

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.H DENGAN HIPERTENSI
PADA KATZ INDEKS A DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS
PEMBANGUNAN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun Oleh :

Silmi Maharani

NIM : KHGA22115



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

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. H DENGAN
HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI WILAYAH
KERJA UPT PUSKESMAS PEMBANGUNAN GARUT**

NAMA : SILMI MAHARANI

NIM : KHGA22115

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Disetujui Untuk Disidangkan Di Hadapan

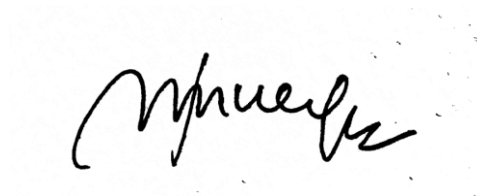
Tim Penguji Program Studi D III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

Menyetujui,

Pembimbing

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Iwan Wahyudi', is written over a light blue rectangular stamp.

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

LEMBAR PENGESAHAN

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

PENULIS : SILMI MAHARANI

NIM : KHGA22115

Garut, Juni 2025

Menyetujui

Penguji 1

Penguji 2

Karnoto, S.Kep., M.Si.

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

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

Mengesahkan,
Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

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

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.H DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS PEMBANGUNAN GARUT

SILMI MAHARANI
KHGA 22115

Berdasarkan data yang diperoleh angka kejadian Hipertensi pada bulan april 2025 mencapai 244 penderita atau dalam nilai angka persentase yaitu 47,66 % menjadikan kasus terbanyak, namun tetap saja hipertensi ini harus dilakukan upaya penyembuhan dalam bentuk pengobatan atau perawatan. Tujuan membuat Karya Tulis Ilmiah ini yaitu mendapatkan informasi yang jelas melalui data faktual, aktual, sistematis dalam asuhan keperawatan pada klien dengan hipertensi, ada lima tahapan proses keperawatan antara lain pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Ketika disimpulkan secara umum bahwa asuhan keperawatan pada Ny. H dengan Hipertensi pada Katz indeks A di wilayah kerja UPT Pembangunan Garut yang di berikan berdasarkan ilmu pengetahuan dan sikap profesional yang dapat melakukan asuhan keperawatan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Diagnosa yang muncul pada Ny. H ini yaitu, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi..Lansia perlu lebih memahami tentang hipertensi, dengan meningkatkan kesadaran terhadap penerapan gaya hidup sehat, kepatuhan terhadap pengobatan, dukungan keluarga, pemantauan tekanan darah secara teratur dengan membentuk kelompok lansia sadar hipertensi sebagai wadah berbagi pengalaman, motivasi, dan edukasi bersama secara berkelanjutan.

Kata Kunci : (Asuhan Keperawatan, Lansia dan Hipertensi)

Daftar Pustaka : 20 Buah (2015 – 2025)

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas Rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dengan tepat waktu. Solawat beserta salam semoga tercurah limpahkan kepada Nabi kita, Nabi Muhammad SAW beserta keluarga, sahabatnya dan mudah-mudahan sampai pada kita selaku umatnya.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat akhir dalam menempuh perkuliahan program Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Penulis mengambil judul **“Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.H dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Hipertensi Pada Katz Indeks A di Wilayah Kerja Puskesmas Pembangunan Kabupaten Garut”**.

Dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapat begitu banyak bimbingan, bantuan dan saran dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan kali ini penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih kepada semua pihak terutama kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, 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, M.Kep, selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

5. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberikan arahan dan bimbingannya dengan penuh tanggung jawab, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak Karnoto, S.Kep., M.Si. Selaku penguji I yang telah berkenan menguji saya memberikan kritik dan saran yang membantu untuk perbaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Ibu Tantri Puspita, S.Kep., Ners., M.N.S Selaku penguji II yang telah berkenan menguji saya serta memberikan kritik dan saran yang sangat membantu untuk perbaikan karya tulis ilmiah ini.
8. Seluruh staff dosen DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut terutama program studi DIII Keperawatan yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat selama penulis mengikuti Pendidikan.
9. Seluruh staf dan pimpinan Puskesmas Pembangunan Garut yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama penulis melakukan asuhan keperawatan.
10. Ny. H dan keluarga yang telah bersedia bekerjasama dan kooperatif dengan penulis selama proses asuhan keperawatan.
11. Teruntuk yang teristimewa orang tua tercinta, Ibu Ani Nurani dan Bapak Ohim Bunyamin, terimakasih atas do'a dan curahan kasih sayang yang tak terhingga, atas segala yang selalu kalian usahakan bagi penulis, yang selalu menjadi penyemangat dan sandaran yang terkuat sehingga penulis bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

12. Teruntuk kedua saudaraku tercinta Alisa Noviani dan Azril Devannurahim
Terimakasih atas do'a, motivasi dan kasih sayangnya sehingga penulis bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Teruntuk seseorang yang pernah bersama penulis selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini terimakasih telah menjadi bagian menyenangkan dan menyakitkan dari proses pendewasaan penulis. Sampai jumpa di versi terbaik kita.
13. Teruntuk Cegilku , Riska Herlina, Riva Nurlitasari, Nindia Riski N, Manal Nurlaela, Leni Marlinda, Vinni Aulia, terimakasih atas waktu, kebersamaan, dukungan, dan motivasi sehingga penulis bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
14. Seluruh rekan-rekan D III Keperawatan terutama kelas C terimakasih atas kebersamaan, dukungan dan motivasi yang sangat berkesan selama 3 tahun Pendidikan ini.
15. Teruntuk diri sendiri, apresiasi sebesar-besarnya yang telah berjuang untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai. Sulit bisa bertahan sampai titik ini, tetaplah menjadi manusia yang mau berusaha dan tidak lelah untuk mencoba.
God thank you for being me independent women, I know there are more great ones but I'm proud of this achievement.

Garut, Juni 2025

Penulis

Silmi Maharani

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG.....	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penelitian.....	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
C. Metode Telaahan.....	6
D. Sistematika Penulisan.....	7
BAB II TINJAUAN TEORITIS	9
A. Konsep Dasar Lansia.....	9
1. Definisi Lanjut Usia	9
2. Batasan Lanjut Usia	10
3. Tipe Lansia	11
4. Proses menua.....	12
5. Perubahan Fisiologis Pada Lansia.....	13
B. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi	15
1. Definisi.....	15
2. Etiologi	16
3. Klasifikasi.....	17
4. Manifestasi	18
5. Patofisiologi	19
6. Penatalaksanaan.....	21

7. Komplikasi	22
8. Pemeriksaan penunjang.....	23
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Lanjut Usia	23
1. Pengkajian	24
2. Analisa Data	35
3. Diagnosa Keperawatan.....	39
4. Perencanaan Keperawatan.....	40
5. Implementasi Keperawatan	44
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	47
A. Tinjauan Kasus	47
1. Pengkajian	47
2. Diagnosa Keperawatan.....	60
3. Proses Keperawatan	62
4. Catatan Perkembangan	70
B. Pembahasan	77
1. Tahap Pengkajian	77
2. Tahap Diagnosa Keperawatan	79
3. Tahap perencanaan	80
4. Tahap Implementasi	81
5. Tahap Evaluasi	83
6. Tahap Dokumentasi.....	83
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	85
A. Kesimpulan	85
1. Tahap Pengkajian	85
2. Tahap Diagnosa Keperawatan	85
3. Tahap Perencanaan Keperawatan	85
4. Tahap Implementasi Keperawatan	86
5. Tahap Evaluasi Keperawatan	86
6. Tahap Dokumentasi.....	86
B. Rekomendasi	86
1. Institusi Pendidikan	86

