

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA T N. A DENGAN HIPERTENSI PADA
KATZ INDEKS A DI KP. PARAKAN TELU RT 003 RW 001 DESA
CIBUNAR WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS CIBATU**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Stikes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

Neng Eva
KHGA22024



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

2025

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : **ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN.A
DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI
KP. PARAKAN TELU RT 003 RW 001 DESA
CIBUNAR WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS
CIBATU**

NAMA : **NENG EVA**

NIM : **KHGA22024**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Garut, Juli 2025
Menyetujui
Pembimbing

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

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN.A
DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI
KP. PARAKAN TELU RT 003 RW 001 DESA
CIBUNAR WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS
CIBATU**

NAMA : NENG EVA

NIM : KHGA22024

KARYA TULIS ILMIAH

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

Garut, Juli 2025

Menyetujui

Penguji I

Penguji II

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

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

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

Mengesahkan,
Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M. Kep.

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

ABSTRAK

IV Bab, 125 Halaman, 21 Tabel, 2 Bagan, 3 Lampiran

Lanjut usia adalah seseorang yang usianya mencapai lebih dari sama dengan 60 tahun. Seseorang dikatakan hipertensi bila tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg pada pemeriksaan yang berulang. Tekanan darah sistolik merupakan pengukur utama yang menjadi dasar penentuan diagnosis hipertensi. Tujuan dibuatnya karya tulis ilmiah ini adalah untuk mendapatkan pengalaman nyata dalam melakukan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio-psikososial dan spiritual pada klien dengan hipertensi melalui pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Metode penulisan yang digunakan adalah deskriptif berupa studi kasus. Adapun masalah keperawatan yang ditemukan pada kasus tersebut yaitu nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, dan gangguan pola tidur. Perencanaan yang dibuat dalam penelitian ini fokus ditujukan pada masalah kesehatan klien dengan mengacu pada sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan. Dalam melakukan asuhan keperawatan tersebut difokuskan dalam mengatasi penyebab dari hipertensi yang dialami. Hasil evaluasi dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn. A menunjukkan perkembangan dari ketiga masalah keperawatan tersebut teratasi sebagian atau sepenuhnya. Simpulan hasil karya tulis ilmiah ini adalah sesuai dengan perencanaan yang telah disusun sebelumnya, banyak peran keluarga yang mendukung, serta bimbingan dari pembimbing akademik dan adanya setiap tahapan implementasi asuhan keperawatan pada Tn. A dengan Hipertensi pada Katz Indeks A di Kp. Parakan Telu Desa Cibunar Kecamatan Cibatukab. Garut.

Kata Kunci: Lansia, Hipertensi, Asuhan Keperawatan

Daftar Pustaka: 20 buah (2015 – 2022) (buku, artikel dan jurnal)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT, yang telah mencurahkan rahmat serta hidayah-Nya kepada kita semua. Shalawat beserta salam semoga tercurah limpahkan kepada nabi kita, nabi Muhammad SAW beserta keluarga, sahabatnya dan mudah-mudahan sampai pada kita selaku umatnya atas karunia dan izin-nya penulis dapat menyelesaikan laporan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. A Dengan Hipertensi Pada Katz Indeks A Di Kp. Parakan Telu Rt 003 Rw 001 Desa Cibunar Wilayah Kerja Upt Puskesmas Cibatuh"

. 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 H. Suryadi, SE., M. Si. Selaku Ketua Umum 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., M.Kep., selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

5. Bapak Dr. H. Dian Roslan H, S.Kep., M.Kes. Selaku Pembimbing saya yang telah banyak memberikan bimbingan, saran, dan arahan dengan penuh kesabaran, kasih sayang, perhatian, penuh tanggung jawab kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Kepada Staff dan Dosen, STIKes Karsa Husada Garut khusus Prodi Diploma D III Keperawatan yang telah begitu banyak memberikan ilmu pengetahuan, keterampilan, mendidik, serta motivasi selama penulis mengikuti perkuliahan.
7. Kepada pembimbing Puskesmas Bapak Maman S.Kep.Ners dan kepada pasien Tn. A dan keluarga yang telah bekerja sama dan bersedia menjadi klien serta memberikan informasi saat penulis dalam pengambilan kasus Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan, semoga sehat selalu.
8. Cinta pertama dan panutan saya, Bapak Aten. Terimakasih selalu berjuang untuk kehidupan penulis, beliau memang tidak sempat merasakan Pendidikan sampai bangku perkuliahan. Namun beliau mampu mendidik penulis, memotivasi, memberikan dukungan hingga penulis mampu menyelesaikan studinya. Terimakasih telah berjuang bersama penulis, mengorbankan banyak waktu, tenaga dan upaya untuk mendukung penulis meraih mimpi. Sehat selalu dan panjang umur Bapak.
9. Pintu Surga saya ibunda tercinta, Ibu Nunung. Yang telah melahirkan, memberikan kasih sayang dan cinta kepada penulis. Beliau dengan ketulusan hatinya tidak pernah lelah, dan tidak putus asa serta terus menerus mendoakan, memberikan semangat dan memberikan dukungan baik moral maupun material. Dan merupakan kekuatan bagi penulis untuk terus belajar dan tetap

kuat ketika menghadapi situasi tersulit sekalipun. Serta tempat berpulang paling ternyaman bagi penulis.

10. Kepada Keluarga besar penulis. Dengan tulus dan penuh rasa syukur penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada kalian yang senantiasa memberi perhatian, kasih sayang, doa dan dukungan yang tiada hentinya.
11. Kepada seseorang yang tak kalah penting kehadirannya Muhammad Daffa Anggana Putra. Terimakasih telah menjadi bagian dari perjalanan hidup saya. Berkontribusi banyak dalam penulisan karya tulis ini, memberikan dukungan, semangat, tenaga, pikiran, materi, maupun bantuan dan senantiasa sabar menghadapi saya, terimakasih telah menjadi bagian perjalanan saya hingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
12. Teruntuk sahabat penulis Ira Sumirah, Delia Pebrianti, Wiwi Novianti, Lisma Rahmayanti, Nurtita, Silvi Aminarti. Terima kasih, telah menemani penulis selama perkuliahan, selalu membantu, memberikan dukungan dan memberikan yang terbaik bagi kelancaran karya tulis ilmiah ini. Terima kasih atas kerjasamanya dan inspirasi yang diberikan, serta kesempatan untuk saling belajar dan berkembang bersama. Terimakasih untuk kebersamaan kita.
13. Seluruh rekan seperjuangan DIII Keperawatan yang telah membantu dan memberikan semangat, khususnya kelas 3A susah senang kita lalui semoga kita sukses dengan jalan nya masing - masing.
14. Untuk orang yang penulis tidak dapat sebutkan namanya. Terimakasih telah memberikan dukungan, kebahagiaan sekaligus kesedihan bagi penulis.

15. Dan terakhir, untuk diri saya sendiri. Terimakasih Neng Eva sudah menepikan ego dan memilih untuk kembali bangkit dan menyelesaikan semua ini. Terimakasih telah mengendalikan diri dari berbagai tekanan diluar keadaan dan tidak pernah memutuskan untuk menyerah. Kamu hebat.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari dukungan sumber daya dan informasi yang diperoleh dari berbagai sumber. Penulis menyadari jika dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna, untuk itu penulis mengharapkan kritikan dan saran yang dapat membangun untuk kelengkapan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat dan sumbangan pemahaman yang berarti untuk kita semua.

Garut, 02 juni 2025

Penulis
Neng Eva

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	2
LEMBAR PENGESAHAN.....	3
ABSTRAK	4
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR BAGAN.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Metode Telaahan	5
D. Sistematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN TEORI.....	8
A. Konsep Dasar Lansia	8
1. Definisi Usia Lanjut.....	8
2. Batasan Lanjut Usia	8
3. Proses Menua.....	9
4. Perubahan Pada Lansia	10
5. Faktor-Faktor yang mempengaruhi proses menua.....	12
B. Konsep Dasar Penyakit.....	14
1. Definisi Hipertensi	14
2. Etiologi	15
3. Klasifikasi Hipertensi.....	17
4. Patofisiologi.....	18
5. Pathway Hipertensi	20
6. Manifestasi Klinis	21
7. Komplikasi.....	22
8. Pemeriksaan Penunjang	23
9. Penatalaksanaan	25
C. Konsep Asuhan Keperawatan Lanjut Usia	26

1. Pengkajian	27
2. Diagnosa	43
3. Perencanaan	44
4. Implementasi.....	50
5. Evaluasi	51
6. Dokumentasi.....	53
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	55
A. Tinjauan Kasus.....	55
1. Pengkajian	55
2. Analisa Data	69
3. Diagnosa Keperawatan	70
4. Intervensi Keperawatan	72
5. Implementasi dan Evaluasi	75
B. Pembahasan	81
BAB IV PENUTUP	91
A. Kesimpulan	91
B. Rekomendasi.....	92
DAFTAR PUSTAKA	94
LAMPIRAN DOKUMENTASI.....	96

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Data Penyakit	3
Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi	17
Tabel 2.2 Katz Indeks.....	33
Tabel 2.3 Barthel Indeks	34
Tabel 2.4 SPMSQ.....	36
Tabel 2.5 MMSE	37
Tabel 2.6 Geriatric Depression Scale (GDS).....	40
Tabel 2.7 MFS (Morse Fall Scale).....	41
Tabel 2.8 Pengkajian keseimbangan	42
Tabel 2.9 Intervensi Keperawatan.....	44
Tabel 3.1 Aktivitas Sehari-hari (ADL).....	61
Tabel 3.2 Katz Indeks.....	62
Tabel 3.3 Bartel Indeks	63
Tabel 3.4 MMSE	64
Tabel 3.5 SPMSQ.....	66
Tabel 3.6 MFS (Morse Fall Scale).....	67
Tabel 3.7 Pengkajian keseimbangan	68
Tabel 3.8 Analisa Data	69
Tabel 3.9 Intervensi Keperawata.....	72
Tabel 3.10 Implementasi dan evaluasi	75
Tabel 3.11 Catatan Perkembangan	79

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway.....	20
Bagan 3.1 Genogram.....	57

DAFTAR LAMPIRAN

I Dokumentasi

II Satuan Acara Penyuluhan

III Leaflet

IV Lembar Bimbingan

V Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu indikator utama tingkat kesehatan masyarakat adalah meningkatnya usia harapan hidup, dengan meningkatnya usia harapan hidup, berarti semakin banyak penduduk lanjut usia (Lansia) (Akbar, Nur, & Widya Nengsih, Ambohamsah et al., 2021). Lanjut usia mengalami berbagai perubahan baik secara fisik, mental maupun sosial. Perubahan yang bersifat fisik, stamina dan penampilan (Azizah, 2017). Berdasarkan data Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2020, jumlah lansia yang mengalami hipertensi telah mencapai 73.639 kasus (Profil Dinkes Provinsi Jawa Barat, 2020)

Pada lansia, hipertensi seringkali muncul akibat menurunnya elastisitas dinding aorta, penebalan dan kekakuan katup jantung, serta berkurangnya kemampuan jantung dalam memompa darah. Hal ini menyebabkan penurunan kekuatan kontraksi jantung dan volume darah yang dipompa, disertai hilangnya elastisitas pembuluh darah dan berkurangnya efektivitas pembuluh perifer dalam menyalurkan oksigen.

Hipertensi telah menyebabkan peningkatan angka morbiditas dan mortalitas pada kelompok usia lanjut, serta berkontribusi signifikan terhadap beban biaya kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2022). Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, prevalensi hipertensi pada kelompok usia lansia di Indonesia terus

meningkat dari tahun ke tahun. Hal ini menunjukkan pentingnya strategi penanggulangan yang efektif, salah satunya melalui aktivitas fisik yang terstruktur, seperti senam hipertensi (Azizah & Nugraha, 2022).

Berdasarkan data yang diberikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2018, dilaporkan bahwa sekitar 1,13 miliar orang menderita hipertensi di dunia, dan jumlah penderita hipertensi di negara berkembang lebih tinggi dibandingkan di negara maju (Sugito, 2022). Hipertensi telah meningkat sebesar 80 persen di negara-negara berkembang dari 639 juta kasus pada tahun 2000 dan diperkirakan meningkat menjadi 1,15 miliar kasus pada tahun 2025.

Menurut laporan tahunan dinas kesehatan Jawa Barat jumlah penderita hipertensi yang ada di Kabupaten Garut sebanyak 5447 kasus yang menderita hipertensi (Dinkes Kab. Garut, 2023)

Menurut survei Perhimpunan Gerontologi Medik Indonesia (PERGEMI), sebanyak 24,6% penduduk lanjut usia (lansia) di Indonesia memiliki riwayat penyakit kronis. Dari kelompok lansia dengan riwayat tersebut, mayoritasnya atau 37,8% memiliki penyakit hipertensi. Kemudian 22,9% memiliki penyakit diabetes, 11,9% penyakit rematik, dan 11,4% penyakit jantung. Di lihat dari data-data dinkes menunjukkan bahwa semua kabupaten/kota di seluruh provinsi di Indonesia telah melakukan deteksi dini hipertensi. Berikut data penyakit dari puskesmas cibatu:

Tabel 1.1
10 Besar Penyakit Pada Lansia Di Puskesmas Cibatut Garut

No	Nama Penyakit	Jumlah
1	Gastritis	1.707
2	Hipertensi	1.505
3	Typoid	804
4	Arthiritis	722
5	Pulpitis	621
6	Influenza	560
7	Diare	456
8	Asthma	448
9	DBD	345
10	Dispepsia	320
	Total	7.488

Sumber: Puskesmas Cibatut Kabupaten Garut Tahun 2025

Berdasarkan data laporan dari Puskesmas Cibatut, jumlah lansia yang mengalami hipertensi menempati posisi kedua terbanyak setelah Gastritis, dengan total kasus sebanyak 1,505 orang. Meskipun hipertensi bukan penyakit paling dominan di antara lansia di wilayah tersebut, kondisi ini tetap memerlukan perhatian dan penanganan segera guna meredakan gejala serta mencegah peningkatan jumlah kasus. Hal ini disebabkan oleh risiko komplikasi serius yang ditimbulkannya, seperti stroke, gangguan pembuluh darah perifer, disfungsi seksual, serta kerusakan pada ginjal, jantung, mata, dan organ vital lainnya

Berdasarkan latar belakang di atas penulis merasa tertarik untuk membuat studi kasus dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KP. PARAKAN TELU RT 003 RW 001 DESA CIBUNAR"

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio-psiko-sosial-spiritual dengan pendekatan proses keperawatan pada klien dengan Hipertensi.

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, menemukan dan memprioritaskan masalah pada klien hipertensi.
- b. Mampu menegakan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah yang muncul.
- c. Mampu menyusun rencana keperawatan yang sesuai dengan hasil diagnosa yang dialami klien.
- d. Mampu melaksanakan Tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah di tetapkan pada klien hipertensi
- e. Mampu mengevaluasi keseluruhan hasil proses asuhan keperawatan secara sistematis
- f. Mampu mendokumentasikan seluruh hasil proses asuhan keperawatan secara sistematis

C. Metode Telaahan

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dengan Teknik studi kasus dan menerapkan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan yang memberikan gambaran nyata dalam asuhan keperawatan yang diberikan, Adapun Teknik pengumpulan data yang digunakan sebagai berikut.

1. Wawancara

Wawancara atau pengumpulan data melalui tanya jawab dengan cara berkomunikasi langsung dengan klien atau keluarga yang bersangkutan untuk mendapatkan data yang diperlukan seperti data subjektif yang berhubungan dengan masalah Kesehatan lain.

2. Observasi

Observasi adalah cara pengumpulan data melalui hasil mengamati perilaku dan keadaan memperoleh data tentang tingkat kesehatan klien

3. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara keseluruhan dari kepala sampai ujung kaki secara inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi. Serta pemeriksaan khusus pada lansia yang meliputi : pengkajian fungsional (KATZ indeks dan Barthel Indeks) dan pengkajian kognitif/afektif/mental/sosial (SPMSQ, MMSE) sehingga diperoleh Kesimpulan mengenai data objektif tentang kondisi Kesehatan klien.

4. Studi dokumentasi

Pengumpulan data diperoleh dari data klien dan 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 sumber 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

6. Partisipasi Aktif

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

D. Sistematika Penulisan

Penyusun karya tulis ilmiah ini disusun secara sistematis yang terdiri dari 4 bab, yaitu :

1. BAB I

Merupakan pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, rumusan masalah, metode penulisan, tujuan penulisan, dan sistematika penulisan

2. BAB II

Merupakan tinjauan teori yang menjelaskan teori konsep dasar gerontik, konsep dasar penyakit hipertensi, serta konsep asuhan keperawatan gerontik pada lansia Hipertensi.

