan intensitas nyeri yang dirasakan klien 2) Untuk mengetahui sejauh mana nyeri tersebut 3) Agar factor yang memperberat nyeri dapat dihindari Terapeutik 4) Untuk mengurangi rasa nyeri Edukasi 5) Agar klien dapat mengontrol rasa nyeri Kolaborasi 6) Untuk membantu menurunkan tekanan darah klien
(D.0054) Gangguan pola istirahat tidur b.d nyeri kepala	Pola Tidur (L.05045) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 4x30 menit	Dukungan tidur (I.09265) Observasi	Observasi

	diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1) Keluhan sulit tidur menurun 2) Keluhan tidak puas tidur menurun 3) Keluhan istirahat tidak cukup menurun 4) Keluhan sering terjaga menurun	1) Monitor durasi dan frekuensi tidur 2) Identifikasi factor yang mengganggu tidur 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur Terapeutik 4) Modifikasi lingkungan yaitu mengatur pencahayaan dengan mematikan lampu saat ingin tidur Edukasi 5) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 6) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 7) Anjurkan menghindari makanna minuman yang mengganggu tidur 8) Anjurkan klien mendengarkan terapi music murotal sebelum tidur	1) Untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur klien 2) Agar factor tersebut dapat dihindari 3) Agar pola tidur membaik Terapeutik 4) Untuk membuat klien merasa aman dan nyaman Edukasi 5) Agar klien mengetahui manfaat tidur saat sakit 6) Agar frekuensi tidur normal kembali 7) Agar tidur tidak terganggu 8) Agar klien merasa tenang
(D.0111) Defisit pengetahuan tentang manajemen hipertensi b.d kurang terpapar informasi	Tingkat Pengetahuan (L.2111) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 4x30 menit, diharapkan Tingkat pengetahuan klien meningkat dengan kriteria hasil: 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat 2) Kemampuan menjelaskan kembali tentang suatu topik meningkat	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat	Observasi 1) Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan klien dalam menerima informasi 2) Untuk mengetahui factor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

	3) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	Terapeutik 3) Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 4) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 5) Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 6) Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 7) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	Terapeuti 3) Materi dan media Pendidikan untuk membantu mempermudah klien dalam menerima informasi 4) Untuk membantu kontrak waktu ssuai kesepakatan 5) Untuk memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya hal yang belum dipahami. Edukasi 6) Untuk meningkatkan pemahaman klien pada apa saja yang mempengaruhi Kesehatan 7) Untuk membantu meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
--	--	---	--

4. Implementasi Keperawatan dan Evaluasi

Table 3.9
Implementasi Keperawatan & Evaluasi Keperawatan

Tgl/Bln/Thn/Jam	No DX	Implementasi Keperawatan	Evaluasi	Parap
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26/04/2025 09.00 WIB 09.05 WIB 09.10 WIB 09.15 WIB	1	Managemen Nyeri (I.08238) Observasi: 1) Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R: Klien mengeluh nyeri kepala, klien mengatakan nyeri dirasakan Ketika sedang beraktifitas maupun tidak sedang beraktivitas, nyeri seperti ditusuk-tusuk dari depan kepala menjalar kebagian belakang kepala 2) Memonitor skala nyeri R:Skala nyeri 6 (0-10) 3) Memonitor factor yang memperberat dan memperingan nyeri R:Klien mengatakan nyeri hilang timbul dan memperberat Ketika klien beraktivitas Terapeutik: 4) Mengajarkan Teknik distraksi dan relaksasi napas dalam R:Klien melakukan Teknik napas dalam	S: 1) Keluhan nyeri menurun O: 1) Meringis menurun 2) Klien tampak memegang kepala 3) Tekanan darah membaik dari 170/100 mmHg menjadi 160/90 mmHg A: Nyeri Akut P: Masalah belum teratasi Lanjutkan Intervensi nomor 1, 2 dan 4 1) Identifikasi Lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri	Wiwi Novianti