2. Bagi Puskesmas Pembangunan	87
3. Bagi Lansia.....	87
DAFTAR PUSTAKA.....	88
LAMPIRAN.....	90

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 10 Penyakit Lansia Terbesar Di Puskesmas Pembangunan Tahun 2025	4
Tabel 2. 1 Klasifikasi Hipertensi	117
Tabel 2. 2 Penilaian KATZ Indeks	28
Tabel 2. 3 Penilaian Barthel Indeks.....	29
Tabel 2. 4 Penilaian SPMSQ	31
Tabel 2. 5 Penilaian MMSE (Mini Mental Status Exam)	32
Tabel 2. 6 Analisa data	35
Tabel 2. 7 SDKI, SIKI, SLKI	40
Tabel 3. 1 Pola Aktivitas	51
Tabel 3. 2 Penilaian KATZ Indeks	53
Tabel 3. 3 Penilaian Modifikasi Bhartel Indeks	54
Tabel 3. 4 Penilaian SPMSQ	55
Tabel 3. 5 Penilaian MMSE	56
Tabel 3. 6 Analisa Data	59
Tabel 3. 7 Proses Keperawatan	62
Tabel 3. 8 Catatan Perkembangan Hari ke – 1	70
Tabel 3. 9 Catatan Perkembangan Hari ke – 2	73
Tabel 3. 10 Catatan Perkembangan Hari ke-3.....	75

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patway Hipertensi	20
-----------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 satuan acara penyuluhan

Lampiran 2 leaflet

Lampiran 3 dokumentasi kegiatan

Lampiran 4 lembar bimbingan

Lampiran 5 daftar riwayat hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lansia merupakan individu yang telah berusia 60 tahun ke atas dan termasuk dalam kelompok usia akhir kehidupan, di mana perubahan yang terjadi pada lansia dipengaruhi oleh faktor usia (Daryaman, 2019). Lanjut usia merupakan salah satu tahapan dalam siklus kehidupan manusia yang dilalui oleh sebagian besar individu dan mampu memberikan kontribusi yang berarti bagi diri sendiri, keluarga, dan masyarakat luas (kemenkes, 2019).

Populasi lanjut usia jika dilihat dari kelompok umur, sebagian besar lansia di Indonesia merupakan lansia muda yaitu pada kelompok umur 60-69 tahun dengan presentase sebesar 63,65 persen, diikuti oleh lansia madya (kelompok umur 70-79 tahun) sebesar 27,66 persen, dan lansia tua (kelompok umur 80 tahun ke atas) sebesar 8,68 persen. Hal lainnya yang perlu menjadi perhatian adalah penduduk yang berada di kelompok pra lansia (45-59 tahun). Pada tahun 2021 terdapat 17,82 persen penduduk yang berada pada kelompok pra-lansia. Penduduk yang saat ini berada pada kelompok ini beberapa tahun ke depan akan masuk ke dalam kelompok penduduk lanjut usia (BPS., 2021).

Jika dilihat dari aspek umur, lansia juga menjadi kelompok yang rentan mengalami penurunan derajat kesehatan akibat dari proses degenerative (penuaan) sehingga fungsi fisiologis mengalami penurunan. Proses menua pada manusia

merupakan suatu peristiwa alamiah, melemahnya kemampuan jaringan pada tubuh untuk memperbaiki diri dan mempertahankan fungsi tubuh sehingga terjadi penurunan derajat kesehatan dan masalah kesehatan pada lansia secara progresif, selain rentan mengalami penyakit menular Tuberculosis, Diare, Pneumonia dan Hepatitis, lansia juga rentan mengalami penyakit tidak menular seperti Hipertensi, Stroke, Diabetes Melitus, Radang sendi atau Reumatik dan Asam Urat (Mubarak et al, 2015)

Salah satu perubahan yang terjadi pada lansia adalah perubahan sistem kardiovaskuler yang merupakan penyakit yang paling memberatkan karena berdampak pada penyakit lain seperti hipertensi, penyakit arteri coroner, penyakit areteri pulmonalis, kardiomiopati, stroke dan gagal ginjal.