3. BAB III

Merupakan tinjauan kasus dan pembahasan membahas mengenai proses keperawatan yang telah dilakukan secara nyata di lapangan, di mulai dari pengkajian hingga evaluasi sedangkan pembahasan akan di jadikan sebagai bahan perbandingan antara kesamaan dan perbedaan yang ditemukan pada kasus di lapangan dengan teori.

4. BAB IV

Merupakan penutup yang berisi kesimpulan dan rekomendasi memuat penjelasan mengenai kesimpulan penulis setelah melaksanakan kegiatan asuhan keperawatan pada lansia dann rekomendasi untuk perbaikan dimasa yang akan datang.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Lansia

1. Definisi Usia Lanjut

Lansia merupakan suatu kondisi yang ditandai kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stress fisiologis, kegagalan ini berkaitan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup serta peningkatan kepekaan secara individual. (Muh rin, 2016)

Lansia merupakan individu yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Sehingga dikatakan lansia adalah individu pada kelompok umur yang telah memasuki tahapan akhir pada fase kehidupannya (Irma, 2021)

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun ke atas Dimana usia ini merupakan fase akhir kehidupan dan akan mengalami “*Aging Proses*” atau “*proses penuaan*”, ditandai dengan kegagalan individu dalam mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stress fisiologis

2. Batasan Lanjut Usia

a. Menurut Suryonod kk (2016) ada beberapa batasan-batasan umur pada lansia diantaranya:

- 1) Usia pertengahan (*middle age*) yakni usia 45-59 tahun
- 2) Lanjut Usia (*elderly*) yakni usia 60-74 tahun
- 3) Lanjut usia tua (*old*) yakni usia 75-90 tahun
- 4) Usia sangat tua (*very old*) usia diatas 90 tahun

b. Pembagian Kelompok umur atau kategori umur pada lansia menurut

Al amin (2017) meliputi:

- 1) Masa lansia awal = 46-55 tahun
- 2) Masa lansia akhir = 56-65 tahun
- 3) Masa manula = 65-atas

3. Proses Menua

Menurut Laslett (Sudirman, 2015 dalam Uraningsari Fitri,dkk 2016)

Proses menua adalah proses alami yang akan terjadi pada setiap makhluk hidup. Semua makhluk hidup memiliki siklus kehidupan menjadi tua yang berdampak pada angka usia harapan hidup penduduk. Kemajuan bidang kesehatan dan kemampuan seseorang dalam menjaga Kesehatan menyebabkan meningkatnya usia harapan hidup.

Kondisi masa tua yang semakin panjang ini diharapkan tidak menjadi beban, namun tetap menjadi sumber daya manusia yang memberikan manfaat. Memasuki usai tua banyak mengalami kemunduran misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit menjadi keriput karena berkurangnya bantalan lemak, rambut memutih, pendengaran berkurang, penglihatan memburuk, gigi mulai ompong, aktivitas menjadi lambat, dan nafsu makan berkurang.

Menurut WHO dan Undang-Undang No 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada pasal 1 ayat 2 yang menyebutkan bahwa umur 60 tahun adalah usia permulaan tua. Menua bukanlah suatu penyakit, akan tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan

perubahan kumulatif, yaitu proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh yang berakhir dengan kematian (Syah, 2018).

4. Perubahan Pada Lansia

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degenerative yang akan berdampak pada perubahan-perubahan diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial dan seksual (Azizah, 2015).

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang biasanya akan berdampak pada perubahan-perubahan pada jiwa atau diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial dan sexual (National & Pillars, 2020).

a. Perubahan fisik

Dimana banyak sistem tubuh kita yang mengalami perubahan seiring umur kita seperti:

- 1) Sistem Indra Sistem pendengaran; Prebiakusis (gangguan pada pendengaran)

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

- 2) Sistem Intergumen: Pada lansia kulit mengalami atropi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan

sehingga menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan atrofi glandula sebacea dan glandula sudorifera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot.

b. Perubahan Kognitif

Banyak lansia mengalami perubahan kognitif, tidak hanya lansia biasanya anak-anak muda juga pernah mengalaminya seperti: Memory (Daya ingat, Ingatan)

c. Perubahan Psikososial

Sebagian orang yang akan mengalami hal ini dikarenakan berbagai masalah hidup ataupun yang kali ini dikarenakan umur seperti:

- 1) Kesepian terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.
- 2) Gangguan cemas dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik, gangguan cemas umum, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.
- 3) Gangguan tidur juga dikenal sebagai penyebab morbiditas yang signifikan. Ada beberapa dampak serius gangguan tidur pada lansia misalnya mengantuk berlebihan di siang hari, gangguan atensi dan

memori, mood depresi, sering terjatuh, penggunaan hipnotik yang tidak semestinya, dan penurunan kualitas hidup.

5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Proses Menua

Penuaan terjadi secara alami dan sesuai dengan usia kronologis. Beberapa faktor yang mempengaruhi menurut Winarno & Wida (2015) adalah sebagai berikut:

a. Hereditas

Kematian sel merupakan bagian dari program kehidupan yang terkait dengan peran DNA dalam mengendalikan fungsi sel. Secara genetik, perempuan memiliki kromosom X sepasang, sedangkan laki-laki memiliki kromosom XY. Kromosom X membawa unsur kehidupan, sehingga perempuan cenderung memiliki umur lebih panjang dibandingkan laki-laki.

b. Nutrisi/Makanan

Nutrisi yang berlebihan atau kurang dapat mengganggu keseimbangan reaksi kekebalan tubuh.

c. Status Kesehatan

Penyakit yang dikaitkan dengan proses penuaan sebenarnya bukan akibat dari penuaan itu sendiri, melainkan karena faktor eksternal yang merugikan dan berlangsung terus-menerus. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan lansia antara lain yaitu:

- 1) faktor ekonomi, lansia dengan kondisi ekonomi rendah akan berpengaruh pada kemampuannya untuk rutin pemeriksaan kesehatan.
- 2) faktor keluarga, keluarga yang tinggal atau hidup dengan keluarga yang lebih muda dan memperhatikan kesehatannya akan lebih terjaga kondisi kesehatan dan psikologi lansia tersebut.
- 3) Faktor nutrisi, asupan nutrisi lansia akan berpengaruh pada proses metabolisme tubuh yang nantinya juga berpengaruh pada kesehatan.
- 4) faktor pengetahuan, lansia yang memiliki pengetahuan baik mengenai pentingnya menjaga kesehatan akan berupaya untuk terus menjaga kesehatannya walaupun sudah tua (Kusumawardani & Andanawarih, 2018).

d. Pengalaman Hidup

Kebiasaan yang dilakukan selama hidup, seperti merokok, minum minuman beralkohol, dan kurangnya olahraga, dapat menjadi faktor yang menyebabkan masalah di masa tua.

e. Stres

Tekanan kehidupan sehari-hari dalam lingkungan rumah, pekerjaan, dan masyarakat yang tercermin dalam gaya hidup akan mempengaruhi proses penuaan

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi Hipertensi

Menurut (Nurarif A.H., & Kusuma H 2016), Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal, dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah, makin besar risikonya.

Hipertensi atau yang lebih dikenal dengan tekanan darah tinggi adalah penyakit kronik akibat desakan darah yang berlebihan dan hampir tidak konstan pada arteri. Tekanan dihasilkan oleh kekuatan jantung ketika memompa darah. Hipertensi berkaitan dengan meningkatnya tekanan pada arterial sistemik, baik diastolik maupun sistolik secara terus-menerus. Gejala hipertensi sulit diketahui karena tidak memiliki gejala khusus. Gejala yang mudah diamati yaitu pusing, sering gelisah, wajah merah, telinga berdengung, sesak napas, mudah lelah, mata berkunang-kunang (Sijabat et al., 2020).

Hipertensi merupakan silent killer dimana gejalanya sangat bermacam-macam pada setiap individu dan hampir sama dengan penyakit lain. Gejala-gejala tersebut adalah sakit kepala atau terasa berat ditekuk. Vertigo, jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur dan telinga berdengung atau berdenging atau tinnitus dan mimisan.

Jadi dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa hipertensi ialah peningkatan tekanan darah diatas batas normal ialah lebih dari 140 mmHg untuk sistoliknya dan serta lebih dari 90 mmHg untuk diastoliknya. Tekanan darah tinggi karena terbentuknya peningkatan tekanan darah yang bisa berlanjut pada kendala sistem organ (American Heart Association atau AHA dalam Kemenkes, 2018)

2. Etiologi

Menurut Smeltzer & Bare, (2017) penyebab hipertensi dibedakan menjadi 2 yaitu hipertensi primer dan hipertensi sekunder.

a. Hipertensi Esensial atau Primer

Penyebab hipertensi primer sampai saat ini belum diketahui. Kurang lebih 90% penderita hipertensi tergolong hipertensi esensial sisanya 10% tergolong hipertensi sekunder. Hipertensi primer adalah suatu kondisi hipertensi dimana penyebab sekunder hipertensi tidak ditemukan. Meskipun hipertensi primer penyebabnya belum diketahui namun diperkirakan hipertensi primer disebabkan karena faktor keturunan, ciri perseorangan, dan kebiasaan hidup.

a. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme). Golongan terbesar dari penderita hipertensi

adalah hipertensi esensial maka penyelidikan dan pengobatan lebih banyak ditujukan ke penderita hipertensi esensial.

b. Faktor Resiko

1) Keturunan

Pada 70%-80% kasus hipertensi esensial didapatkan dari Riwayat hipertensi dalam keluarga. Jika seorang dari orang tua kita memiliki riwayat hipertensi maka sepanjang hidup kita memiliki kemungkinan 25% terkena hipertensi.

2) Jenis Kelamin

Perbandingan antara pria dan wanita ternyata wanita lebih banyak menderita hipertensi.

3) Usia

Bertambah nya usia maka semakin tinggi mendapat resiko hipertensi. Hal ini sering disebabkan oleh perubahan alamiah di dalam tubuh yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah dan hormon.

4) Stres

Stress yang berkepanjangan akan membuat tekanan darah akan menetap tinggi

Menurut (Nurarif A.H, & Kusuma H., 2016) Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan-perubahan diantaranya:

(1) Elastisitas dinding aorta menurun

- (2) Katub jantung menebal dan membeku
- (3) Kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volume
- (4) Kehilangan elastisitas pembuluh darah, hal ini terjadi karena kekurangan efektifitas pembuluh darah prifer untuk oksigenasi
- (5) Meningkatnya resistensi tensi pembuluh darah

3. Klasifikasi Hipertensi

- a. Menurut (WHO, 2018) batas normal tekanan darah adalah tekanan darah sistoliknya kurang dari 120 mmHg dan tekanan darah diastolik kurang dari 80 mmHg. Seseorang dikatakan hipertensi bila tekanan darah sistoliknya lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastoliknya lebih dari 90 mmHg.
- b. Menurut tambayong (dalam Nurarif A,H, & Kusuma H, 2016), klasifikasi hipertensi klinis berdasarkan tekanan darah sistolik dan diastolik yaitu :

Tabel 2.1
Klasifikasi Derajat Hipertensi Secara Klinis

No	Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
1	Optimal	<120 mmHg	<80 mmHg
2	Normal	120-90 mmHg	80-84 mmHg
3	High Normal	130-139 mmHg	85-89 mmHg
4	Grade 1 (ringan)	140-159 mmHg	90-99 mmHg
5	Grade 2 (sedang)	160-179 mmHg	100-109 mmHg
6	Grade 3 (berat)	180-209 mmHg	100-119 mmHg
7	Grade 4 (sangat berat)	>210 mmHg	>120 mmHg

4. Patofisiologi

Tekanan darah dipengaruhi volume sekuncup dan total peripheral resistance. Apabila terjadi peningkatan salah satu dari variabel tersebut yang tidak terkompensasi maka dapat menyebabkan timbulnya hipertensi.

Pengendalian dimulai dari sistem reaksi cepat seperti reflex kardiovaskuler melalui sistem saraf, refleks kemoreseptor, respon iskemia, susunan saraf pusat yang berasal dari atrium, dan arteri pulmonalis otot polos. Sedangkan system pengendalian reaksi lambat melalui perpindahan cairan antara sirkulasi kapiler dan rongga intertisial yang dikontrol oleh hormon angiotensin dan vasopresin. Kemudian dilanjutkan sistem poten dan berlangsung dalam jangka panjang yang dipertahankan oleh sistem pengaturan jumlah cairan tubuh yang melibatkan berbagai organ (Nurhikmawati et al., 2020).

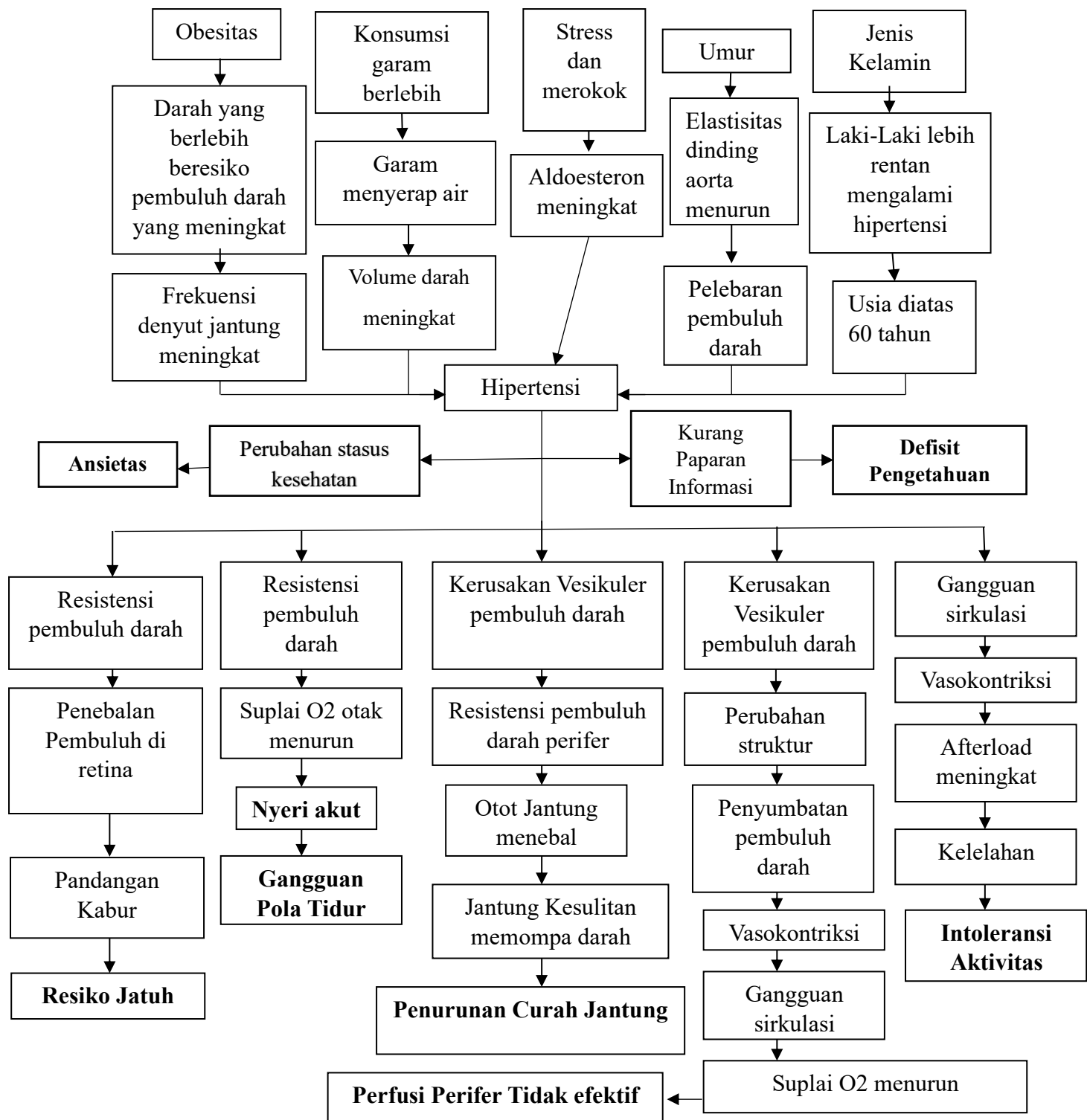
Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I oleh angiotensin I converting enzyme (ACE). ACE memegang peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung angiotensinogen yang diproduksi di hati. Selanjutnya oleh hormon, renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi angiotensin I. Oleh ACE yang terdapat di paru-paru, angiotensin I diubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang memiliki peranan kunci dalam menaikkan tekanan darah melalui dua aksi utama. Aksi pertama adalah meningkatkan sekresi hormon antidiuretic (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi di hipotalamus (kelenjar pituitari) dan bekerja pada

ginjal untuk mengatur osmolalitas dan volume urin. Dengan meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang diekskresikan ke luar tubuh (antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolalitasnya.

Untuk mengencerkannya, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya, volume darah meningkat yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah. Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorpsinya dari tubulus ginjal. Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume dan tekanan darah (Hasanah, 2019).