09.20 WIB		Edukasi 5) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri(pencahayaan,kebisingan R:klien mengatakan kebisingan memperberat nyeri	2) Identifikasi skala nyeri 3) Ajarkan Teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri dengan Teknik distraksi dan relaksasi napas dalam	
09.25 WIB		Kolaborasi 6) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu R:Klien diresepkan obat penurun tekanan darah Amlodipine 10 mg sesuai resep dokter		
26/04/2025	2	Dukungan Tidur (I.09265) Observasi: 1) Memonitor durasi dan frekuensi tidur R:Klien dan keluarga klien kooperatif akan memonitor durasi tidur klien 2) Memonitor factor pengganggu tidur R:Klien mengatakan tidurnya terganggu karena sakit kepala Terapeutik: 3) Modifikasi lingkungan yaitu mengatur pencahayaan degan mematikan lampu saat ingin tidur R:Klien mengatakan akan mematikan lampu saat ingin tidur Edukasi: 4) Menganjurkan klien untuk memodifikasi lingkungan yaitu mengatur pencahayaan dengan mematikan lampu saat ingin tidur R:Klien mengatakan Ketika tidur suka dalam keadaan lampu dimatikan 5) Menganjurkan klien mendengarkan terapi music murotal sebelum tidur R:Klien mengatakan akan mencobanya dengan menggunakan hp anaknya	S: 1) Keluhan sulit tidur menurun 2) Keluhan tidak puas tidus menurun 3) Keluhan istirahat tidak cukup menurun 4) Keluhan sering terjaga menurun O: 1) Mata klien tampak sayup 2) Klien tampak lemah 3) Kualitas tidur tidak nyenyak dan sering terbangun A: Pola istirahat dan tidur P: Masalah belum teratasi Lanjutkan Intervensi nomor 1 dan 2 1) monitor durasi dan frekuensi tidur 2) monitor factor pengganggu tidur	Wiwi Novianti
09.30 WIB				
09.35 WIB				
09.40 WIB				
09.45 WIB				
09.50 WIB				

09.55 WIB		6) Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit R:Klien koopeatif dan mengerti saat dijelaskan		
09.58 WIB		7) Menganjurkan klien menepati kebiasaan waktu tidur dengan tidur lebih awal R:Klien akan mencoba tidur dengan waktu yang normal jika nyeri sudah berkurang		
26/04/2025	3	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi: 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi R: Klien dan anak klien sudah siap untuk menerima penyuluhan Terapeutik: 2) Menyediakan materi dan media Pendidikan R:Materi sudah disiapkan menggunakan leaflet 3) Menjadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan R:Klien dijadwalkan jam 10. 10WIB Edukasi 4) Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan R:Klien dan anak klien memperhatikan pembicara 5) mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat R:Klien belum paham paca pengobatan hipertensi dengan obat-obatan herbal	S: 1) Kemampuan menjelaskan kembali tentang suatu topik meningkat O: 1) Perilaku sesuai dengan anjuran 2) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun menurun A: Defisit pengetahuan P: Masalah belum teratasi Lanjutkan Intervensi nomor 7 1) ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat	Wiwi Novianti

5. Catatan Perkembangan

Nama :Ny. N

Jenis kelamin :Perempuan

Umur :73 Tahun

Diagnosa :Hipertensi

Tabel 4.0
Catatan Perkembangan

Tgl/bln/thn/jam	DX	Catatan Perkembangan	Parap
29/04/2025 09.00 WIB	1	S: 1) Keluhan nyeri menurun O: 1) Meringis menurun 2) Klien tampak memegang kepala 3) Tekanan darah membaik dari 170/100 mmHg menjadi 150/90 mmHg A: Nyeri akut P: Lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 4 1) Identifikasi Lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Ajarkan Teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri dengan Teknik distraksi dan relaksasi napas dalam I: 1) Mengidentifikasi Lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri R: Klien mengeluh nyeri kepala 2) Mengidentifikasi skala nyeri R: Klien mengatakan skala nyeri 6 (0-10) menjadi 5 (0-10) 3) Mengajarkan Teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri dengan Teknik distraksi dan relaksasi napas dalam R: Klien melakukan Teknik relaksasi nafas dalam	Wiwi Novianti

		E: Masalah belum teratasi 1) Keluhan nyeri menurun 3 (sedang) 2) Meringis menurun 3 (sedang) 3) Tekanan darah membaik (2) cukup meningkat	
29/04/2025 09.30 WIB	2	S: 1) Keluhan sulit tidur menurun 2) Keluhan tidak puas tidur menurun 3) Keluhan istirahat tidak cukup menurun 4) Keluhan sering terjaga menurun O: 1) Mata klien tampak sayup 2) Klien tampak lemah A: Gangguan pola tidur P: Lanjutkan intervensi nomor 1 dan 2 1) Monitor durasi dan frekuensi tidur 2) Monitor factor pengganggu tidur I: 3) Memonitor durasi dan frekuensi tidur R: Klien mengatakan tidur malam hanya 4 jam 4) Memonitor factor pengganggu tidur R: Klien mengatakan tidak bisa tidur karena sakit kepala E: Masalah belum teratasi 1) Keluhan sulit tidur menurun 2 (cukup menurun) 2) Keluhan sering terjaga menurun 2 (cukup menurun) 3) Keluhan tidak puas tidur menurun 2 (cukup menurun) 4) Keluhan istirahat tidak cukup menurun 2 (cukup menurun)	Wiwi Novianti
29/04/2025 10.00 WIB	3	S: 1) Kemampuan menjelaskan kembali tentang suatu topik meningkat O: 1) Perilaku sesuai dengan anjuran 2) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun menurun A: Defisit pengetahuan P: Lanjutkan Intervensi nomor 7 1) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat	Wiwi Novianti