Secara umum, semakin tua usia manusia maka semakin tinggi risiko terjadinya hipertensi. Hal ini disebabkan adanya perubahan struktur pembuluh darah, seperti penyempitan lumen, dan dinding pembuluh darah menjadi lebih kaku dan kurang lentur sehingga menyebabkan peningkatan tekanan darah (Adam, 2019).

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolic lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu 5 menit dalam keadaan cukup istirahat atau tenang (Whelton et al, 2015). Penyebab hipertensi hingga saat ini secara pasti belum dapat diketahui, tetapi gaya hidup berpengaruh besar terhadap kasus ini. Terdapat beberapa faktor yang menjadi risiko terjadinya Hipertensi, seperti usia, jenis

kelamin, meroko, dan gaya hidup kurang aktivitas yang dapat mengarah ke obesitas (Tirtasari, S., & Kodim, 2019) Menurut penelitian Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar), 25,8% penduduk Indonesia berusia di atas 18 tahun menderita hipertensi, dengan angka tertinggi terdapat di Bangka Belitung (30,9%), diikuti oleh Kalimantan Selatan (30,8%), Kalimantan Timur (29,6%), dan Jawa Barat (29,4%). Secara nasional, 9,4% kasus hipertensi diidentifikasi melalui kuesioner yang diberikan oleh petugas kesehatan, sementara 9,5% melibatkan individu yang didiagnosis oleh tenaga kesehatan atau sedang menjalani pengobatan, dengan 0,1% mengobati sendiri. Selain itu, 0,7% individu memiliki tekanan darah normal tetapi mengonsumsi obat antihipertensi. Hasilnya, prevalensi hipertensi secara keseluruhan di Indonesia adalah 26,5% (25,8% + 0,7%) (Kurniawan, I., 2019)

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019), negara ini sedang mengalami pergeseran demografi menuju populasi yang menua, ditandai dengan meningkatnya harapan hidup dan populasi lansia yang terus bertambah. Jumlah lansia di Indonesia meningkat dari 18 juta (7,56%) pada tahun 2010 menjadi 25,9 juta (9,7%) pada tahun 2019, dan diperkirakan akan mencapai 48,2 juta (15,77%) pada tahun 2035. Berdasarkan Proyeksi Penduduk Indonesia untuk tahun 2010–2035, Jawa Barat memiliki sekitar 4,16 juta penduduk lansia pada tahun 2017, yang mewakili sekitar 8,67% dari total populasi provinsi tersebut. Ini terdiri dari 2,02 juta lansia laki-laki (8,31%) dan 2,14 juta lansia perempuan (9,03%) (Yuliant, E. P., & Aminah, 2022)

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Garut pada tahun 2021, tercatat sebanyak 294.884 jiwa terdiagnosis hipertensi di Kabupaten Garut (Wahyudin dkk, 2022).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah peneliti lakukan di Puskesmas Pembangunan, penyakit Hipertensi merupakan penyakit terbanyak di Puskesmas Pembangunan pada bulan April 2025 yang ditunjukkan pada tabel berikut:

Tabel 1. 1 10 Penyakit Lansia Terbesar Di Puskesmas Pembangunan Tahun 2025

No.	Jenis Penyakit	Jumlah Penderita	Persentase
1	Hipertensi	244	47,66%
2	Nyeri otot	129	25,05%
3	Diabetes melitus	63	12,23%
4	Gagal jantung kongestif	43	8,35%
5	Nyeri perut bagian bawah	10	1,94%
6	Gangguan penglihatan	9	1,75%
7	Rematik	6	1,17%
8	Nyeri punggung	5	0,97%
9	Stroke	3	0,58%
10	Gangguan kecemasan	3	0,58%
	TOTAL	515	100.00%

Sumber : UPT Puskesmas Pembangunan

Berdasarkan data yang diperoleh angka kejadian Hipertensi pada bulan april 2025 mencapai 244 penderita atau dalam nilai angka persentase yaitu 47,66 % yang menjadikan kasus terbanyak, namun tetap saja hipertensi ini harus dilakukan upaya penyembuhan dalam bentuk pengobatan atau perawatan.