5. Pathway Hipertensi

Bagan 2.1 Pathway Hipertensi



Sumber: WOC dengan menggunakan SDKI 2016 (Fajarnia,2021)

6. Manifestasi Klinis

Menurut Tambayong (dalam Nurarif A.H & Kusuma H, 2016), tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi sebagai berikut :

a. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang tidak dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan darah tidak teratur.

b. Gejala yang lazim

Tanda dan gejala utama hipertensi ialah gejala umum yang ditimbulkan akibat hipertensi atau tekanan darah tinggi tidak sama pada setiap orang, bahkan terkadang timbul tanpa adanya tanda dan gejala, sering dikaitkan bahwa gejala yang lazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala lazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis. Secara umum beberapa gejala yang dikeluhkan oleh penderita hipertensi yaitu sebagai berikut :

- 1) Mengeluh sakit kepala atau pusing
- 2) Lemas, kelelahan
- 3) Sesak nafas
- 4) Gelisah
- 5) Mual
- 6) Muntah

- 7) Epistaksis
- 8) Kesadaran menurun
- 9) Pandangan menjadi kabur

7. Komplikasi

Menurut Ardiansyah, M. (2017) komplikasi yang terjadi pada penderita hipertensi adalah :

a. Stroke

Stroke akibat dari pecahnya pembuluh darah yang ada di dalam otak atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak. Stroke bisa terjadi pada hipertensi kronis apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertropi dan penebalan pembuluh darah sehingga aliran darah pada aliran darah berkurang. Arteri yang mengalami aterosklerosis dapat melemah dan meningkatkan terbentuknya aneurisma.

b. Organ Jantung

Kompensasi jantung terhadap kerja yang keras akibatnya Hipertensi berupa penebalan pada otot jantung kiri. Kondisi ini akan memperkecil rongga jantung untuk memompa, sehingga jantung akan semakin membutuhkan energi yang besar. Kondisi ini akan disertai dengan adanya gangguan pembuluh darah jantung sendiri (koroner) akan menimbulkan kekurangan oksigen dari otot jantung dan berakibat rasa nyeri. Apabila kondisi dibiarkan terus menerus akan menyebabkan

kegagalan jantung untuk memompa darah dan menimbulkan kematian.
(Kemenkes, 2021)

c. Sistem Ginjal

Hipertensi yang berkepanjangan akan menyebabkan kerusakan dari pembuluh darah pada organ ginjal. Sehingga fungsi ginjal sebagai pembuat zat-zat racun bagi tubuh tidak berfungsi baik. kerusakan pada ginjal di sebabkan oleh tingginya tekanan darah pada kapiler-kapiler glomerulus. Rusaknya glomerulus membuat darah mengalir ke inti fungsional ginjal, neuron terganggu, dan berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Rusaknya glomerulus menyebabkan protein keluar melalui urine dan terjadilah tekanan osmotik koloid plasma berkurang sehingga terjadi edema pada penderita hipertensi kronik.

d. Sistem saraf

Gangguan dari sistem saraf terjadi pada sistem retina (mata bagian dalam) dan sistem saraf pusat (otak). Didalam retina terdapat pembuluh darah tipis yang akan menjadi lebar saat terjadi Hipertensi dan memungkinkan terjadinya pecah pembuluh darah yang akan menyebabkan gangguan pada organ penglihatan.

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien hipertensi menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) yaitu:

a. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Pemeriksaan kadar Hemoglobin dan Hematokrit (Hb/Ht) bertujuan untuk mengevaluasi hubungan antara jumlah sel darah dan volume cairan tubuh, yang mencerminkan tingkat viskositas darah. Hasil pemeriksaan ini dapat menjadi indikator adanya risiko kondisi seperti anemia atau hipokoagulabilitas.
- 2) Pemeriksaan Blood Urea Nitrogen (BUN) dan Kreatinin memberikan gambaran tentang tingkat perfusi ginjal serta fungsi ekskresi ginjal secara keseluruhan.
- 3) Pemeriksaan kadar glukosa darah bertujuan untuk mengidentifikasi adanya hiperglikemia, yang pada penderita diabetes melitus (DM) dapat menjadi faktor pemicu hipertensi.
- 4) Urinalisis, yang meliputi deteksi darah, protein, dan glukosa dalam urin, dapat menunjukkan adanya disfungsi ginjal serta dugaan penyakit diabetes melitus.
- 5) Computed Tomography (CT) scan dilakukan untuk mengevaluasi kemungkinan adanya kelainan di otak, seperti tumor serebral atau ensefalopati.
- 6) Elektrokardiogram (EKG) digunakan untuk menilai pola aktivitas listrik jantung, di mana tanda-tanda seperti pelebaran dan peninggian gelombang P dapat menjadi indikasi awal dari penyakit jantung hipertensi.

- 7) Intravenous Pyelography (IVP) dilakukan untuk membantu mengidentifikasi etiologi hipertensi, termasuk kemungkinan adanya batu ginjal atau kelainan struktural lainnya pada ginjal.
- 8) Foto rontgen dada berfungsi untuk mendeteksi adanya kerusakan jaringan di area katup jantung serta menilai adanya pembesaran jantung (kardiomegali).

9. Penatalaksanaan

Sebelum diberikan pengobatan, pemeriksaan tekanan darah pada lansia harus lebih di perhatikan karena beberapa orang lanjut usia menunjukkan pseudohipertensi yaitu pembacaan spigmomanometer tinggi palsu akibat kekakuan pembuluh darah yang berat.

a. Penataan nonfarmakologis

Mengubah pola hidup pada hipertensi ini sangat menguntungkan untuk menurunkan tekanan darah. Beberapa perubahan gaya hidup yang perlu dilakukan adalah :

1) Mengurangi berat badan

Obesitas berhubungan dengan kejadian hipertensi dan hipertrofi ventrikel kiri. Jadi, penurunan berat badan adalah hal yang sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah

2) Mengurangi konsumsi garam

Pengurangan konsumsi garam dapat mengurangi stimulasi sistem renin-angiotensin, yang merupakan fungsi yang sangat baik

sebagai antihipertensi. Jumlah natrium yang dianjurkan 3-6gram perhari.

3) Memperbaiki gaya hidup

Seperti berhenti merokok dan tidak mengonsumsi alkohol, penting untuk mengurangi efek jangka panjang.

4) Olahraga teratur

Olahraga teratur selama 30 menit sebanyak 3-4 kali dalam 1 minggu sangat dianjurkan untuk menurunkan tekanan darah.

b. Terapi Farmakologis

1) Terapi Oksigen

2) Pemantauan hemodinamik

3) Obat-obatan

Pada lansia pemberian obat harus di berikan dalam dosis kecil dan kemudia ditingkatkan secara bertahap. (Tuty Kuswardhani, 2017)

C. Konsep Asuhan Keperawatan Lanjut Usia

Asuhan keperawatan lanjut usia adalah kumpulan perawatan yang ditujukan kepada orang tua yang mencakup studi yang mempertimbangkan kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual, menganalisis masalah dan membuat diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, melaksanakan implementasi, dan melakukan evaluasi. Asuhan Keperawatan pada lanjut usia ini untuk memberikan bantuan, bimbingan, dan pengawasan kepada orang tua

secara individual dan kelompok, seperti di rumah lingkungan keluarga, panti werdha, atau puskesmas yang dirawat oleh perawat. (Almayda et al., 2023)

1. Pengkajian

Pengkajian adalah proses mengumpulkan data atau informasi pasien secara sistematis dan berkelanjutan melalui proses analisis, validasi, wawancara dan proses pemeriksaan fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi). Pengkajian menjadi tahap awal dalam proses asuhan keperawatan sehingga data yang dikumpulkan dalam proses pengkajian harus akurat dan lengkap karena berkaitan dan mempengaruhi proses asuhan keperawatan selanjutnya. (Herniyatun et al., 2023)

a. Anamnesa

Adapun data yang dibutuhkan dalam anamnesa meliputi:

1) Identitas

Terdiri dari Nama, umur, jenis kelamin, alamat, tanggal pemeriksaan, pendidikan terakhir, pekerjaan, agama, dan diagnose medis.

2) Keluhan Utama

Sebagian besar keluhan pada pasien hipertensi adalah nyeri kepala atau rasa berat pada tengkuk, gelisah, leher kaku, pusing, penglihatan kabur dan mudah lelah

3) Riwayat Kesehatan sekarang

Pengkajian yang mendukung keluhan utama dengan mengajukan pertanyaan tentang keluhan utama. Keluhan lain yang menyertai

biasanya adalah kepala terasa nyeri, mual-muntah, sesak nafas dan pandangan menjadi kabur. Untuk mengetahui lebih lanjut mengenai keluhan utama dengan metode wawancara berupa PQRST. PQRST yang artinya sebagai berikut:

- (1) P (Palliative) Faktor terjadinya penyakit dan faktor yang memperberat gejala.
 - (2) Q (Qualitative): Suatu keluhan atau penyakit yang dirasakan biasanya.
 - (3) R (Region & Radiasi): Sejauh mana lokasi penyebaran yang dikeluhkan oleh Klien
 - (4) (Saverity): Data mengenai keparahan yang dirasakan klien dengan menggunakan skala nyeri 1 sampai 10.
 - (5) T(Time): Berapa lama rasa sakit muncul, dan kapan muncul.
- 4) Riwayat penyakit dahulu
- Tanyakan kepada pasien yang mengalami hipertensi apakah pernah mengalami hipertensi, penyakit jantung koroner, stroke, atau penyakit ginjal sebelumnya.
- 5) Riwayat penyakit Keluarga
- Berisi tentang riwayat keluarga yang pernah mengalami penyakit hipertensi, jantung, DM, dan penyakit kronik lainnya.

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik bertujuan untuk mengumpulkan informasi penting tentang kesehatan klien, yang membantu memverifikasi,

mengonfirmasi dan mengidentifikasi diagnosis keperawatan, membuat penilaian klinis tentang perubahan status kesehatan klien dan penatalaksanaan, mengevaluasi hasil fisiologis dari Asuhan Keperawatan. Pemeriksaan Fisik juga untuk mendapatkan informasi langsung mengenai kondisi tubuh dan organ-organ internal pasien dengan menggunakan berbagai metode pengamatan dan pengukuran.

Berikut ini aspek pemeriksaan fisik yang perlu dikaji :

- 1) Keadaan umum : Tingkat kesadaran menggunakan GCS (Glow Coma Scale)

Tanda-tanda vital:

- a) Tekanan darah pada penderita hipertensi sudah dipastikan tekanan darah akan diatas nilai normal.
- b) Nadi Untuk penderita hipertensi, nadi akan lebih cepat (takikardi)
- c) Tergantung kondisi, nilai normal suhu yaitu 36.0-37,0°C
- d) Respirasi Kaji apakah klien mengalami takipneu dengan rentan pada lansia (14-16x/menit)

- 2) Pemeriksaan Fisik head to toe

- a) Kepala dan rambut: Lihat bentuk dan ukuran pada kepala, warna rambut, bentuk wajah, dan kaji apakah terdapat nyeri atau tidak karena pada klien yang menderita hipertensi biasanya nyeri pada kepala.

- b) Mata: Kaji kesimetrisan mata, kelopak mata, kornea, konjungtiva serta sclera, pupil dan ketajaman penglihatan. Biasanya adanya gangguan pada fungsi penglihatan seperti pandangan menjadi kabur, penglihatan menjadi ganda dan kesulitan untuk melihat objek.
- c) Hidung: Perhatikan kesimetrisan hidung, ukuran hidung, pangkal hidung, lubang hidung, cuping hidung, dan kebersihannya apakah terdapat secret atau tidak beserta kepatenan jalan nafas.
- d) Telinga: Lihat warna, kesimetrisan serta posisi telinga bagian atas apakah sejajar dengan mata atau tidak dan kaji saluran telinga bagian luar, kebersihan dan periksa kemampuan pendengaran selama berinteraksi.
- e) Mulut :Inspeksi warna, kelembapan, apakah ada lesi atau tidak, lihat tekstur mukosa pipi, periksa kelengkapan gigi, warna gigi, beserta kondisi gusi. Tanyakan apakah menggunakan gigi palsu atau tidak, karena Biasanya pada lansia memakai gigi palsu.
- f) Leher: Perhatikan otot leher, lihat adanya pembengkakan, massa, atau kekakuan pada leher
- g) Thoraks: Inspeksi apakah ada kelainan dalam simetris dada, apakah terdapat otot bantu pernafasan atau tidak, palpasi nilai vocal premitus, perkusi atau menilai bunyi apakah ada

kelaianan atau tidak, dan auskultasi bunyi nafas dan adanya bunyi nafas tambahan.

- h) Jantung: Amati adanya pulsasi serta ictus kordis, perkusi (tentukan Batasan jantung), untuk ukuran jantung, dengarkan suara jantung apakah ada penambahan suara atau tidak. Pada pasien hipertensi, tekanan darah akan meningkat dan akan terjadi peningkatan denyut nadi.
- i) Abdomen: Inspeksi integritas kulit pasien, persebaran warna kulit, perhatikan dinding abdomen saat proses pernapasan berlangsung, apakah terdapat benjolan dan dengarkan bising usus/peristaltic usus dengan nilai normal 5-35x/menit
- j) Genitalia: Inspeksi pada warna dan kebersihan rambut pubis, lihat kebersihan kulit dan lihat apakah ada lesi atau tidak perhaikan labia mayora dan minora untuk klien perempuan.
- k) Inspeksi anus adakah hemoroid, kutil, herpes dan kaji apakah terdapat benjolan atau tidak. Palpasi anus dengan menggunakan jari lalu perhatikan apakah ada nyeri tekan, adakah cairan atau darah yang keluar
- l) Ekstremitas atas & bawah: Lakukan inspeksi pada kedua sisi ekstremitas, baik atas maupun bawah perhatikan adanya ketidaksimetrisan, lihat adanya tremor pada ekstremitas, inspeksi adanya pembengkakan pada sendi dan palpasi rasakan adanya krepitasi, nodul, keras atau lunaknya pembengkakan,

perhatikan masing masing tangan dan bentuk jari. Palpasi ujung ekstremitas atas dan bawah, rasakan kelembapan kulit serta suhu ekstremitas. Lakukan pemeriksaan CRT, Kaji apakah ada edema atau tidak dan kaji kekuatan otot.

Kekuatan Otot :

5	5
5	5

c. Aktivitas sehari-hari (ADL)

1) Pola nutrisi dan cairan

Pada aspek ini yang perlu dikaji adalah kebiasaan makan klien, peningkatan nafsu makan, adanya mual, muntah, penurunan atau peningkatan berat badan, dan juga frekuensi minimum pada klien. (Tarwonto. dkk, 2017)

2) Pola eliminasi

Mengkaji adanya kesulitan dalam BAB atau BAK, kelainan eliminasi, keluhan yang dirasakan pada saat BAB/BAK. Serta frekuensi dan konsistensi eliminasi. (Tarwonto. dkk, 2017)

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 katz indeks adalah suatu instrumen pengkajian system penilaian yang didasarkan pada kemampuan seseorang untuk melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari seperti kegiatan mandi, memakai pakaian, berpindah tempat, toileting, dan makan secara mandiri. Penentuan kemandirian ini dapat mengukur kemampuan fungsional lanjut usia dan dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat (Maryam, R. Siti, dkk 2016)

Tabel 2.2

Penilaian Katz Indeks

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

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

Keterangan :

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

2) Barthel Indeks

Tabel 2.3

Penilaian Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10	Frekuensi: Jumlah : Jenis :
2	Minum	5	10	Frekuensi : Jumlah : Jenis :
3	Berpindah tempat	5 atau 10	15	
4	Personal Toilet (Cuci muka, Sisir rambut, gosok gigi)	0	5	Frekuensi :
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
6	Mandi	5	15	Frekuensi :
7	Jalan di Permukaan datar	0	5	

8	Naik Turun Tangga	5	10	Frekuensi: Jumlah : Jenis :
9	Menggunakan pakaian	5	15	Frekuensi: Jumlah : Jenis :
10	Kontrol BAB	5	5	
11	Kontrol BAK	5	10	Frekuensi :
12	Olahraga/Latihan	5	10	
13	Rekreasi	5	10	Frekuensi :

Interpretasi : Skor 130 = Mandiri

Skor 65-125 = Ketergantungan Sebagian

Skor <65 = Ketergantungan Total

e. Pengkajian Emosional

1) Pengkajian Tahap 1

- a. Apakah klien mengalami sukar tidur?
- b. Apakah klien sering merasa gelisah?
- c. Apakah klien sering murung/menangis sendiri?
- d. Apakah klien sering was-was atau khawatir?