		I: 1) Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat R: Klien kooperatif dan bertanya mengenai obat herbal untuk menurunkan hipertensi E: Masalah belum teratasi 1) Kemampuan menjelaskan kembali tentang suatu topik meningkat 4 (cukup meningkat) 2) Perilaku sesuai dengan anjuran 4 (cukup meningkat) 3) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 4 (cukup meningkat)	
30/04/2025 09.00 WIB	1	S: 1) Keluhan nyeri menurun O: 1) Meringis menurun 2) Klien tampak tidak memegang kepala 3) Tekanan darah membaik dari 170/100 mmHg menjadi 140/90 mmHg A: Nyeri akut P: Lanjutkan intervensi nomor 1 dan 2 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri I: 1) Mengidentifikasi Lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri R: Klien mengatakan nyeri kepala mulai menurun 2) Mengidentifikasi skala nyeri R: Klien mengatakan skala nyeri 6 (0-10) menjadi 4 (0-10) E: Masalah teratasi sebagian 1) Keluhan nyeri menurun 4 (cukup menurun) 2) Meringis menurun 4 (cukup menurun)	Wiw Novianti

		3) Tekanan darah membaik 4 (cukup menurun)	
30/04/2025 09.30 WIB	2	S: 1) Keluhan sulit tidur menurun 2) Keluhan tidak puas tidus menurun 3) Keluhan istirahat tidak cukup menurun 4) Keluhan sering terjaga menurun O: 1) Mata klien tampak sayup 2) Klien tampak lemah A: Gangguan pola tidur P: Lanjutkan intervensi nomor: 1) monitor factor pengganggu tidur I: 1) Memonitor factor pengganggu tidur R: Klien mengatakan tidak bisa tidur karena masih sakit kepala E: Masalah belum teratasi 1) Keluhan sulit tidur menurun 4 (cukup meningkat) 2) Keluhan sering terjaga menurun 4 (cukup meningkat) 3) Keluhan tidak puas tidur menurun 4 (cukup meningkat) 4) Keluhan istirahat tidak cukup menurun 4 (cukup meningkat)	Wiwi Novianti
30/04/2025 10.00 WIB	3	S: 1) Kemampuan menjelaskan kembali tentang suatu topik meningkat O: 1) Perilaku sesuai dengan anjuran 2) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun menurun A: Defisit pengetahuan P: Lanjutkan Intervensi nomor 7 1) Ajarkan stategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat I: 1) Mengajarkan stategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat R: klien mengatakan paham cara menurunkan hipertensi dengan obat herbal rebusan daun salam E:	Wiwi Novianti

		Masalah teratasi Intervensi dihentikan 1) Kemampuan menjelaskan kembali tentang suatu topik meningkat 5 (meningkat) 2) Perilaku sesuai dengan anjuran 5 (meningkat) 3) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (meningkat)	
31/04/2025 10.00 WIB	1	S: 1) Keluhan nyeri menurun O: 1) Meringis menurun 2) Klien tampak tidak memegang kepala 3) Tekanan darah membaik dari 170/100 mmHg menjadi 130/80 mmHg A: Nyeri akut P: Lanjutkan intervensi nomor 1 dan 2 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri I: 1) Mengidentifikasi Lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri R: Klien mengatakan nyeri kepala menurun 2) Mengidentifikasi skala nyeri R: Klien mengatakan skala nyeri 6 (0-10) menjadi 2 (0-10) E: Masalah teratasi sebagian Lanjutkan Intervensi 1) Keluhan nyeri menurun 5 2) Meringis menurun 5 3) Tekanan darah membaik 5	Wiwi Novianti
31/04/2025 10.30 WIB	2	S: 1) Keluhan sulit tidur menurun 2) Keluhan tidak puas tidur menurun 3) Keluhan istirahat tidak cukup menurun 4) Keluhan sering terjaga menurun O: 1) Klien tampak segar 2) Kantung mata klien tampak tidak hitam	Wiwi Novianti

		A: Gangguan pola tidur	
		P: Intervensi dihentikan Masalah teratasi	

6. Dokumentasi

Pada saat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan gerontik ini penulis mendapatkan kesulitan, namun dengan adanya teori dan berbagai sumber serta bimbingan dari dosen pembimbing, CI Puskesmas, serta perawat senior yang ada di Puskesmas Cibat, pada setiap tahapannya penulis lalui sesuai dengan mengikuti bimbingan dan terus berupaya seoptimal mungkin untuk memperbaiki setiap kekurangan yang penulis buat dalam tahap pendokumentasian dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. N DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG SINDANG KERTA, RW/RT:005/001, DESA KERTAJAYA WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS CIBATU GARUT”**.

B. Pembahasan

Pada bab pembahasan ini penulis mencoba membandingkan antara teori dengan tinjauan kasus yang selama 4 hari telah dilakukan asuhan keperawatan gerontik pada Ny. N dengan Hipertensi KATZ Indeks A di Kp. Sindangkerta, RW/RT:005/001, Desa kertajaya, Kecamatan Cibat, Kabupaten Garut wilayah kerja UPT Puskesmas Cibat Garut. Pembahasan ini mengenai beberapa aspek mulai dari pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan sampai evaluasi keperawatan.

Pada saat melakukan pengkajian sampai dengan evaluasi didapatkan hasil yang sesuai dengan gejala-gejala yang ditimbulkan penyakit pada klien. Penggunaan konsep asuhan keperawatan, menyelesaikan masalah keperawatan klien dan memenuhi kebutuhan klien secara ilmiah dan sistematis dengan melalui tahap pengkajian, tahap diagnosa, tahap perencanaan, tahap implementasi keperawatan, sampai evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Dalam tahap pengkajian ini penulis melakukan anamnesa langsung kepada pasien mengenai identitas pasien, keluhan-keluhan yang dirasakan sekarang, riwayat penyakit dahulu yang pernah dialami oleh pasien, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik pada pasien, serta aktivitas sehari-hari pada pasien. Pada hasil pengkajian yang ditemukan pada Ny.N, tanda gejala yang didapatkan adalah sakit kepala yang menjalar ke tengkuk, pada tahap pengkajian, klien dapat kooperatif dan mampu mengungkapkan masalah kesehatan yang dihadapi Ny. N.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Adapun data yang terkumpul, penulis menemukan masalah keperawatan pada Ny. N yaitu:

- a. Nyeri akut, berhubungan dengan pencedera fisiologis. Berdasarkan SDKI, tanda gejala mayor yang muncul yaitu mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat. Tanda gejala minor yang muncul yaitu tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan menurun, proses berfikir

terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis. Berdasarkan tanda dan gejala tersebut penulis mengangkat diagnose tersebut karena klien mengeluh sakit kepala.

- b. Perfusi periper tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah. Berdasarkan SDKI, tanda gejala mayor yang muncul yaitu CRT > 3 detik, nadi perifer menurun, akral dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun. Gejala dan tanda minor yaitu parastesia, nyeri ekstremitas, edema, penyumbatan, indeks ankle brachial >0,90, bruit femoral. Berdasarkan tanda gejala tersebut tidak ada gejala yang muncul pada klien maka dari itu penulis tidak mengangkat diagnose perfusi periper tidak efektif. Berdasarkan tanda dan gejala tersebut tidak ada yang muncul pada klien maka dari itu penulis tidak mengangkat diagnose perfusi perifer tidak efektif.
- c. Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan perubahan afterload. Berdasarkan SDKI, Gejala dan Tanda Mayor yang muncul yaitu Perubahan irama Jantung, palpitasi, perubahan preload, perubahan afterload, perubahan kontraktilitas, perubahan irama jantung, bradikardia/takikardia, gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi, perubahan preload, perubahan afterload, perubahan kontraktilitas. Sedangkan tanda gejala minor yang muncul yaitu perubahan preload, perubahan afterload, perubahan kontraktilitas, perilaku/emosional, perubahan preload, perubahan afterload, pulmonary vascular resistance (PVR) meningkat/menurun, perubahan kontraktilitas. Berdasarkan

tanda dan gejala tersebut tidak ada yang muncul pada klien maka dari itu penulis tidak mengangkat diagnosa penurunan curah jantung.

- d. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Berdasarkan SDKI, tanda dan gejala mayor yang muncul yaitu mengeluh Lelah, frekuensi jantung meningkat $>20\%$ dari kondisi sehat. Sedangkan tanda dan gejala minor yang muncul yaitu dyspnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah, tekanan darah berubah $>20\%$ dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan askemia, sianosis. Berdasarkan tanda dan gejala yang muncul tidak ada yang muncul pada klien maka dari itu penulis tidak mengangkat diagnose Intoleransi Aktivitas.
- e. Defisit pengetahuan berdasarkan dengan kurang terpapar informasi. Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 23 April 2025 sesuai SDKI, tanda dan gejala mayor yang muncul yaitu menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah. Sedangkan tanda dan gejala minor yang muncul yaitu menjalani pemeriksaan yang tidak sesuai, menunjukkan perilaku tidak tepat. Berdasarkan tanda dan gejala muncul pada klien maka dari itu penulis menegaskan diagnose Defisit Pengetahuan.
- f. Gangguan pola tidur, berhubungan dengan nyeri kepala, Berdasarkan dari hasil pengkajian pada 23 April 2025 didapatkan data pada pola aktivitas klien khususnya pola istirahat dan tidur klien pada saat sakit