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

2) Pertanyaan tahap 2, berupa :

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

Interpretasi Hasil :

Bila klien memberikan jawaban “ya” > 1 pada pertanyaan tahap 2, maka menunjukkan bahwa MASALAH EMOSIONAL POSITIF (+)

f. Pengkajian Status Mental

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

1) Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)

Tabel 2.4

Pengkajian Short Portable Mental Status Questioner

Benar	Salah	No	Pertanyaan
		1	Tangga berapa hari ini ?
		2	Hari apa sekarang ?
		3	Apa nama tempat ini ?
		4	Dimana alamat ini ?
		5	Berapa umur anda ?
		6	Kapan anda lahir ? (Minimal tahun 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 pengurangan

Keterangan :

Jumlah jawaban salah sebanyak 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Jumlah jawaban salah sebanyak 4-5 : Kerusakan intelektual Ringan

Jumlah jawaban salah sebanyak 6-8 : Kerusakan intelektual Sedang

Jumlah jawaban salah sebanyak 9-10 : Kerusakan intelektual Berat

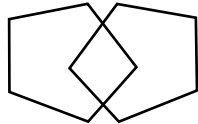
2) Mini Mental Status Exam (MMSE)

Tabel 2.5

Penilaian Mini Mental Status Exam

No	Aspek kognitif	Nilai Maximal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	3	Menyebutkan dengan benar a) Tahun berapa sekarang? b) Musim apa sekarang? c) Tanggal berapa sekarang? d) Hari apa sekarang? e) Bulan apa sekarang?
			5	Menyebutkan Dimana sekarang kita berada: a) Negara apa? b) Propinsi apa? c) Kota apa? d) Panti/Desa/Kampung apa? e) Alamat Dimana?
2	Registrasi	3		Sebut nama 3 obyek (ditunjukkan pemeriksa selama 1 detik untuk mengatakan setiap obyek yang ditunjukkan), lalu tanya kembali ketiga obyek tersebut pada klien setelah disebutkan sebelumnya. Beri 1 point untuk tiap jawaban benar, lalu ulangi sampai klien mempelajari ketiganya dan catat. Pengulangan pertama menentukan skor (maksimal 3), tapi tetap klien disuruh mengulang (maksimal 6 kali), jika gagal maka tidak dapat dilakukan test pada aspek MENINGAT

3	Perhatian & Kalkulasi	5		Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat (nilai 1 point untuk tiap jawaban benar 1) 93 2) 86 3) 79 4) 72 5) 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)
4	Mengingat	3		Minta klien mengulangi ketiga obyek yang telah disebutkan pada nomor 2 (REGISTRASI), bila benar beri nilai 1 point untuk setiap obyek yang disebutkan
5	Bahasa	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).
5	Bahasa	1		Pengulangan Minta klien untuk mengulang kalimat setelah kita sebutkan lebih dahulu, misalnya: “namun”, “tanpa”, “bila” atau kata yang lebih sulit lagi: “Tak ada jika, dan, atau, tetapi” Hanya 1 kali mencoba. Point 1 jika diulang sempurna dan 0 jika tidak benar secara keseluruhan.
5	Bahasa	3		Perintah 3 tahap (3 stage comment) 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
5	Bahasa	1		Membaca (reading) Dalam 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)
5	Bahasa	1		Menulis (writing) Berikan selembar kertas kosong dan minta lansia 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.
5	Bahasa	1		Menyalin (copying) Berikan selembar kertas kosong, minta lansia untuk menyalin gambar seperti di bawah ini, 10 sisi harus ada dan keduanya bersinggungan, jika benar beri nilai 1 point) : 

Interpretasi Hasil :

Nilai 24-30 : Tidak ada gangguan kognitif/Normal

Nilai 18-23 : Gangguan kerusakan aspek fungsi kognitif mental Sedang

Nilai 0-17 : Gangguan kerusakan aspek fungsi kognitif mental Berat

g. Geriatric Depression Scale (GDS)

Tabel 2.6
Penilaian Geriatric Depression Scale

No	Pertanyaan	Jawaban	Skor
1	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda		
2	Apakah anda sudah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda		
3	Apakah anda merasa kehidupan anda hampa?		
4	Apakah anda sering merasa bosan?		
5	Apakah anda penuh pengharapan akan masa depan anda?		
6	Apakah anda diganggu oleh pikiran-pikiran yang tidak dapat anda keluarkan/ungkapkan?		
7	Apakah anda mempunyai semangat baik sepanjang waktu?		
8	Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?		
9	Apakah anda merasa Bahagia pada Sebagian waktu anda?		
10	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?		
11	Apakah anda sering merasa gelisah dan resah/gugup?		
12	Apakah anda lebih senang tinggal di rumah daripada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?		
13	Apakah anda seringkali kuatir akan masa depan?		
14	Apakah anda merasa memepunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?		
15	Apakah anda pikir hidup anda sekarang ini menyenangkan?		
16	Apakah anda merasa murung dan sedih?		
17	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?		
18	Apakah anda sangat kuatir ttg kejadian masa lalu?		
19	Apakah anda merasakan bahwa kehidupan ini sangat menyenangkan/menarik?		
20	Apakah anda merasa berat untuk memulai proyek/pekerjaan baru?		
21	Apakah anda merasa penuh semangat?		
22	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?		
23	Apakah anda piker bahwa orang lai lebih baik keadaanya daripada anda?		
24	Apakah anda seringkali kesal terhadap hal sepele?		

25	Apakah anda seringkali merasa ingin menangis?		
26	Apakah mempunyai kesulitan dalam berkonsentrasi?		
27	Apakah anda senang terbangun di pagi hari?		
28	Apakah anda lebih senang menghindari kegiatan sosial?		
29	Apakah mudah bagi anda untuk mengambil Keputusan?		
30	Apakah pikiran anda jernih seperti biasanya?		

h. Resiko Jatuh

Tabel 2.7
Penilaian Resiko Jatuh

No	Pengkajian	Skala	Nilai	Ket
1	Riwayat jatuh : apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Tidak 0 Ya 25		
2	Diagnosa Sekunder : apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit?	Tidak 0 Ya 15		
3	Alat Bantu jalan : - Bed rest/dibantu Perawat - Kruk/tongkat/walker - Berpegangan pada benda-benda di sekitar (Kursi, Lemari, meja)	0 15 30		
4	Terapi Intravena: apakah saat ini lansia terpasang infus?	Tidak 0 Ya 20		
5	Gaya berjalan/cara berpindah: - Normal/bed rest/immobile (tidak dapat bergerak sendiri) - Lemah (tidak bertenaga) - Gangguan/tidak normal (pincang/diseret)	0 10 20		
6	Status Mental - Lansia Menyadari kondisi dirinya - Lansia mengalami keterbatasan daya ingat	0 15		
	Total Nilai			

Keterangan:

0-24 : Tidak beresiko

24-50 : Resiko Rendah

>50 : Resiko Tinggi

i. Pengkajian Keseimbangan

Tabel 2.8
Penilaian 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	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		

Interprestasi hasil :

0—5 : Risiko jatuh

6-10 : Risiko jatuh sedang

11-13 : Risiko jatuh tinggi

j. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan kognitif yang melibatkan pengembangan pemikiran dan penalaran yang dipengaruhi oleh pondasi ilmu pengetahuan. Untuk membuat kesimpulan tentang masalah keperawatan pasien, analisis data harus dapat menghubungkan data dengan konsep, teori, dan prinsip yang relevan. (Hasina et al., 2023).

2. Diagnosa

Diagnosa Keperawatan adalah penilain klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan diagnosa keperawatan adalah untuk mengetahui bagaimana klien, keluarga, dan komunitas bertindak terhadap masalah kesehatan. (Tim pokja SDKI DPP PPNI, tahun 2017). Konsep diagnosis keperawatan sangat penting untuk memandu proses pengkajian dan juga kunci bagi perawat dalam membuat rencana asuhan untuk pasien yang dikelola. (Koerniawan et al., 2020)

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

- 1) Nyeri akut (D.007) berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis
- 2) Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan peningkatan tekanan darah
- 3) Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan kurang kontrol tidur
- 4) Intoleransi aktivitas (D.0056) berhubungan dengan kelemahan.
- 5) Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- 6) Penurunan curah jantung (D.0008) berhubungan dengan perubahan afterload
- 7) Risiko jatuh (D.0143) berhubungan dengan gangguan penglihatan

3. Perencanaan

Rencana 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 rencana keperawatan. Tim Pokja SDKI PPNI (2017)

No	Diagnosa	Tujuan & Kriteria Hasil	SIKI
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 1x2 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: (L.08066) 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Rekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri (1.08238) Observasi: 1) Identifikasi lokasi, Karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik: 1) Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: akupunktur, terapi music, hipnosis, biofeedback, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin) 2) Kontrol lingkungan yang memperkuat rasa nyeri (mis: suhu ruangan) 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 teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi: 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan: DS: 1) Klien mengeluh Parastesia (Kesemutan) DO: 1) Warna kulit pucat 2) Turgor kulit menurun 3) Akral teraba dingin	Setelah di lakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer (L.02011) meningkat dengan kriteria hasil: 1) Warna kulit pucat menurun 2) Parastesia menurun 3) Turgor kulit membaik 4) Tekanan darah sistolik membaik 5) Tekanan darah diastolik membaik	Perawatan Sirkulasi (1.02079) Observasi: 1) Periksa Sirkulasi perifer 2) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Terapeutik: 1) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 2) Lakukan pencegahan infeksi Edukasi: 1) Anjurkan berhenti merokok 2) Anjurkan berolahraga rutin 3) Anjurkan untuk menggunakan obat penurun tekanan darah, jika perlu 4) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)	Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 1x2 jam, diharapkan pola tidur membaik. Dengan kriteria hasil: 1) Keluhan sulit tidur menurun 2) Keluhan sering terjaga menurun 3) Keluhan tidak puas menurun 4) Keluhan pola tidur berubah menurun	Dukungan tidur (I.05174) Observasi: 1) Kaji pola aktivitas dan tidur. 2) Kaji factor pengganggu tidur Terapeutik: 1) Modifikasi lingkungan 2) Jelaskan pentingnya tidur yang cukup. Edukasi: 1) Anjurkan menepati Kebiasaan waktu tidur 2) Ajarkan factor – factor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur.

		5) Keluhan istirahat tidak cukup menurun	3) Ajarkan relaksasi otot progresif
4	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.	Setelah di lakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas (L.05047) meningkat dengan Kriteria hasil 1) Kemudahan melakukan aktifitas sehari-hari meningkat 2) Kekuatan tubuh bagian atas meningkat 3) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 4) Keluhan lelah Menurun	Manajemen energi (L.05178) Observasi : 1) Memonitor kelelahan fisik dan emosional 2) Monitor pola dan jam tidur Terapeutik: 1) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 2) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. Edukasi: 1) Anjurkan tirah baring 2) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang Kolaborasi: 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
5	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (SDKI,D.0111).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: (L.12111) 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat 2) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 3) Perilaku membaik	Edukasi Kesehatan (1.12383) Observasi: 1) Identifikasi dan kesiapan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi faktor factor- yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup Bersih dan sehat Terapeutik: 1) Sediakan materi dan media Kesehatan Pendidikan 2) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan kesepakatan sesuai

			3) Beri kesempatan untuk bertanya Edukasi: 1) Jelaskan factor resiko yang mempengaruhi Kesehatan dapat 2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
6	Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan Afterload (D.0008)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: 1) Takikardi Menurun 2) Tekanan membaik darah 3) Pengisian kapiler membaik	Perawatan Jantung (L02075) Observasi: 1) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP). 2) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi oliguria, kulit pucat) basah, batuk. 3) Monitor tekanan darah tekanan (termasuk darah jika ortostatik, perlu) 4) Monitor intake dan output cairan 5) Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama Monitor saturasi oksigen 6) Monitor keluhan nyeri dada (mis: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri) 7) Monitor EKG 12 sadapan 8) Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) 9) Monitor laboratorium jantung elektrolit,

			jantung. NTpro-BNP) nilai (mis: enzim BNP. 10) Monitor fungsi alat pacu jantung 11) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas 12) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis: beta blocker, ACE Inhibitor, calcium channel blocker, digoksin) Terapeutik 1) Posisikan semi-fowler pasien 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 pneumatik intermitten, sesuai indikasi atau 4) Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi hidup sehat gaya 5) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 6) Berikan dukungan emosional spiritual dan 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
7	Resiko jatuh b.d Gangguan Penglihatan. (D.0143)	Setelah dilakukan kunjungan selama hari yang diharapkan: ditentukan 1) Jatuh dari tempat tidur menurun 2) Jatuh saat berdiri menurun 3) Jatuh saat berjalan menurun	Edukasi keselamatan Lingkungan (1. 12384) Observasi: 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi kebutuhan keselamatan berdasarkan Tingkat fungsi fisik, kognitif dan kebiasaan 3) Identifikasi keamanan lingkungan bahaya di Terapeutik 1) Sediakan materi dan media kesehatan pendidikan 2) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai dengan kesepakatan 3) Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1) Anjurkan menghilangkan bahaya lingkungan 2) Anjurkan menyediakan alat bantu 3) Anjurkan menggunakan pelindung alat 4) Informasikan telfon darurat nomor 5) Anjurkan melakukan program lingkungan skrining 6) Anjurkan individu dan kelompok beresiko tinggitentang bahaya lingkungan

			Kolaborasi: 1) Kolaborasi dengan pihak lain untuk meningkatkan keamanan lingkungan
--	--	--	---

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke 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 implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi. (Panggabean, 2023).

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. (Dinarti & Muryanti, 2017) Jenis implementasi keperawatan:

- 1) Independent implementations, adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya : membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-

spiritual, perawatan alat invasive yang dipergunakan klien, melakukan dokumentasi, dan lain-lain,

- 2) Interdependen/Collaborative implementations, adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, naso gastric tube (NGT), Keterkaitan dalam tindakan kerjasama ini misalnya dalam pemberian obat injeksi, jenis obat, dosis, dan efek samping merupakan tanggung jawab dokter tetapi benar obat, ketepatan jadwal pemberian, ketepatan cara pemberian, ketepatan dosis pemberian, dan ketepatan klien, serta respon klien setelah pemberian merupakan tanggung jawab dan menjadi perhatian perawat.
- 3) Dependent implementations, adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal pemberian nutrisi pada klien sesuai dengan diet yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

5. Evaluasi

Tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses

keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Panggabean, 2023)

adapun jenis evaluasi :

- 1) Evaluasi Formatif, adalah ktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas peayanan asuhan keperawatan. Evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitas intervensi tersebut. Evaluasi proses harus terus menerus dilaksanakan hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai. Metode pengumpulan data dalam evaluasi proses terdiri atas analisis rencana asuhan keperawatan, pertemuan kelompok, wawancara, observasi klien, dan menggunakan form evaluasi. Ditulis pada catatan perawatan. Contoh : membantu pasien duduk semifowler, pasien dapat duduk selama 30 menit tanpa pusing.
- 2) Evaluasi Sumatif, adalah Evaluasi Sumatif (hasil) rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Ditulis pada catatan perkembangan. Fokus evaluasi hasil (sumatif) adalah perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan. Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan anantara SOAP/SOAPIER. Evaluasi dapat di lakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP ataupun SOAPIER, dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah di tetapkan.

- S : Ungkapan perasaan dan keluhan yang di rasakan secara subjektif oleh klien saat di berikan tindakan keperawatan.
- O : Keadaan objektif yang bisa diidentifikasi oleh perawat dengan menggunakan pengamatan yang objektif setelah implementasi keperawatan, dan informasi yang didapat berupa hasil
- A : Merupakan analisa membandingkan anantara informasi, perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.
- P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisa.
- I : Implementasi tindakan yang dilakukan berdasarkan rencana tindakan keperawatan, untuk mengatasi masalah, keluhan atau mencapai tujuan pasien.
- E : Evaluasi respon atau tafsiran dari efek tindakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- R : Kembali ke rencana tindakan perencanaan

6. Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan adalah proses pencatatan dan pengumpulan berbagai bukti dari seluruh 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. Identitas Klien

Nama	: Tn. A
Usia	: 65 tahun
Jenis Kelamin	: Laki laki
Suku	: Sunda
Status Perkawinan	: Menikah
Pendidikan	: D3
Alamat	: Kp. Parakan Telu
Orang Paling dekat	: Istri
Tanggal Pengkajian	: 24 April 2025
Diagnosa Medis	: Hipertensi

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. W
Usia	: 60 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: SMA
Hubungan Dengan Klien	: Istri

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh Nyeri kepala

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Saat Dilakukan Pengkajian Pada tanggal 24 April 2025 Pukul 13.00 WIB, Klien mengeluh nyeri pada kepala bagian belakang yang menjalar ke tengkuk, nyeri bertambah apabila klien sedang beraktivitas dan berkurang saat beristirahat atau berbaring, nyeri dirasakan seperti ada yang membebani, nyeri hilang timbul dengan skala nyeri 6 (0-10) serta mengeluh pada tangan sering mengalami kesemutan dan hilang timbul, klien mengeluh sering merasa gelisah dan sulit tidur malam hari.

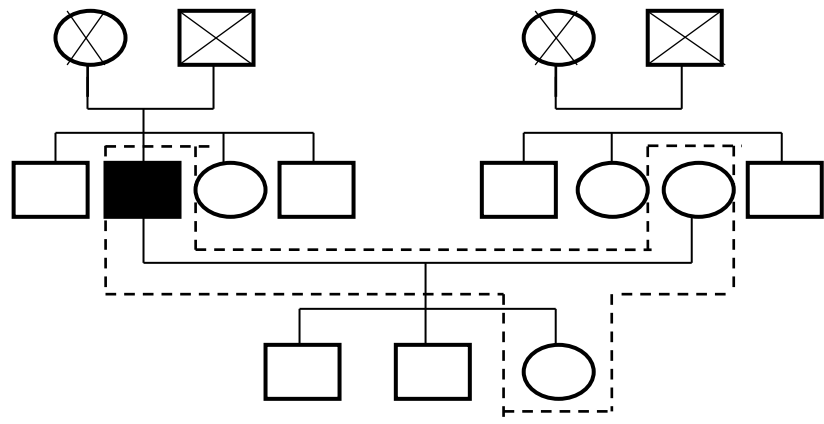
3) Riwayat Kesehatan dahulu

Klien mengatakan bahwa dirinya pernah dirawat di RSUD Medina 1 tahun lalu dengan keluhan yang sama, klien mempunyai hipertensi ini sejak 2 tahun yang lalu, angka tekanan darah tertinggi yang pernah dialami klien mencapai 220/90 mmHg, selama ini klien mengkonsumsi obat amlodhipine 5mg 1x1 setiap malamnya, klien mengatakan tidak mempunyai alergi makanan maupun obat, klien tidak mempunyai penyakit menular seperti tbc, hiv/AIDS

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien Mengatakan tidak ada yang mengalami penyakit yang pasien sedang rasakan saat ini, dan klien mengatakan tidak ada yang memiliki penyakit lain seperti DM, asma maupun tbc.

5) Genogram:

Bagan 3.1 Genogram

○ : Perempuan

□ : Laki-laki

■ : Klien

✕ : Meninggal

--- : Tinggal serumah

├ : Garis Keturunan

— : Garis Perkawinan

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran : Composmentis

Tanda- Tanda Vital :

Tekanan Darah : 160/100 mmHg

Nadi : 110x/m

Respirasi : 22x/m

Suhu : 36.5 C

Spo2 : 98%

2) Pemeriksaan Fisik (Head To Toe)

a) Kepala dan Rambut

Inspeksi : Kepala klien bersih, rambut beruban, dan rontok

Palpasi : Terdapat nyeri pada kepala dan pada bagian pundak

b) Mata

Inspeksi : Kedua bola mata dan alis simetris antara kiri dan kanan, terdapat kantung mata, sklera berwarna putih, konjungvita tidak anemis, refleks pupil baik saat diberi cahaya fungsi penglihatan sudah mulai menurun namun masih jelas saat membaca

c) Hidung

Inspeksi : Kedua lubang hidung simetris, tidak ada secret

Palpasi : Tidak ada pembengkakan

d) Telinga

Inspeksi : Telinga terlihat simetris terdapat serumen basah berwarna kekuningan, mampu mendengar dengan baik

Palpasi : Tidak ada keluhan nyeri

e) Mulut

Inspeksi : Bibir tampak kering, warna bibir pucat, gigi nampak tidak lengkap, gigi bersih, lidah dapat bergerak bebas, fungsi menelan baik.

f) Leher

Inspeksi : Tidak ada pembengkakan, terdapat rasa pegal pegal pada area pundak (leher belakang)

g) Thoraks

(1) Paru – Paru

Auskultasi : Suara nafas Vesikuler, Irama Teratur,
Frekuensi Nafas 21x/m

(2) Jantung

Tekanan Darah 160/80 mmHg, Nadi Meningkat : 110x/m
Terdapat dada berdebar kencang, Irama jantung regular
terdengar bunyi S1 S2 lup dup, CRT < 3 detik.

h) Abdomen

Inspeksi : Tampak bentuk abdomen simetris, tidak ada distensi abdomen, Gerakan dinding seirama pernapasan

Palpasi : Tidak teraba massa

Perkusi : Klien tidak mengeluh nyeri

Auskultasi : Frekuensi Peristaltic 16x/m

i) Genitalia

Tidak terdapat keluhan dan kelainan pada daerah genitalia

j) Ekstremitas atas dan bawah

1) Ekstremitas atas

Inspeksi :Ekstremitas kiri dan kanan simetris, tidak terdapat edema, warna kulit coklat, Jumlah jari lima

Palpasi :Akral teraba dingin, kulit teraba sedikit kering

2) Ekstremitas bawah

Inspeksi : tidak terdapat edema, jumlah jari lima, dapat digerakan ke segala arah

Palpasi :kulit terasa kering

Kekuatan Otot

5	5
5	5

e. Pengkajian Psikososial dan Spritual

1) Psikososial

Hubungan klien dengan tetangganya baik, klien suka mengobrol antara tetangga dan klien suka ikut pengajian rutin, klien sangat ramah ketika saya datang kerumahnya.

2) Spritual

Klien menyakini adanya tuhan yang maha segalanya, klien beragama islam taat menjalankan shalat 5 waktu dan klien selalu berdoa agar keadaanya baik (sehat), klien yakin akan sembuh dari penyakitnya dan selalu berdoa kepada Allah SWT.

f. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.1**Aktivitas Hidup Sehari-hari/ADL**

No	Jenis Aktivitas	Sebelum sakit	Saat Sakit
1	Nutrisi & Cairan 1) Nutrisi Frekuensi Jenis Makanan Nafsu makan Keluhan Pantangan 2) Cairan Frekuensi Jenis Keluhan	2-3x/hari Nasi,sayur,lauk pauk Baik Tidak ada Tidak ada	2-3x/hari Nasi.sayur,lauk pauk Tidak menuurun Tidak ada Rasa asin
2	Eliminasi 1) BAK Frekuensi Warna Keluhan 2) BAB Frekuensi Warna Konsistensi Keluhan	4-5x/hari Kuning Jernih Tudak ada 1-2x/hari Khas Feses Padat Tidak ada	4x/hari Kuning jernih Tidak ada 2x/hari Khas feses Padat Tidak ada
3	Personal Hygiene 1) Mandi 2) Gosok Gigi 3) Keramas 4) Gunting kuku	2x/hari 1x/hari 3x/minggu 1x/minggu	1-2x/hari 1x/hari 2x/minggu 1x/minggu
4	Istirahat Tidur 1) Tidur Siang Lama Tidur Kualitas Keluhan 2) Tidur malam Lama tidur Kualitas Keluhan	1-2 jam Nyenyak Tidak ada 7-8 Jam Nyenyak Tidak ada	30 menit Kurang nyenyak Sulit Tidur 4-6 Jam Kurang nyenyak Sulit Tidur
5	1) Olahraga Frekuensi Keluhan	Jalan kaki 1x/hari setiap pagi Tidak ada	Jalan kaki 1x/hari setiap pagi Tidak ada
6	Rekreasi/Pemanfaatan waktu luang	Pergi ke sawah	Pengajian dan pergi ke sawah

g. Pengkajian Fungsional

1) KATZ Indeks (Indeks Kemandirian pada aktivitas sehari-hari)

Tabel 3.2**Penilaian Katz Indeks**

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

Interprestasi: Setelah dilakukan pengkajian, Tingkat kemandirian Tn. A termasuk pada kategori KATZ indeks A yang artinya adalah Tingkat kemandiriannya semua mandiri, mulai dari makan, minum, mandi, berpakaian, pergi ke toilet, kontinensia (BAB,BAK), dan berpindah tempat

2) Barthel Indeks

Tabel 3.3

Penilaian Barthel Indeks

No	Kriteria	Score	Keterangan
1	Makan	10	Frekuensi: 3x/hari Jumlah : 1 porsi Jenis : Nasi, sayur, dan lauk pauk
2	Minum	10	Frekuensi : 3-5 gelas/hari Jenis : Air Putih
3	Berpindah tempat	15	
4	Personal Toilet (Cuci muka, Sisir rambut, gosok gigi)	5	Frekuensi : 1-2x/hari
5	Keluar masuk toilet	10	
6	Mandi	15	Frekuensi : 1-2x/hari
7	Jalan di Permukaan datar	5	
8	Naik Turun Tangga	10	
9	Menggunakan pakaian	10	
10	Kontrol BAB	10	Frekuensi : 2x/hari Konsistensi : padat
11	Kontrol BAK	10	Frekuensi : 4x/hari Warna : khas urine
12	Olahraga/Latihan	10	
13	Rekreasi	10	Frekuensi : Setiap pagi hari, pergi ke sawah
	Jumlah Skore	130	

Kesimpulan : Tn.A mendapatkan Score 130 dalam artian Tn.A

Mandiri

3) Pengkajian Emosional

Pertanyaan tahap 1 :

- a) Apakah Klien mengalami sukar tidur? Ya
- b) Apakah klien sering merasa gelisah? Tidak
- c) Apakah Klien Sering murunga tau menangis sendiri? Tidak
- d) Apakah Klien sering was was atau khawatir? Tidak

Berdasarkan hasil pengkajian diatas klien hanya memberikan jawaban “ya” 1 kali, maka menunjukkan bahwa **MASALAH EMOSIONAL NEGATIF (-)**

h. Pengkajian Status mental

1) Mini mental Stase Examination (MMSE)

Tabel 3.4
Penilaian (MMSE)

No	Aspek kognitif	Nilai Maximal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	3	Menyebutkan dengan benar f) Tahun berapa sekarang? 2025 ✓ g) Musim apa sekarang? Kemarau ✓ h) Tanggal berapa sekarang? 01 i) Hari apa sekarang? senin j) Bulan apa sekarang? April ✓
			5	Menyebutkan Dimana sekarang kita berada: f) Negara apa? Indonesia ✓ g) Propinsi apa? Jawa Barat ✓ h) Kota apa? Garut ✓ i) Panti/Desa/Kampung apa? Kp.Parakan Telu ✓ j) Alamat Dimana? Cibunar ✓
			3	Sebut nama 3 obyek (ditunjukkan pemeriksa selama 1 detik untuk mengatakan setiap obyek yang ditunjukkan), lalu tanya Kembali ketiga obyek tersebut pada klien setelah disebutkan sebelumnya.

				a) Kursi ✓ b) Meja ✓ c) Kertas ✓
3	PERHATIAN & KALKULASI	5	5	Minta Klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 Tingkat (nilai 1 point untuk tiap jawaban benar) a) 93 ✓ b) 86 ✓ c) 79 ✓ d) 72 ✓ e) 65 ✓
4	MENGINAT	3	3	Minta klien mengulangi ketiga objek yang telah disebutkan pada nomor 2 a) Kursi ✓ b) Meja ✓ c) Ketas ✓
5	BAHASA	9	9	Memberi nama (naming): ✓ Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan Namanya a) Jam Tangan b) Pulpen Pengulangan Minta klien untuk mengulangi kalimat yang telah kita sebutkan lebih dulu “namun”, ”tanpa”, ”bila” ✓ Perintah 3 tahap (3 stage comment) Ucapkan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembar kertas kosong(✓) minta untuk melipatnya menjadi 2 (✓) kemudian minta untuk menaruhnya dilantai (✓) Membaca (Reading) Dalam selembar kertas kosong tulis kalimat : “Pejamkan mata Anda”

				Ditulis besar dan dapat dibaca jelas oleh lansia. Minta lansia untuk membacanya (✓) Menulis (writing) Berikan selembar kertas kosong dan minta lansia menulis sebuah kalimat tapi harus ditulis secara spontan, kalimat minimal harus terdiri dari subjek/kata benda dan predikat/kata kerja, ejaan/tanda baca tidak diperhitungkan (✓) -Klien menulis kata “Bapak” Menyalin (Copying) Berikan selembar kertas kosong, minta lansia untuk menyalin gambar seperti di bawah ini, 10 sisi harus ada dan keduanya bersinggungan, jika benar bernilai 1 point : (✓)
	Nilai Maximum	30	28	

Berdasarkan nilai yang didapatkan klien yaitu 28 artinya klien di

kategorikan tidak ada gangguan kognitif/Normal

2) Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)

Tabel 3.5

Penilaian (SPMSQ)

Skor Jawaban		No Soal	Pertanyaan	Jawaban
Benar	Salah			
		01	Tanggal berapa hari ini?	01 April
		02	Hari apa sekarang?	Senin
✓		03	Apa nama tempat ini?	Rumah
✓		04	Berapa nomor telepon anda? Atau Dimana Alamat anda? (tanyakan bila tidak memiliki telpon)	Kp. Parakan Telu
✓		05	Berapa umur Anda?	65 tahun
		06	Kapan Anda lahir? (maximal tahun lahir)	1955

✓		07	Siapa Presiden Indonesia Sekarang?	Pak Prabowo
✓		08	Siapa Presiden Indonesia Sebelumnya?	Pak Jokowi
✓		09	Siapa nama ibu Anda?	Ibu Nur
✓		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap kurangi sampai 3 kali pengurangan	17,14,11

Kesimpulan : Jumlah Skor Jawaban salah adalah 3, maka dapat disimpulkan bahwa Tn. A Fungsi intelektual utuh.

i. Morse Fall Scale (MFS)/Skala jatuh dari morse

Nama Lansia : Tn. A

Umur : 65 tahun

Tanggal : 24 April 2025

Tabel 3.6

Penilaian Morse fall Scale

No	Pengkajian	Skala	Nilai	Ket
1	Riwayat jatuh : apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Tidak 0 Ya 25	0	
2	Diagnosa Sekunder : apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit?	Tidak 0 Ya 15	15	
3	Alat Bantu jalan : - Bed rest/dibantu Perawat - Kruk/tongkat/walker - Berpegangan pada benda-benda di sekitar (Kursi, Lemari, meja)	0 15 30	0	
4	Terapi Intravena: apakah saat ini lansia terpasang infus?	Tidak 0 Ya 20	0	
5	Gaya berjalan/cara berpindah: - Normal/bed rest/immobile (tidak dapat bergerak sendiri)	0	0	

	- Lemah (tidak bertenaga)	10		
	- Gangguan/tidak normal (pincang/diseret)	20		
6	Status Mental		0	
	- Lansia Menyadari kondisi dirinya	0		
	- Lansia mengalami keterbatasan daya ingat	15		
	Total Nilai			

Interprestasi : Tn. A mendapatkan Skor 15 yang berarti tidak beresiko jatuh

j. Test Keseimbangan

Tabel 3.7

Penilaian Test 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	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		✓

Interprestasi : Tn. A mendapatkan Skor 2 yang berarti Tn. A tidak beresiko jatuh

k. Terapi Medis

No	Nama obat	Dosis	Waktu pemakaian
1	Amlodhipine (5 mg)	1x1	Setiap malam sebelum tidur

2. Analisa Data

Tabel 3.8

Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Ds : 1) Klien mengeluh nyeri pada kepala bagian belakang yang menjalar ke tengkuk, nyeri bertambah apabila klien sedang beraktivitas dan berkurang saat beristirahat atau berbaring, nyeri dirasakan seperti ada yang membebani, nyeri hilang timbul dengan skala nyeri 6 (0-10) DO : 1) Klien tampak Meringis 2) Frekuensi nadi meningkat : 110x/m 3) Tekanan darah meningkat : 160/100 mmHg	Usia, Jenis kelamin, Gaya Obesitas, stres dan merokok ↓ Hipertensi ↓ Perubahan status kesehatan ↓ Resistensi pembuluh darah otak meningkat ↓ Nyeri Kepala ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut (D.0077)
2	DS : 1) Klien mengeluh kesemutan secara tiba-tiba pada tangan kanan DO : 1) Warna Kulit tampak pucat 2) Akral terasa dingin	Umur, Jenis kelamin, gaya, obesitas, s ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan Vaskuler Pembuluh darah ↓ Perubahan Struktur ↓ Penyumbatan Pembuluh darah	Perfusi Perifer tidak efektif (D.0009)

		↓ Vasokontraksi ↓ Gangguan Sirkulasi ↓ Suplai Oksigen otak menurun ↓ Perfusi perifer tidak efektif	
3	DS : 1) Klien mengeluh sulit tidur 2) Klien mengeluh tidak puas tidur karena sering terbangun 3) Klien mengeluh istirahat tidak cukup DO : 1) Frekuensi tidur malam hanya 4-6 jam 2) Klien tampak pucat 3) Klien tampak lemas 4) Tampak terdapat kantung mata	Umur, Jenis kelamin, gaya, obesitas, stres dan merokok ↓ Hipertensi ↓ Perubahan status kesehatan ↓ Resistensi pembuluh darah otak meningkat ↓ Nyeri Kepala ↓ Gangguan Pola tidur	Gangguan Pola Tidur (D.0055)