yaitu klien mengeluh Klien mengatakan sulit tidur, Klien mengatakan kurang tidur, Klien mengeluh sering terjaga karena nyeri kepala kualitas tidur klien kurang nyenyak dengan lama tidur pada siang hari 30 menit sampai 1 jam dan lama tidur pada malam hari 4-5 jam. Berdasarkan data tersebut maka penulis menegakan diagnosa gangguan pola tidur.

3. Tahap Perencanaan

Adapun intervensi yang dilakukan terhadap masalah keperawatan Ny. N sesuai dengan diagnose keperawatan pada Ny. N yaitu:

- a. Nyeri akut, untuk mengatasi nyeri akut diberikan intervensi menggunakan manajemen nyeri dengan Tindakan awal identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, ajarkan Teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri dengan Teknik distraksi dan relaksasi napas dalam, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (pencahaya-an, kebisingan).
- b. Gangguan pola istirahat dan tidur, untuk mengatasi gangguan pola tidur diberikan intervensi menggunakan dukungan tidur dengan tindakan awal identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, anjurkan modifikasi lingkungan, batasi waktu tidur siang, tetapkan jadwal tidur rutin, jelaskan pentingnya tidur cukup, anjurkan menepati kebiasaan tidur, anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur.

- c. Defisit pengetahuan, untuk mengatasi defisit pengetahuan dengan cara menjelaskan secara detail mengenai penyakit hipertensi diberikan intervensi edukasi kesehatan yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan media dan materi pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, dan jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan serta mengajarka perilaku hidup bersih dan sehat.

4. Tahap Implementasi

Adapun implementasi yang dilakukan terhadap masalahkeperawatan Ny. N sesuai dengan diagnose keperawatan pada Ny. N yaitu:

- a. Nyeri akut, sesuai dengan intervensi untuk mengatasi nyeri akut yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengajarkan Teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri dengan Teknik distraksi dan relaksasi napas dalam, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (pencahayaan, kebisingan).
- b. Gangguan pola tidur, sesuai intervensi untuk mengatasi gangguan pola tidur dlakukan tindakan mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, menganjurkan modifikasi lingkungan, membatasi waktu tidur siang, menetapkan jadwal tidur

rutin, menjelaskan pentingnya tidur cukup, menganjurkan menepati kebiasaan tidur, menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur.

- c. Defisit pengetahuan, sesuai dengan intervensi yang ditentukan dalam edukasi, maka dilakukan mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan media dan materi pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, memberikan kesempatan untuk bertanya, dan menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan serta mengajarka perilaku hidup bersih dan sehat.

5. Tahap evaluasi

Hasil yang didapatkan setelah melakukan pada Ny. N dari setiap diagnosa yaitu:

- a. Nyeri akut, dapat teratasi hal ini dikarenakan tekanan darah klien Kembali normal namun penulis menganjurkan untuk sering kontrol tekanna darah ke pelayanna Kesehatan terdekat seperti posyandu dan Puskesmas.
- b. Gangguan pola tidur, dapat teratasi hal ini bisa karena nyeri pada kepala klien berkurang, klien juga melakukan sesuai anjuran penulis untuk memodifikasi lingkungan dan konsisten dalamjadwal tidur.
- c. Defisit pengetahuan, dapat teratasi karena Ny. N selalu bersedia jika diberikan informasi tentang penyakit hipertensi yang dideritanya

sehingga klien dapat memahami dan mengerti tentang apa yang disampaikan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

1. Tahap Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada pasien Ny.N secara komprehensif terhadap aspek-aspek yang terdapat pada lansia, Ny.N dilakukan pengkajian pada tanggal 23 April 2025. Hasil pengkajian menunjukkan adanya tanda dan gejala hipertensi yaitu sakit kepala bagian belakang yang menjalar ke tengkuk, adanya gangguan pola tidur dan defisit pengetahuan.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Berikut diagnosa keperawatan yang muncul pada klien sesuai dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu:

- a Nyeri Akut berhubungan dengan pencedera fisiologis
- b Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan nyeri kepala
- c Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

3. Tahap Perencanaan Keperawatan

Setelah menentukan diagnose keperawatan penulis membuat perencanaan keperawatan yang dibuat berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SLKI) diantaranya: Edukasi, Diet, Edukasi program pengobatan, dan edukasi lingkungan.