3. Diagnosa Keperawatan

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan :

DS :

- a) Klien mengeluh nyeri pada kepala bagian belakang yang menjalar ke tengkuk, nyeri bertambah apabila klien sedang beraktivitas dan berkurang saat beristirahat atau berbaring, nyeri dirasakan seperti ada yang membebani, nyeri hilang timbul dengan skala nyeri 6 (0-10)

DO :

- a) Klien tampak meringis
 - b) Frekuensi nadi meningkat : 110x/m
 - c) Tekanan darah meningkat : 160/100 mmHg
- 2) Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan :

Ds :

- a) Klien mengeluh kesemutan pada tangan

DO :

- a) Warna kulit pucat
 - b) Akral terasa dingin
- 3) Gangguan Pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan :

DS :

- a) Klien mengeluh sulit tidur
- b) Klien mengeluh tidak puas tidur karena sering terbangun
- c) Klien mengeluh istirahat tidak cukup

DO :

- a) Frekuensi tidur malam 4-6 jam
- b) Klien tampak lemas
- c) Klien tampak pucat
- d) Tampak terdapat kantung mata

4. Intervensi Keperawatan

Nama : Tn. A

Jenis Kelamin : Laki-laki

Umur : 65 Tahun

Diagnosa : Hipertensi

Tabel 3.9

Intervensi Keperawatan

Diagnosa	Tujuan & Kriteria Hasil	SIKI	Rasional
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan : DS : 1) Klien mengeluh nyeri pada kepala bagian belakang yang menjalar ke tengkuk, nyeri bertambah apabila klien sedang beraktivitas dan berkurang saat beristirahat atau berbaring, nyeri dirasakan seperti ada yang membebani, nyeri hilang timbul	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 4x pertemuan diharapkan Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1) Keluhan nyeri menurun 2) Skala nyeri menurun dari 5 menjadi 3 3) Kesulitan tidur menurun 4) Frekuensi nadi membaik 5) Tekanan darah membaik dari 160/100 mmHg menjadi 130/100 mmHg 6) Pola tidur membaik	Manajemen Nyeri (L.08238) O : 1) Identifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Observasi tanda-tanda vital 4) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri T : 1) Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan rebusan daun seledri dan pijat pada area yang nyeri E :	O : 1) Untuk mengetahui Dimana Lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri yang dirasakan klien 2) Untuk mengetahui sejauh mana nyeri tersebut 3) Agar factor yang memperberat nyeri dapat dihindari T : 1) Agar klien nyaman sehingga nyeri dapat di control 2) Agar kebutuhan tidur terpenuhi E :

dengan skala nyeri 6 (0-10) DO : 1) Frekuensi nadi meningkat : 110x/m 2) Klien tampak meringis 3) Tekanan darah meningkat 160/100 mmHg		1) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	1) Agar wawasan klien bertambah 2) Agar klien dapat mengontrol rasa nyeri K : 1) Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit
Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan : DS : 1) Klien mengeluh kesesmutan pada tangan DO : 1) Warna kulit pucat 2) Akral teraba dingin	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 4x pertemuan di harapkan perfusi perifer membaik dengan kriteria hasil 1) Turgor kulit membaik 2) Tekanan darah sistolik membaik 3) Tekanan darah diastolic membaik	Perawatan Sirkulasi (L.02079) O : 1) Periksa sirkulasi perifer 2) Identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi T : 1) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi E : 1) Anjurkan berolahraga rutin (Senam Hipertensi) 2) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur	O : 1) Untuk menemukan tanda tanada yang tidak normal pada system pembuluh darah perifer 2) Agar tidak terjadi gangguan T : 1) Agar aliaran darah tidak ter ganggu 2) Untuk menghindari infeksi E : 1) Untuk menghindari resiko gangguan pembuluh darah 2) Agar klien kuat 3) Agar tekanan darahnya dapat dikontrol 4) Agar tekanan darahnya membaik

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan : DS : 1) Klien mengeluh sulit tidur 2) Klien mengeluh tidak puas tidur karena sering terbangun 3) Klien mengeluh istirahat tidak cukup DO : 1) Frekuensi tidur malam 4-6 jam 2) Klien tampak lemas 3) Klien tampak pucat 4) Tampak terdapat kantung mata	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x pertemuan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1) Keluhan sulit tidur menurun 2) Keluhan tidak puas tidur menurun 3) Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan tidur (L.09265) O : 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2) Identifikasi faktor yang mengganggu tidur 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur T : 1) Modifikasi lingkungan (mis, pencahayaan, kebisingan, dan tempat tidur) Batasi waktu tidur siang, jika perlu 2) Tetapkan jadwal tidur rutin 3) Lakukan Prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) E : 1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur.	O : 1) Agar dapat mengatur jadwal/control tidur 2) Agar factor tersebut dapat dihindari 3) Agar pola tidur membaik T : 1) Agar Klien nyaman 2) Agar tidur malam terkontrol 3) Untuk membuat klien merasa aman dan nyaman E : 1) Agar klien mengetahuinya 2) Agar frekuensi tidur normal Kembali 3) Agar tidur tidak terganggu
--	---	---	--

5. Implementasi dan Evaluasi

Nama : Tn. A
Usia : 65 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki
Diagnosa : Hipertensi

Tabel 3.10
Implementasi dan Evaluasi

No DX	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Sabtu, 26 April 2025	Pukul 13.20 WIB Observasi : 1) Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas & intensitas nyeri Hasil : Klien mengeluh nyeri pada kepala, nyeri dirasakan seperti ada yang membebani pada bagian kepala belakang, Nyeri dirasakan hilang timbul 2) Observasi tanda-tanda vital Hasil : - Tekanan darah : 160/100 - Nadi : 110x/m 3) Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : Skala nyeri 6 (0-10) 4) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Pukul 13.00 WIB S : Klien mengatakan nyeri kepala masih terasa, berkurang saat istirahat, dan bertambah jika saat beraktiivitas O : - Klien mengatakan sulit tidur - Frekuensi nadi meningkat : 118x/m - Tekanan darah meningkat : 160/100 mmHg - Skala nyeri 6 (0-10) A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan	Neng Eva

		Hasil : Nyeri bertambah saat klien beraktivitas dan berkurang saat beristirahat Pukul 13.27 WIB Terapeutik 1) Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan rebusan daun seledri dan pijat pada area yang nyeri Hasil : Klien bersedia diberi rebusan daun seledri dan merasa nyaman ketika di pijat Pukul 13.34 WIB 2) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil : Lingkungan tampak nyaman, jauh dari suara kebisingan Pukul 13.38 WIB Edukasi : 1) Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan rebusan daun seledri dan pijat pada area yang nyeri Hasil : Klien Kooperatif dan tampak mengerti		
2	Sabtu, 26 April 2025	Pukul 13. 45 WIB Observasi 1) Mengidentifikasi factor risiko gangguan sirkulasi Hasil : Klien mengalami hipertensi Terapeutik	Pukul 13. 58 WIB S : Klien mengatakan pada bagian telapak tangan kanan terasa kesemutan O : - Warna kulit pucat - Akral teraba dingin A : Masalah belum teratasi	Neng Eva

		2) Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi Hasil : Pengukuran tekanan darah pada ekstremitas kanan dengan hasil : 160/100 mmHg Pukul 13.54 WIB Edukasi 1) Menganjurkan berolahraga rutin (Senam Hipertensi) Hasil : Klien mengatakan bahwa dirinya akan berolahraga lebih giat lagi dan melakukan senam hipertensi 2) Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur (Amlodhipine 5 mg) Hasil : Klien mengerti	P : Intervensi di lanjutkan	
3	Sabtu, 26 April 2025	Pukul 14.00 WIB Observasi : 1) Mengidentifikasi factor pengganggu tidur Hasil : Klien mengatakan tidurnya terganggu karena klien merasa sakit pada kepala 2) Mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi Hasil : Klien mengatakan tidak pernah mengonsumsi Pukul 14.06 WIB Terapeutik : 1) Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan : Hasil : Klien mengatakan ketika tidur suka dalam keadaan gelap 2) Menetapkan jadwal tidur rutin	Pukul 14. 20 WIB S : - Klien mengatakan sulit tidur, dan tidak puas tidur - Klien mengatakan bersedia untuk mencoba mematikan lampu ketika tidur - Klien mengatakan bersedia menepati jadwal tidur rutin mulai dari jam 09.00 O : - Klien tampak pucat - Klien tampak lemas - Mata tampak sayu - Terdapat kantung mata	Neng Eva

		Hasil: Klien bersedia untuk mulai tidur dari jam 09.00 Pukul 14.16 WIB Edukasi : 1) Mengajarkan menepati kebiasaan waktu tidur Hasil : Klien akan mencoba tidur dengan waktu yang normal jika nyeri sudah berkurang 2) Menjelaskan pentingnya tidur Hasil : Klien kooperatif dan mengerti saat dijelaskan	A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
--	--	--	--	--

6. Catatan perkembangan

Tabel 3.11

Catatan Perkembangan hari ke-1

No Dx	Waktu	Catatan perkembangan	Paraf
1	28 April 2025	Pukul 12.30 WIB S : Klien mengatakan nyeri kepala mmasih tetap terasa dan menjalar kearah tengkuk O : - Klien mengeluh masih sulit tidur - Frekuensi nadi : 110x/m - Skala nyeri 6 (0-10) A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan I : - Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (rebusan daun seledri dan pijat pada area yang nyeri) E : Nyeri akut belum teratasi	Neng Eva
2	28 April 2025	Pukul 12.38 WIB S : Klien mengatakan kesemutan sudah berkurang, namun masih ada O : Akral teraba dingin A : Masalah teratasi Sebagian P : Intervensi di lanjutkan I : - Memberikan senam hipertensi untuk mengurangi kesemutan pada tangan dan megurangi tekanan darah - Menganjurkan minum obat pengontrol darah secara teratur : Amplohipine 5 mg dosis : 1x1 yang dikonsumsi setiap malam sebelum tidur E : Perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian	Neng Eva
3	28 April 2025	Pukul 13.45 WIB S : Klien mengatakan tidak puas istirahat karena klien sulit tidur O : Klien terlihat lemah A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan I :	Neng Eva

		- Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan - Menjelaskan bahwa tidur itu penting E : Gangguan pola tidur belum teratasi	
--	--	---	--

Tabel 3.12

Catatan perkembangan hari ke 2

No Dx	Waktu	Catatan perkembangan	Paraf
1	29 April 2025	Pukul 13.00 WIB S : Klien mengatakan nyeri kepala sudah sedit berkurang O : Tekanan darah : 140/80 mmHg Skala nyeri 4 (0-10) A : Masalah teratasi Sebagian P : Intervensi di lanjutkan I : - Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (rebusan daun seledri dan pijat pada area yang nyeri) E : Nyeri Akut teratasi sebagian	
2	29 April 2025	Pukul 13.10 WIB S : Klien mengatakan rasa kesemutan masih terasa O : Akral teraba dingin A : masalah teratasi Sebagian P : Intervensi di lanjutkan I : - Menjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur dan berolahraga secara teratur (senam hipertensi) E : Perfusi perifer teratasi sebagian	Neng Eva
3	29 April 2025	Pukul 13.13 WIB S : Klien mengatakan jam tidur sudah mulai membaik tapi klien mengeluh tidur masih tidak puas O : Kualitas tidur sudah lumayan membaik A : Masalah teratasi Sebagian P : Intervensi di hentikan I : Membatasi tidur siang E : Gangguan Pola Tidur teratasi sebagian	Neng Eva

Tabel 3.13

Catatan Perkembangan hari ke-3

No Dx	Waktu	Catatan Perkembangan	Paraf
1	30 April 2025	Pukul 12.45 WIB S : Klien mengatakan nyeri kepala masih ada, namun sudah berkurang O : - Lama tidur klien sudah membaik 6-7 jam/hari - Tekanan darah 140/80 mmHg - Frekuensi nadi : 98x/m - Skala nyeri : 3 (0-10) A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi di hentikan	Neng Eva
2	30 April 2025	Pukul 12.50 WIB S : Klien mengatakan rasa kesemutan sudah hilang O : Akral teraba dingin A : Masalah Teratasi P : Intervensi di hentikan	Neng Eva
3	30 April 2025	Pukul 12.55 WIB S : Klien mengatakan sudah bisa tidur dan tidur sudah teratur O : Frekuensi tidur malam 6-7 jam A : Masalah teratasi P : Intervensi di hentikan	Neng Eva

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan gerontic pada Tn. A dengan hipertensi pada katz indeks A di kampung Parakan telu RT RW 003/001 Desa Cibunar wilayah kerja UPT puskesmas Cibatu Garut, Penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan kenyataan yang diperoleh sebagai hasil pelaksanaan studi kasus. Penulis juga akan membahas kesulitan yang ditemukan dalam memberikan asuhan keperawatan yang dilakukan. Adapun pembahasan ini dibagi berdasarkan tahap proses keperawatan yaitu pengkajian diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi keperawatan, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respon Kesehatan pasien, pengkajian yang komprehensif atau secara menyeluruh sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah- masalah pada pasien (rani,2022)

Pada tahap ini penulis menggunakan pendekatan interpersonal untuk mempelajari klien secara menyeluruh pada tahap ini dengan menyampaikan tujuan dan tinjauan Asuhan Keperawatan pada Tn.A tahap ini dimulai dengan pengumpulan data meliputi identitas klien, Riwayat Kesehatan, Riwayat penyakit sebelumnya, Riwayat Kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, dan aktivitas sehari-hari.

Setelah melakukan pengkajian, penulis menemukan hubungan antara tanda dan gejala yang dikeluhkan oleh Tn.A dan menemukan bahwa keluhan utama klien adalah sakit kepala yang menyebabkan sakit tengkuk kepala.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada penderita Hipertensi menurut Tim Pokja SDKI, DPP PNI (2017) sebagai berikut :

a. Nyeri akut (D.0007)

Menurut SDKI (2017) Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual

atau fungsional, dengan mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Tn.A penulis mendapatkan data subjektif klien mengeluh nyeri pada kepala bagian belakang, nyeri bertambah saat klien beraktivitas dan berkurang saat beristirahat, nyeri dirasakan seperti ada yang membebani pada bagian kepala belakang yang menjalar ke tengkuk, nyeri dirasakan hilang timbul dengan skala nyeri 6 (0-10)

Penulis memprioritaskan diagnosa nyeri akut pada Tn.A karena nyeri di bagian kepala belakang merupakan keluhan utama pasien.

b. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)

Menurut SDKI (2017) perfusi perifer tidak efektif merupakan penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Tn.A penulis mendapatkann data subjektif Klien mengeluh tangan kanann kesemutan (parastesia) beserta data objektif yaitu akral teraba dingin dan warna kulit pucat.

c. Gangguan Pola tidur (D.0055)

Menurut SDKI (2017) Gangguan pola tidur merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat factor eksternal.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn. A penulis mendapatkan data subjektif klien mengeluh sulit tidur, klien mengeluh tidak puas tidur karena sering terbangun, dan klien mengeluh istirahat tidak cukup beserta data objektif klien tampak lemas dan pucat.

Diagnosa yang terdapat pada teori namun tidak ditemukan pada kasus yaitu :

- 1) Intoleransi aktivitas di definisikan sebagai ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Gejala dan tanda mayor subjektif intoleransi aktivitas yaitu klien mengeluh Lelah dan tanda mayornya adalah klien merasa sesak saat atau setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, dan merasa lemah. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Tn. A tidak ditemukan tanda mayor dan minor sehingga diagnosa intoleransi aktivitas tidak muncul pada asuhan ini.
- 2) Defisit pengetahuan (D.0111)

Defisit pengetahuan di definisikan sebagai ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Gejala dan tanda mayor subjektif defisit pengetahuan ini adalah klien menanyakan masalah yang dihadapi. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Tn. A tidak ditemukan sehingga diagnose defisit pengetahuan tidak muncul pada asuhan ini.

3) Ansietas (D.0080)

Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Gejala tanda mayornya adalah merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dan kondisi yang dihadapi, dan sulit berkonsentrasi. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Tn. A tidak ditemukan tanda mayor tersebut sehingga diagnosa ansietas tidak muncul pada asuhan ini.

4) Risiko penurunan curah jantung (D.008)

Risiko penurunan curah jantung adalah beresiko mengalami pemompaan jantung yang tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.

5) Risiko jatuh (D.0143)

Resiko jatuh ini akan beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

3. Tahap Perencanaan

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas tertentu yang dilakukan oleh perawat untuk menerapkan intervensi keperawatan. Sedangkan intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017).

Pada tahap perencanaan, penulis menggunakan standar yang sudah ditetapkan oleh PPNI yaitu berdasarkan buku referensi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Sehingga pada tahap perencanaan tidak mendapatkan kesulitan didukung juga dengan adanya kerjasama dan bantuan dari pihak keluarga dan pasien sehingga terlaksanannya tahap perencanaan.