4. Tahap Implementasi

Tahap implementasi atau tahap pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan dan diagnosa keperawatan pada Ny. N, implementasi ini dilakukan sesuai dengan kebutuhan dan partisipasi klien dalam melaksanakan setiap tindakan keperawatan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan penulis pada Ny. N tanggal 26 s.d 31 April 2025 oleh penulis dan dibuat dalam bentuk SOAP. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis menunjukkan bahwa masalah yang dialami klien teratasi sebagian untuk diagnosa nyeri akut dan gangguan pola tidur, dan teratasi untuk diagnose Defisit Pengetahuan.

6. Tahap Dokumentasi Keperawatan

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

B. Rekomendasi

Setelah penulis memberikan asuhan keperawatan pada Ny. N secara sistematis dan komprehensif penulis akan mengemukakan beberapa saran tentunya yang bersifat membangun kearah perbaikan bagi pihak-pihak yang terkait saran-saran tersebut diantaranya ditunjukkan kepada:

1. Bagi institusi

Diharapkan hasil pengkajian ini dapat menjadi bahan atau materi pembelajaran dikalangan mahasiswa Pendidikan DIII Keperawatan dapat melaksanakan pencegahan penyakit hipertensi. Diharapkan Institusi Kesehatan dapat ikut berkontribusi dalam mengurangi angka sakit pada lansia terutama dengan hipertensi dengan cara program atau kegiatan rutin yang dilaksanakan seperti pemeriksaan pada lansia, berbagai penyuluhan Kesehatan lansia yang melibatkan mahasiswa untuk menambah pengetahuan lansia tentang hidup sehat.

2. Bagi Klien

Diharapkan klien dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan sekitar secara teratur minima 1 bulan sekali. Ny. N sapat memanfaatkan waktu luang dengan melakukan control tekanan darah, serta mempertahankan segala sesuatu yang telah tercapai oleh klien yaitu dengan cara hidup sehat seperti olahraga, makan makanan yang bergizi dan mengurangi konsumsi tinggi garam agar tujuan yang diperoleh tidak sesaat, melainkan tetap bisa mempertahankan kondisi yang lebih baik lagi dalam meningkatkan status Kesehatan Ny. N.

3. Bagi Puskesmas Cibatu

Bagi tenaga Kesehatan yang ada di Puskesmas diharapkan mampu memberikan informasi terkait diet untuk penderita hipertensi dan mengajarkan cara mengontrol manajemen nyeri. Karena masih banyak penderita hipertensi

yang tidak tahu tentang diet untuk penderita hipertensi dan belum tahu bagaimana cara mengurangi nyeri dengan non Farmakologis.

Perawat dapat memberikan arahan dan anjuran kepada penderita hipertensi untuk dapat melakukan pemeriksaan tekanan darah secara rutin dan melakukan pola hidup sehat yaitu dengan cara olahraga teratur, makan makanan yang bergizi dan mengandung rendah garam.

4. Bagi Mahasiswa

Mahasiswa mampu menerapkan ilmu yang telah didapatkan dari profesi keperawatan yang dipelajari. Sebagian bahan evaluasi tentang pengetahuan penerapan Konsep keperawatan gerontik yang didapatkan selama Pendidikan untuk diaplikasikan dalam praktek keperawatan secara nyata sehingga menambah wawasan pengetahuan dan keterampilan memberikan asuhan keperawatan gerontik dengan hipertensi, khususnya pada klien Ny. N.

DAFTAR PUSTAKA

- Artinawati, Y. (2016). *Keperawatan Gerontik*. Bandung: Nuha Medika.
- Aryawati, I. A. S., Rachmi, D. A., & Setyawati, A. R. (2024). *Gambaran Hipertensi pada Lansia di Indonesia: Sebuah Tinjauan Epidemiologis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Bustan, M. N. (2017). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2018–2020*. New York: Thieme.
- Hutasoit, R. S. Y., & Argarini, D. (2023). *Penyakit Tidak Menular dan Pencegahannya*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Institute Teknologi dan Kesehatan Bali (IteKes Bali). (2020). *Karya Tulis Ilmiah: Asuhan Keperawatan Gerontik pada Lansia dengan Hipertensi di Puskesmas 1 Denpasar Selatan* oleh Ni Made Ayu Swandewi.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Pedoman Pengendalian Hipertensi di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Pedoman Teknis Penemuan dan Tatalaksana Hipertensi*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 67 Tahun 2015 tentang Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Hipertensi Dewasa*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Khasanah, U. (2022). *Hipertensi: Diagnosis dan Penatalaksanaan Keperawatan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Kholifa, D. (2016). *Keperawatan Lanjut Usia: Asuhan Keperawatan Gerontik*. Surabaya: Unair Press.