Berikut ini perencanaan yang dibuat untuk Tn. A berdasarkan masalah keperawatan yang di angkat:

a. Nyeri akut

Pada perencanaan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis berdasarkan kriteria hasil yaitu, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x pertemuan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: Keluhan nyeri menurun, Skala nyeri menurun dari 5 menjadi 3, Kesulitan tidur menurun, Frekuensi nadi membaik, Tekanan darah membaik dari 160/90 mmHg menjadi 140/80 mmHg. Untuk mengatasinya maka di berikan intervensi manajemen nyeri dengan melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri. Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri tersebut dengan cara melatih Tarik nafas dalam, fasilitasi istirahat tidur, kontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan rasa nyeri, dan kolaborasi dalam pemberian obat analgetik.

b. Perfusi Perifer tidak efektif

Pada perencanaan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah yaitu perawatan sirkulasi, meliputi identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi, menganjurkan olahraga secara rutin, menganjurkan mengkonsumsi obat darah tinggi secara teratur.

c. Gangguan pola tidur

Menurut SDKI 2018, Gangguan Pola tidur merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Untuk mengatasi gangguan pola tidur, dalam SIKI (2018) terdapat intervensi nya yaitu dukungan tidur dengan tindakan identifikasi faktor pengganggu tidur, identifikasi obat tidur yang di konsumsi, tetapkan jadwal rutin, dan anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur beserta jelaskan pentingnya tidur

4. Implementasi keperawatan

a. Nyeri akut

Implementasi yang dilakukan dengan menggunakan manajemen nyeri yaitu Teknik relaksasi dengan mengajarkan klien cara tarik nafas dalam dan mengkaji tanda – tanda vital.

Setelah dilakukan Tindakan tersebut Tn.A merasakan lebih tenang dan berkurang rasa sakit kepala. Implementasi tersebut merupakan Tindakan fokus yang meningkatkan kenyamanan.

Implementasi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang dilakukan perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian

klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan Kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Implementasi yang dilakukan dengan menggunakan manajemen nyeri yaitu Teknik relaksasi dengan mengajarkan klien cara Tarik nafas dalam dan mengkaji tanda – tanda vital. Setelah dilakukan Tindakan tersebut Tn.A merasakan lebih tenang dan berkurang rasa sakit kepala. Implementasi tersebut merupakan Tindakan fokus yang meningkatkan kenyamanan.

- b. Perfusi perifer tidak efektif, penulis melakukan Tindakan sesuai dengan yang direncanakan pada tahap perencanaan yaitu, identifikasi factor risiko gangguan sirkulasi, menganjurkan olahraga secara rutin, menganjurkan mengkonsumsi obat darah tinggi secara teratur
- c. Gangguan pola tidur, penulis melakukan Tindakan keperawatan sesuai dengan napa yang di rencanakan sebelumnya, pada gangguan pola tidur ini penulis melakukan mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, menjelaskan pentingnya tidur.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan dari Tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain, evaluasi keperawatan mengukur

keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti & Muryanti, 2017). Hasil yang didapatkan setelah melakukan Tindakan keperawatan pada Tn.A dari setiap diagnose sebagai berikut

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ini dapat teratasi pada hari ke 4 meskipun rasa sakit pada kepala masih ada namun skala nyeri sudah membaik yaitu 3 (0-10) dari 6 (0-10), tekanan darah klien beserta frekuensi nadinya sudah lumayan membaik di banding hari sebelumnya dari awalnya 160/100 mmHg menjadi 140/80 mmHg, dari hasil tersebut menunjukkan bahwa masalah ini teratasi sebagian.

b. Perfusi perifer tidak efektif

Masalah ini teratasi karena klien mengatakan kesemutannya sudah hilang, klien disarankan untuk lebih rajin berolahraga dan menganjurkan untuk kontrol minum obat darah tinggi.

c. Gangguan pola tidur

Masalah gangguan pola tidur ini dapat teratasi karena nyeri pada kepala klien berkurang, klien juga melakukan sesuai anjuran penulis seperti memodifikasi lingkungan terutama pengaturan pada Cahaya ruangan saat akan tidur, dan klien pun konsisten dalam jadwal jam tidur.

6. Tahap Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan adalah bukti pencatatan dan pelaporan yang dilakukan perawat dalam melakukan catatan keperawatan yang bermanfaat bagi perawat, pasien, dan tim kesehatan dalam memberikan perawatan. Tujuan dokumentasi ini untuk menjaga keamanan pasien dan menjaga catatan yang jelas, akurat, dan komprehensif. (Noorkasiani et al., 2015)

Penulis menghadapi beberapa tantangan saat mendokumentasikan asuhan keperawatan gerontik ini. Namun, dengan bantuan teori, berbagai sumber, dan bimbingan dari dosen pembimbing, CI puskesmas, dan perawat senior di puskesmas Leles, penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan ini dari tahap pengkajian keperawatan, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Saat melakukan pendokumentasian maupun pengkajian Asuhan Keperawatan, Penulis selalu berusaha sebaik mungkin saat melakukan pengkajian dan dokumentasi asuhan keperawatan ini.

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Tahap Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pasien Tn. A pada tanggal 24 April 2025 tentang masalah kesehatannya. Pada tahap pengkajian ini, penulis berhasil mengumpulkan data termasuk identitas, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pengkajian khusus melalui wawancara. Hasilnya menunjukkan bahwa Tn. A memiliki gejala dan tanda hipertensi, yaitu sakit kepala bagian belakang yang menyebabkan sakit tengkuk, kesemutan di telapak tangan kanan, dan masalah dengan pola tidur. Hal ini disebabkan oleh peningkatan tekanan darah.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Berikut diagnose keperawatan yang ditemukan penulis sesuai dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI);

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis
- b. Resiko Perfusi Perifer tidak efektif b.d Hipertensi
- c. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur

3. Tahap Perencanaan Keperawatan

Setelah menentukan diagnosa keperawatan penulis membuat Perencanaan keperawatan berdasarkan prioritas masalah yang dibuat berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diantaranya Manajemen nyeri, Perawatan sirkulasi, dan Dukungan tidur

4. Implementasi

Pada Tahap implementasi tahap pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan dan diagnosa keperawatan pada Tn. A

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada Tn. A dilakukan pada tanggal 26 April 2025, dengan ketiga masalah yang ada pada Tn. A masalah yang dapat teratasi yaitu gangguan perfusi perifer tidak efektif dan gangguan pola tidur, sedangkan masalah yang dapat teratasi sebagian adalah nyeri akut yang ditandai dengan nyeri kepala dikarenakan memerlukan waktu asuhan keperawatan yang cukup panjang dan diperlukannya farmakologi untuk menurunkan nilai tekanan darah kembali ke batas normal.

6. Dokumentasi

Tahap pendokumentasian ini penulis melakukan pendokumentasian yang meliputi hasil-hasil dari tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

B. Rekomendasi

1. Institusi Pendidikan

Agar dapat ikut berkontribusi dalam mengurangi angka kesakitan pada lansia terutama dengan hipertensi dengan cara melakukan program atau kegiatan yang rutin dilaksanakan seperti pemeriksaan pada lansia, berbagai bentuk penyuluhan kesehatan lansia yang melibatkan mahasiswa untuk menambah pengetahuan lansia tentang hidup sehat

2. Bagi Puskesmas Cibatu

Petugas kesehatan diharapkan dapat meningkatkan perannya masyarakat dalam memberikan informasi kesehatan khusus mengenai hipertensi umumnya penyakit-penyakit yang sering terja masyarakat. Sehingga masyarakat dapat memahami secara tentang penyakit yang di deritanya dan cara pengobatan yang dilakukan oleh masyarakat secara mandiri

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, F., Nur, H., & Widya Nengsih. (2021). Pelatihan dan pendampingan kader Posyandu lansia di Kecamatan Wonomulyo. *Jurnal Abdidas*, 2(2), 392–397
- Ambohamsah, I., Akbar, F., & Sukiman, C. (2021). Peningkatan Pengetahuan Lanjut Usia dalam Upaya Pencegahan covid-19 di Desa Sidorejo. *Indonesian Journal of Community* 3, 1–6.
<http://www.libnh.stikesnh.ac.id/index.php/community/article/view/431%0Ahttp://180.178.93.169/index.php/community/article/view/431>
- Azizah. (2015). Tingkat Stres Pada Lansia Yang Tidak Tinggal Serumah Dengan Keluarga. *Jurnal Salam Sehat Masyarakat (JSSM)*, 4(2), 22–28.
<https://doi.org/10.22437/jssm.v4i2.25948>
- Diontama, M. A., Larasati, T. A., & Jausal, A. N. (2025). Peran hipertensi terhadap patomekanisme stroke iskemik dan hemoragik. *Termometer: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan dan Kedokteran*, 3(1), 183–191.
<https://doi.org/10.55606/termometer.v3i1.4752>
- Gabriel Mersada Tarigan, Jumaidah, S. (2024). PENGARUH SENAM HIPERTENSI TERHADAP PENURUNAN TEKANAN DARAH PADA LANSIA DI DESA BARUS JULU. 2, 272–278.
- Indriyanto, A., & Adriani, P. (2023). Asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan pemberian air rebusan daun salam terhadap penurunan kadar asam urat dan intensitas nyeri arthitis gout pada lansia di Panti Pelayanan Sosial Lanjut Usia Dewanata Cilacap. *Jurnal Ventilator*, 1(4), 177–184.
<https://doi.org/10.59680/ventilator.v1i4.701>
- Irma. (2021). Lanisa Asik, Lansia Aktif, Lansia Produktif. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat FKIK UNJA*, 4(1), 126–130.
<https://doi.org/10.22437/medicaldedication.v4i1.13458>
- Kemenkes, A. H. A. atau A. dalam. (2018). p-ISSN 2828-1837 e-ISSN 2828-1292. 6, 9–17. <https://doi.org/10.30595/medisains.v15i1.1626>
- Kuswardhani, R. A. T. (2012). Penatalaksanaan hipertensi pada lanjut usia. *Journal of Internal Medicine*, 7(2). Diakses dari <https://ojs.unud.ac.id/index.php/jim/article/view/3757>
- Mayo Clinic Staff. (2024). Blood pressure chart: What your reading means. Diakses dari Mayo Clinic website: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/high-blood-pressure/in-depth/blood-pressure/art-20050982>
- Nu’a, F. J., Rua, Y. M., & Nahak, M. P. M. (2023). Asuhan keperawatan gerontik pada klien yang mengalami hipertensi dengan masalah gangguan rasa

- nyaman di wilayah kerja Puskesmas Haliwen. *Jurnal Sahabat Keperawatan*, 5(1). <https://doi.org/10.32938/jsk.v5i01.4015>
- Nurarif A.H., & K. H. (2016). Penyuluhan Dan Edukasi Tentang Penyakit Hipertensi. *Jurnal Abdimas Saintika*, 3(1), 119. <https://doi.org/10.30633/jas.v3i1.1069>
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Profil Dinkes Provinsi Jawa Barat, 2020. (2023). Tingkat Kepatuhan Diet dengan Derajat Hipertensi pada Lansia. *Jurnal Keperawatan Indonesia Florence Nightingale*, 3(2), 56–63. <https://doi.org/10.34011/jkifn.v3i2.1769>
- Saifullah, Y. Y. dkk. (2024). Literature review: Hubungan hipertensi dengan kejadian stroke iskemik dan stroke hemoragik. *Fakumi Medical Journal*. <https://doi.org/10.33096/fmj.v4i10.477>
- Salsabilla, S. A., & Kholid, A. (2023). Gambaran pengelolaan pemeliharaan kesehatan tidak efektif melalui edukasi kesehatan pada keluarga lanjut usia dengan demensia (studi kasus). *Jurnal Keperawatan Berbudaya Sehat*, 5(1). <https://jurnal.unw.ac.id/index.php/JKBS/article/view/3392>
- Sinaga, M. R. E. (2020). The Effectiveness of the Intervention Depression in the Elderly: A Systematic Review. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 8(4), 529. <https://doi.org/10.26714/jkj.8.4.2020.529-540>
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2017). *Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Soewarno, S. A., & Annisa, Y. (2017). Pengaruh hipertensi terhadap terjadinya stroke hemoragik berdasarkan hasil CT-Scan kepala. *MEDISAINS: Jurnal Ilmiah Ilmu-Ilmu Kesehatan*, 15(1). <https://doi.org/10.30595/medisains.v15i1.1626>
- Sya'diah. (2018). Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia. Bpk Ri, No, 24.

LAMPIRAN DOKUMENTASI



SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)
PENYAKIT HIPERTENSI DAN SENAM HIPERTENSI



DISUSUN OLEH:

NENG EVA

KHGA22024

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKES KARSA HUSADA GARUT
TAHUN 2025

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

HIPERTENSI

Pokok Pembahasan : Hipertensi

Sub Pokok Bahasan : Senam Hipertensi

Penyuluh : Neng Eva

Sasaran : Tn. A dan Keluarga

Hari/Tanggal : 26 April 2025

Tempat : Rumah Tn.A

Durasi : 30 Menit

A. Latar Belakang

Penyakit darah tinggi yang lebih dikenal sebagai hipertensi merupakan penyakit yang mendapat perhatian dari semua kalangan masyarakat, mengingat dampak yang ditimbulkannya baik jangka pendek maupun jangka panjang sehingga membutuhkan penanggulangan jangka panjang yang menyeluruh dan terpadu. Hipertensi menjadi masalah kesehatan di seluruh belahan dunia dan sebagai salah satu faktor risiko utama penyakit kardiovaskular. Hipertensi juga disebut sebagai penyakit tidak menular, karena hipertensi tidak ditularkan dari orang ke orang. Penyakit tidak menular adalah penyakit kronis yang tidak dapat ditularkan ke orang lain. Penyakit tidak menular masih menjadi salah satu masalah kesehatan yang menjadi perhatian di Indonesia saat ini. Hal ini dikarenakan munculnya PTM secara umum disebabkan oleh pola hidup setiap individu yang kurang memperhatikan kesehatan (Riskesdas, 2018).

Hal ini antara lain dihubungkan dengan adanya gaya hidup masyarakat yang berhubungan dengan resiko penyakit hipertensi seperti stress, obesitas (kegemukan), kurangnya olahraga, merokok, alkohol, dan makan makanan yang tinggi kadar lemaknya.

B. Tujuan

1. Tujuan Intuksional Umum

Setelah dilakukan penyuluhan selama 30 menit, pasien dengan hipertensi diharapkan Tn. A dapat menjelaskan kembali tentang penyakit hipertensi dan senam hipertensi dengan benar.

2. Tujuan Intruksional Khusus

- a) Menjelaskan pengertian penyakit hipertensi dengan benar.
- b) Menjelaskan pengertian senam Hipertensi/Darah Tinggi
- c) Menjelaskan manfaat hipertensi
- d) Mampu mempraktikkan cara Senam Hipertensi/Darah tinggi
- e) Menjelaskan hal hal yang perlu di perhatikan penderita Hipertensi

C. Pokok-Pokok bahasan

- 1. Pengertian penyakit hipertensi
- 2. Pengertian senam Hipertensi/ Darah Tinggi
- 3. Manfaat Senam Hipertensi
- 4. Cara senam Hipertensi.
- 5. Hal hal yang perlu di perhatikan penderita Hipertensi

D. Metode

1. Ceramah
2. Diskusi
3. Demonstrasi

E. Media

1. Leaflet
2. Lembar balik
3. Video senam hipertensi

F. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan	Sasaran
1	10 Menit	Pembukaan 1. Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan dari penyuluhan 4. Menyebutkan materi yang akan disampaikan	1. Menjawab salam 2. Memperhatikan dan mendengarkan
2	10 Menit	Penyampaian Materi 1. Menjelaskan Pengertian Hipertensi 2. Menjelaskan Pengertian Senam Hipertensi 3. Menjelaskan Manfaat senam Hipertensi 4. mempraktikkan cara senam	1. Peserta mendengarkan dengan seksama 2. Memperhatikan dan mendengarkan
3	5 Menit	Evaluasi 1. Mempersilahkan Tn. A untuk mengajukan pertanyaan 2. Menjawab pertanyaan	1. Mengajukan pertanyaan 2. Mendengarkan 3. Mempraktekkan
4	5 Menit	Penutup 1. Menyimpulkan materi yang telah disampaikan 2. Mengakhiri kegiatan dengan mengucapkan salam	1. Peserta memperhatikan 2. Peserta menjawab salam 3. Peserta menerima Leaflet

		3. Membagikan Leaflet	
--	--	-----------------------	--

G. Evaluasi

1. Mampu Menjelaskan pengertian penyakit hipertensi dengan benar.
2. Mampu Menjelaskan pengertian senam Hipertensi/Darah Tinggi
3. Mampu Menjelaskan Manfaat hipertensi/Darah tinggi
4. Mampu mempraktikkan cara Senam Hipertensi/Darah tinggi
5. Mampu Menjelaskan hal hal yang perlu di perhatikan penderita Hipertensi

LAMPIRAN MATERI HIPERTENSI

A. Pengertian Hipertensi

Hipertensi merupakan masalah kesehatan yang sering terjadi pada lansia. Hipertensi merupakan suatu keadaan ketika tekanan darah di pembuluh darah meningkat secara kronis. Hal tersebut dapat terjadi karena jantung bekerja lebih keras memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh. Jika dibiarkan, penyakit ini dapat mengganggu fungsi organ-organ lain, terutama organ-organ vital seperti jantung dan ginjal (Riskesdas, 2013 dalam Efliani, Ramadia and Hikmah, 2022).