- Lisiswanti, D. (2017). *Konsep dan Penatalaksanaan Hipertensi*. Bandung: Refika Aditama.
- Martiningsih, R., & Astiarani, Y. (2023). *Program Pencegahan dan Pengendalian Hipertensi Berbasis Keluarga: Studi di Penjaringan, Jakarta Utara*. Mitra Mas: Jurnal Pengabdian, 1(1).
- Muryanti. (2017). *Proses Keperawatan: Teori dan Aplikasi dalam Praktik Klinik*. Jakarta: EGC.
- Nurarif, A. (2016). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Yogyakarta: Mediaction Publishing.
- Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia (PERHI). (2023). *Panduan Promotif dan Preventif Hipertensi 2023*.
- Poltekkes Jakarta I. (2024). *Upaya Promotif, Preventif dan Pengendalian Hipertensi Melalui Penguatan Peran Kader*. Jurnal GEMAKES.
- Prabowo, W. (2017). *Pendokumentasian Keperawatan: Konsep dan Praktik*. Surabaya: Erlangga.
- Romana, R. (2021). *Psikogerontologi: Pendekatan Psikologis dalam Perawatan Lansia*. Bandung: CV Mandiri.
- Tarwoto & Wartonah. (2019). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), SLKI, SIKI*. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), SDKI, SLKI*. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), SDKI, SIKI*. Jakarta: DPP PPNI.
- Wulandari, A. (2020). *Asuhan Keperawatan Klien Hipertensi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

SATUAN ACARA PENYULUHAN

PENGobatan HERBAL REBUSAN DAUN SALAM

Pokok bahasan	: Pengobatan Herbal Rebusan Daun Salam
Sasaran	: Ny. N dan keluarga Ny. N
Hari/tanggal	: 26 April 2025
Waktu	: 25 Menit
Tempat	: Rumah Ny. N
Pemateri	: Wiwi Novianti

A. Latar belakang

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny.N di Kampung Sindang Kerta RT/RW:005/001 Desa Kertajaya Kecamatan Cibatuh Kabupaten Garut tanggal 26 April 2024 didapatkan bahwa Ny.N ini diketahui mengalami hipertensi dengan hasil tekanan darah yang didapat yaitu 170/100 mmHg. Ny.N belum sepenuhnya memeriksakan kondisinya ke fasilitas kesehatan terdekat dan meminum obat penurun tekanan darah jika ada keluhan saja serta tidak mengetahui cara menurunkan tekanan darah dengan obat herbal. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan kepada Ny. N sangat penting untuk dilakukan.

B. Tujuan

1. Tujuan Intruksional Umum (TIU)

Setelah diberikan penyuluhan selama 25 menit, diharapkan Ny. N dan keluarga mampu memahami dan mendemonstrasikan cara pembuatan obat herbal dengan rebusan daun salam.

2. Tujuan Instruksinal (TIK)

Setelah mengikuti penyuluhan selama 25 menit diharapkan Ny.N dan keluarga dapat :

- a. Menjelaskan kandungan dan manfaat daun salam
- b. Menjelaskan alat dan bahan
- c. Menjelaskan cara pengolahan

C. Materi penyuluhan

Terlampir

D. Pokok bahasan dan sub pokok bahasa

1. Pokok Bahasan
 - a. Pengobatan Herbal Rebusan Daun Salam
2. Sub Pokok Bahasan
 - a. Kandungan dan manfaat daun salam
 - b. Alat dan bahan
 - c. Cara pengolahan

E. Media

Leaflet

F. Kegiatan

No	Tahap Kegiatan	Kegiatan Peserta
1.	Tahap Pra Interaksi 1. Membuat kontrak dengan peserta 2. Menyiapkan materi	1. Peserta menyepakati penyuluhan dengan tema, waktu dan tempat yang ditentukan
2.	Tahap Orientasi 1. Mengucapkan salam 2. Menyampaikan tujuan penyuluhan 3. Melakukan apersepsi	1. Menjawab salam 2. Menyetujui tujuan penyuluhan 3. Mengikuti apersepsi

3.	Tahap Kerja 1. Menjelaskan tentang materi yang disampaikan 2. Mendemonstrasikan cara pembuatan 3. Memberikan kesempatan untuk bertanya 4. Menjawab pertanyaan peserta	1. Mendengarkan dan memperhatikan penyuluhan 2. Peserta aktif bertanya
4.	Tahap Terminasi 1. Menyimpulkan materi yang disampaikan 2. Mengevaluasi peserta atas penjelasan yang disampaikan dan penyuluh menanyakan kembali mengenai materi penyuluhan. 3. Salam penutup	1. Mendengarkan dan memperhatikan 2. Menjawab pertanyaan yang diberikan 3. Menjawab salam

G. Metode

- a. Ceramah
- b. Tanya Jawab
- c. Demonstrasi

H. Setting Tempat

Rumah NY. N

I. Evaluasi

Ny. N mampu menyebutkan:

- a. Kandungan dan manfaat daun salam
- b. Alat dan bahan
- c. Cara pengolahan

LAMPIRAN MATERI

1. Pengertian Daun Salam

Daun salam (*sygium polyanthum*) adalah jenis obat herbal yang digunakan untuk berbagai penyakit, termasuk pengobatan tekanan darah tinggi, diabetes.

2. Kandungan dan manfaat

Kandungan mineral yang ada pada daun salam membuat peredaran darah menjadi lebih lancar dan mengurangi tekanan darah tinggi, daun salam juga mengandung minyak esensial eugenol dan metal kavikol, serta etanol yang berperan aktif sebagai anti jamur dan bakteri. Kandungan kimiawi dari daun salam terdiri dari berbagai senyawa kimia seperti saponin, triterpen, flavonoid, tannin, alkaloid minyak atsiri (Savitri, 2016).

Beberapa manfaat yang terkandung dalam daun salam yaitu :

- a. Menurunkan tekanan darah
- b. Membuat peredaran darah menjadi lancar
- c. Dapat mengatasi masalah-masalah pencernaan

(Purwanto, 2016)

3. Alat dan bahan

- a. Kompor
- b. Panci
- c. Gelas
- d. Saringan
- e. 3 gelas air

f. Daun

4. Cara pengolahan

a. Daun salam dicuci bersih

b. Lalu rebus daun salam dengan 3 gelas air

c. Jika sudah mendidih air rebusan daun salam akan menjadi 1 gelas

d. Tunggu hingga dingin, setelah itu disaring lalu air rebusan daun salam dapat diminum.

DAFTAR PUSTAKA

Purwanto, H. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah II*. Jakarta: Kemenkes RI.

Savitri, A. (2016). *Tanaman Ajaib Basmi Penyakit dengan TOGA (Tanaman Obat Keluarga)*. Jakarta: Bibit Publisher

PENGOBATAN TRADISIONAL

REBUSAN DAUN

Salam

Daun salam (*Sygium polyanthum*) adalah jenis obat herbal yang digunakan untuk berbagai penyakit, termasuk pengobatan tekanan darah tinggi. (Diabetes) dan menurunkan tekanan darah tinggi



HAMA: WIWI HOVIAHTI

HIM: KH A22010

PRODI : DC KEPERAWATAH

KANDUNGAN DAN MANFAAT

Kandungan mineral yang ada pada daun salam membuat peredaran darah menjadi lebih lancar dan mengurangi tekanan darah tinggi daun salam juga mengandung minyak esensial eugenol dan metal kavikol, serta etanol yang berperan aktif sebagai anti jamur dan bakteri. Kandungan kimiawi dari daun salam terdiri dari berbagai senyawa kimia, seperti Saponin, Triterpen, Flavonoid, Tannin, Alkaloid minyak Atsiri (Savitri,2016).

Beberapa manfaat yang terkandung dalam daun salam yaitu (Purwanto,2016):

- Menurunkan tekanan darah
- Membuat peredaran darah menjadi lancar
- Dapat mengatasi masalah-masalah pencernaan



ALAT & BAHAN

- Kompor
- Panci
- Gelas
- Saringan
- 3 gelas air
- Daun salam 10-15 lembar

CARA PENGOLAHAN

- Daun salam sebanyak 10-15 lembar dicuci bersih
- Lalu rebus daun salam dengan 3 gelas air
- Jika sudah mendidih air rebusan daun salam akan menjadi 1 gelas
- Tunggu hingga dingin, setelah itu disaring lalu air rebusan daun salam dapat diminum

DOKUMENTASI





DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Identitas

Nama : Wiwi Novianti
NIM : KHGA22010
Tempat Tanggal Lahir : Garut, 14 November 2003
Alamat : Kp. Reungas Tonggoh RT/RW 03/02 Ds.
Ngamplang Kec. Cilawu Kab. Garut
Email : wiwinovianty363@gmail.com
Instagram : @wiwinovianti14_

Riwayat Pendidikan

TK AT-Taqwa (2010-2011)
SDN Ngamplangsari 4 (2011-2017)
SMP Negeri 1 Cilawu (2017-2019)
SMA Negeri 8 Garut (2019-2022)
STIKes Karsa Husada Garut (2022-Sekarang)