B. Pengertian senam Hipertensi

Penalaksanaan penanganan hipertensi adalah farmakologis dan non farmakologis. Pengobatan nonfarmakologis salah satunya adalah olahraga. Olahraga yang dianjurkan untuk pasien hipertensi adalah olahraga yang dilakukan secara bertahap dan tidak boleh memaksakan diri, antara lain senam Hipertensi (Sumartini, Zulkifli and Adhitya, 2019).

Senam hipertensi adalah salah satu jenis olahraga untuk penderita hipertensi pada usia lanjut dengan tujuan untuk mengurangi berat badan dan mengelola stres sehingga mengurangi faktor yang memperberat hipertensi. Senam ini dilakukan selama 30 menit dan dilakukan seminggu minimal 2 kali (Sherwood, 2005, Totok dan Rosyid, 2017 dalam Sumartini, Zulkifli and Adhitya, 2019). Tujuan lain adalah untuk meningkatkan aliran darah dan pasokan oksigen ke dalam otot-otot dan rangka yang aktif khususnya terdapat otot, Senam hipertensi adalah suatu upaya menurunkan tekanan darah yang murah karena

dapat di lakukan secara mandiri di rumah tanpa mengeluarkan biaya dan dapat di lakukan minimal seminggu dua kali dengan waktu di tentukan oleh penderita sendiri.

C. Manfaat Senam Hipertensi

Manfaat senam Hipertensi adalah sebagai berikut :

Untuk meningkatkan daya tahan jantung dan paru-paru serta membakar lemak yang berlebihan di tubuh karena tahan jantung dan paru-paru serta membakar lemak yang berlebihan di tubuh karena aktifitas gerak untuk menguatkan dan membentuk otot dan beberapa bagian tubuh lainnya seperti: Pinggang, Paha, Pinggul, Perut dan lain-lain. Keseimbangan koordinasi, kelincahan, daya tahan dan sanggup melakukan kegiatan- kegiatan atau olah raga lainnya. Bila seseorang mempunyai motivasi untuk berlatih rutin kegiatan atau olah raga lainnya. (Dede, 2015).

D. Cara Senam Hipertensi

Kondisi penderita hipertensi secara medis berbeda dengan orang sehat. Untuk itu, kondisi penderita hipertensi secara medis berbeda dengan orang sehat. Untuk itu, perlu Senam Senam yang juga juga dilakukan dilakukan secara khusus. Latihannya harus bertahap bertahap dan tidak boleh memaksakan diri. Gerakan dengan intensitas boleh memaksakan diri. Gerakan dengan intensitas ringan dapat dilakukan perlahan sesuai kemampuan. Latihan yang bisa diterapkan setiap hari adalah sebagai berikut:

1. Peregangan Leher

Pada masing-masing gerakan ditahan selama 5 detik lalu diulangi lagi sampai 3 kali. Pada masing-masing gerakan ditahan selama 5 detik lalu diulangi lagi sampai 3 kali.

- a.) Berdiri tegak, kepala lurus ke depan
- b.) Desak dagu hingga kepala terdorong ke belakang.
- c.) Tarik kepala hingga dagu menyentuh dada
- d.) Tarik kepala kesamping hingga telinga menyentuh bahu secara bergantian.
- e.) Letakkan dagu pada bahu secara bergantian
- f.) Putar kepala secara bergantian

2. Peregangan Bahu Dan Pergelangan Tangan

Pada masing-masing gerakan dilakukan selama 10 detik diulangi 3 kali

- a) Berdiri tegak, angkat dan jalin kedua tangan lurus keatas melewati kepala, telapak tangan menghadap keatas.
- b) Dorong Dorong tangan tangan keatas keatas dan dan sedikit sedikit ke belakang belakang seakan-akan hendak mendorong langit-langit.
- c) Tahan selama 10 detik

3. Peregangan Bahu dan Trisep

- a) Ulangi gerakan yang sama dengan tangan yang berlawanan 3 kali
- b) Berdiri tegak, angkat tangan kanan melewati kepala dan tekuk siku.
- c) Letakkan telapak tangan kiri diatas siku tangan kanan
- d) Perlahan-lahan tarik siku tangan kanan itu dengan tangan kiri.
- e) Tahan 10 detik kemudian kembali ke posisi semula.

4. Peregangan Otot Dada

Ulangi gerakan yang sama dengan tangan yang berlawanan 3 kali

- a) Berdiri tegak, kunci tangan dibelakang punggung sehingga jari-jari terjalin setinggi pantat.
- b) Kemudian angkat lengan angkat lengan yang terjalin jadi satu jadi satu keatas dan menjauh dari tubuh Sampai terasa tarikan pada otot dada dan bahu.
- c) Jangan membungkukkan badan, tahan 10 detik lalu kembali ke posisi awal.

5. Peregangan Punggung Bagian Bawah dan Otot Hamstring

Ulangi gerakan yang sama dengan tangan yang berlawanan 3 kali Ulangi gerakan yang sama dengan tangan yang berlawanan 3 kali

- a) Duduk di lantai dengan kaki diluruskan dan tangan diletakkan diatas paha, perlahan Duduk di lantai dengan kaki diluruskan dan tangan diletakkan diatas paha, perlahan- lahan condongkan tubuh ke depan menggapai kearah jari-jari
- b). Tahan posisi ini selama 10 detik, kemudian kembali ke posisi semula.

6. Latihan Ayunan Tangan

- a) Berdiri tegak dengan kaki dibuka selebar bahu.
- b) Tangan berada disamping tubuh dengan telapak tangan menghadap ke belakang jari-jari tangan merapat.
- c) Mata melihat ke depan dengan pandangan jauh.

- d) Ayunkan tangan ke depan dan ke belakang dengan sudut 45 berirama tanpa henti.
- e) Tepuk tangan dengan posisi tangan didepan dada dan kaki terbuka selebar bahu 2x8
- f) Masih pada posisi yang sama rentangkan jari dan tepuk seperti tepuk tangan 2x8
- g) Jalin tangan dengangerakan seperti tepuk tangan selama 2x8 kali
- h) Silang ibujari dengan gerakan masih sama seperti tepuk tangan selama 2x8 kali
- i) Adu sisi kelingking dengan gerakan seperti tepuk tangan selama 2x8 kali
- j) Adu sisi telunjuk dengan posisi dan gerakan seperti sebelumnya
- k) selama 2x6 kali
- l) Ketuk pergelangan tangan secara bergantian sebanyak 2x8 kali
- m) Tekan jari-jari dengan posisi tangan berada didepan dada dan bergantian kedepan,kebelakang selama 2x8 kali
- n) Buka tangan dan mengepal,dengan posisi tangan kedepan lurus lalu dibuka dan mengepal sebanyak 2x8 kali
- o) Menepuk punggung tangan dan bahu dengan posisi lurus dan bergantian sebanyak 2x8 kali
- p) Menepuk punggung bagian belakang sebanyak 2x8 kali
- q) Menepuk paha sebanyak 2x8 kali
- r) Menepuk betis sebanyak 2x8 kali

E. Hal-hal yang harus diperhatikan Penderita Hipertensi

Untuk mencapai tekanan darah normal, selain melakukan senam secara rutin dengan takaran cukup, beberapa hal di bawah ini juga perlu mendapat perhatian:

1. Jika kelebihan berat badan.

Seseorang yang mengalami kelebihan bobot badan, kemungkinan mengalami hipertensi meningkat lebih dari tiga kali lipat. Resiko itu akan terus meningkat dengan bertambahnya bobot badan. Menurunkan bobot badan merupakan strategi sangat efektif dalam mengatur pola hidup untuk menormalkan tekanan darah. Bila kita berhasil menurunkan bobot badan 2,55 kg saja, tekanan darah diastolik dapat diturunkan sebanyak 5 mmHg. Penurunan bobot badan 10 kg dapat melipatduakan perbaikan ini.

2. Kurangi asupan natrium (sodium).

Ternyata, bila seseorang mendapat asupan garam secara berlebihan dalam jangka waktu lama kemungkinannya mengalami tekanan darah tinggi juga lebih besar. Karena itu, kurangi asupan garam sampai kurang dari 2.300 mg (satu sendok teh) setiap hari. Dalam banyak penelitian diketahui, pengurangan konsumsi garam menjadi setengah sendok teh per hari, dapat menurunkan tekanan sistolik sebanyak 5 mmHg dan tekanan darah diastolik sekitar 2,5 mmHg. Pengaruh ini kebanyakan terjadi pada para lansia.

3. Usahakan cukup asupan kalium (potassium).

Kalium banyak terdapat dalam buah-buahan dan sayur mayur. Mineral ini menurunkan tekanan darah dengan meningkatkan jumlah natrium yang terbuang bersama air kencing. Dengan setidaknya mengonsumsi buah-buahan sebanyak 3 - 5 kali dalam sehari, seseorang bisa mencapai asupan potasium yang cukup.

4. Batasi konsumsi alkohol.

Konsumsi alkohol berlebihan dapat meningkatkan tekanan darah. Para peminum berat mempunyai resiko mengalami hipertensi empat kali lebih besar ketimbang mereka yang tidak minum-minuman beralkohol. Jelaslah, kalau mereka menghilangkan kebiasaan tersebut, tekanan darahnya akan turun.

DAFTAR PUSTAKA

- Efliani, D., Ramadia, A., & Hikmah, N. (2022). Efektivitas Senam Hipertensi Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia di UPT PSTW Khusnul Khotimah Pekanbaru. *Jurnal Menara Medika*, 3(1), 66–73. <https://jurnal.umsb.ac.id/index.php/menaramedika/article/view/3172>
- Riskesdas. (2018). *Riset Kesehatan Dasar 2018*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Sumartini, N. P., Zulkifli, Z., & Adhitya, M. A. P. (2019). Pengaruh Senam Hipertensi Lansia Terhadap Tekanan Darah Lansia Dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Cakranegara Kelurahan Turida Tahun 2019. *Jurnal Keperawatan Terpadu (Integrated Nursing Journal)*, 1(2), 47–55. <https://jkt.poltekkes-mataram.ac.id/index.php/home/article/view/37/0>

LEAFLET

MANFAAT SENAM HIPERTENSI

- 1.meningkatkan daya tahan jantung dan paru-paru
- 2.membakar lemak yang berlebihan di tubuh
- 3.Meningkatkan Keseimbangan koordinasi, kelincahan, daya tahan dan sanggup melakukan kegiatan- kegiatan atau olah raga lainnya



Pengertian Hipertensi dan senam Hipertensi

Hipertensi merupakan suatu keadaan ketika tekanan darah di pembuluh darah meningkat secara kronis. penyakit ini dapat mengganggu fungsi organ-organ lain, terutama organ-organ vital seperti jantung dan ginjal (Efliani, Ramadia and Hikmah, 2022).

Senam hipertensi adalah salah satu jenis olahraga untuk penderita hipertensi pada usia lanjut dengan tujuan untuk meningkatkan aliran darah dan pasokan oksigen ke dalam otot-otot dan rangka yang aktif khususnya terdapat otot dalam upaya menurunkan tekanan darah



Senam Hipertensi



Neng Eva
KHGA22024

Cara Senam Hipertensi

- 1.Peregangan Leher
 - Berdiri tegak, kepala lurus ke depan
 - Desak dagu hingga kepala terdorong ke belakang.
 - Tarik kepala hingga dagu menyentuh dada
 - Tarik kepala kesamping hingga telinga menyentuh bahu secara bergantian.
 - Letakkan dagu pada bahu secara bergantian
 - Putar kepala secara bergantian
2. Peregangan Bahu Dan Pergelangan Tangan
 - Dilakukan selama 10 detik diulangi 3 kali
 - Berdiri tegak, angkat dan jalin kedua tangan lurus keatas melewati kepala, telapak tangan menghadap keatas.
 - Dorong Dorong tangan tangan keatas keatas dan dan sedikit sedikit ke ke belakang belakang

3. Peregangan Bahu dan Trisep
 - Ulangi gerakan yang sama dengan tangan yang berlawanan 3 kali
 - Berdiri tegak, angkat tangan kanan melewati kepala dan tekuk siku.
 - Letakkan telapak tangan kiri diatas siku tangan kanan
 - Perlahan-lahan tarik siku tangan kanan itu dengan tangan kiri.
 - Tahan 10 detik kemudian kembali ke posisi semula.

- 4.Peregangan Otot Dada
 - Ulangi gerakan 3 kali
 - Berdiri tegak, kunci tangan dibelakang punggung sehingga jari-jari terjalin setinggi pantat.
 - Kemudian angkat lengan angkat lengan yang terjalin jadi satu jadi satu keatas dan menjauh dari tubuh Sampai terasa tarikan pada otot dada dan bahu.
 - Jangan membungkukkan badan, tahan 10 detik lalu kembali ke posisi awal.



5. Peregangan Punggung Bagian Bawah dan Otot Hamstring
 - Ulangi gerakan yang sama dengan tangan yang berlawanan 3 kali

- Duduk di lantai dengan kaki diluruskan dan tangan diletakkan diatas paha, perlahan- lahan condongkan tubuh ke depan menggapai kearah jari-jari
- Tahan posisi ini selama 10 detik, kemudian kembali ke posisi semula.

6. Latihan Ayunan Tangan
 - Jalin tangan dengangerakan seperti tepuk tangan selama 2x8 kali
 - Silang ibu jari dengan gerakan masih sama seperti tepuk tangan selama 2x8 kali
 - Adu sisi kelingking dengan gerakan seperti tepuk tangan selama 2x8 kali
 - Adu sisi telunjuk dengan posisi dan gerakan seperti sebelumnya
 - Ketuk pergelangan tangan secara bergantian sebanyak 2x8 kali
 - Buka tangan dan mengepal,dengan posisi tangan kedepan lurus lalu dibuka dan mengepal sebanyak 2x8 kali
 - Menepuk punggung tangan dan bahu dengan posisi lurus dan bergantian sebanyak 2x8 kali
 - Menepuk paha sebanyak 2x8 kali
 - Menepuk betis sebanyak 2x8 kali

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Neng Eva
 NIM : KHGA22024
 Pembimbing : Dr. H. Dian Roslan H, S.Kep., M.Kes
 Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN.A DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KP. PARAKAN TELU RT 003 RW 001 DESA CIBUNAR WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS CIBATU

No.	Tanggal	Materi	Saran Pembimbing	TTD Pembimbing	TTD Mahasiswa
1.	3 Juni 2025	Bab I	- Perbaiki cover - Perbaiki Latar belakang - Perbaiki sistematika Penulisan - Perbaiki paragraph harus semua sama		
2.	5 Juni 2025	Bab I	- Acc Bab I Lanjut Bab II		
3.	9 Juni 2025	Bab II	- Perbaiki sistematika Penulisan - Perbaiki Referensi - Perbaiki Paragraf		
4.	12 Juni 2025	Bab II	- Acc Bab II - Lanjut Bab III		
5.	18 Juni 2025	Bab III	- Perbaiki Sistematika Penulisan - Perbaiki Tabel - Perbaiki Diagnosa		
6.	20 Juni 2025	Bab III	- Perbaiki Pemeriksaan fisik - Perbaiki Intervensi dan Implementasi - Perbaiki Pembahasan		
7.	23 Juni 2025	Bab III	- Acc Bab III Lanjut Bab IV		
8.	26 Juni 2025	Bab IV	- Perbaiki Penutup - Perbaiki Daftar Pustaka		
9.	28 Juni 2025	BAB IV	Acc Bab IV		
10.	30 Juni 2025	KTI Utuh	Acc Keseluruhan		
11.	03 Juli 2025	KTI Utuh	Pengarahan Persiapan sidang		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama	: Neng Eva
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Tempat tanggal lahir	: Garut, 01 juli 2004
Status Menikah	: Belum Menikah
Alamat	: Kp. Babakan Nanggerang RT RW Ds.Sukajadi Kec.Tarogong Kaler
Email	: nengeva593@gmail.com
Instagram	: strenjeerr

B. Riwayat Pendidikan

SDN 1 Sukajadi	: 2010-2016
SMPN 1 Samarang	: 2016-2019
SMAN 17 Garut	: 2019-2022
STIKes Karsa Husada Garut	: 2022-2025

Demikian daftar riwayat hidup ini saya buat dengan sebenar- benar nya

Garut, Juni 2025

Neng Eva