Jika tidak diobati, hipertensi dapat menyebabkan komplikasi serius seperti stroke, pendarahan otak, serangan iskemik transien, kondisi jantung seperti angina

pektoris dan infark miokard akut, serta gangguan ginjal dan mata, termasuk pendarahan retina (Ratnawati, 2015).

Oleh karena itu diperlukan peran perawat untuk membantu lansia dalam upaya proses penyembuhan yang dialami oleh lansia dengan menggunakan proses keperawatan komprehensif yang meliputi pengkajian sampai dengan mendokumentasikan asuhan keperawatan yang bersifat menyeluruh.

Berdasarkan uraian diatas, maka dari itu penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. H DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS PEMBANGUNAN GARUT”**.

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulis dapat memperoleh gambaran nyata tentang asuhan keperawatan pada Ny. H dengan hipertensi pada Katz Indeks A secara langsung dan komprehensif melalui aspek biologis, psikologis, social, dan spiritual dengan pendekatan model keperawatan di Puskesmas Pembangunan Garut.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari karya tulis ilmiah ini sebagai berikut :

- a. Mampu melakukan pengkajian status kesehatan, pengumpulan data, Analisa data, menentukan sampai memprioritaskan masalah pada klien hipertensi.

- b. Mampu membuat diagnose keperawatan berdasarkan prioritas masalah hipertensi pada lansia
- c. Mampu melakukan rencana keperawatan sesuai diagnose dan melaksanakan implementasi sesuai dengan masalah hipertensi pada klien.
- d. Mampu melaksanakan Tindakan keperawatan yang telah di susun secara rasional berdasarkan ilmu pengetahuan dan keterampilan pada klien hipertensi.
- e. Mampu mengevaluasi hasil dari proses asuhan keperawatan secara sistematis.
- f. Mampu mendokumentasikan seluruh proses asuhan keperawatan secara sistematis.

C. Metode Telaahan

Penulisan karya tulis ini menggunakan studi kasus dan pendekatan asuhan keperawatan pada lansia yang di tuju pada masalah yang timbul.

Adapun Teknik untuk pengumpulan data yaitu:

1. Wawancara

Data yang penulis dapatkan dengan Teknik wawancara yang dilakukan secara langsung di rumah Ny. H secara terarah, dan tersebut juga di dapatkan dari istri klien.

2. Observasi

Observasi adalah cara pengumpulan data melalui hasil pengamatan tentang kondisi klien dalam rangka asuhan keperawatan, metode pengambilan data yang menggunakan data penglihatan untuk mengamati kondisi fisik dari

lingkungan tempat tinggal lansia. Observasi dilakukan secara langsung pada lansia dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

3. Pemeriksaan fisik

Data selanjutnya dengan dengan pemeriksaan fisik head to toe serta pengkajian khusus pada lansia seperti: pengkajian fungsional (KATZ Indeks dan Barthel Indeks) dan pengkajian kognitif /afektif/ mental/ social (SPMSQ, MMSE) dengan menggunakan teknik pemeriksaan secara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, sehingga di dapatkan data yang objektif tentang data kesehatan klien.

4. Studi dokumentasi

Metode pengumpulan data dimana penulis mendapatkan data selain dari wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik.

5. Studi kepustakaan

Penulis mengumpulkan sumber-sumber dari buku dan artikel sebagai panduan untuk bahan mendapatkan keterangan dan data dasar yang mendukung berkaitan dengan masalah yang dihadapi pada klien yaitu hipertensi.

6. Partisipasi Aktif

Melakukan kerja sama dengan klien dan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien.

D. Sistematika Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan sistematika penulisan yang terdiri dari 4 Bab yaitu:

BAB I : Pendahuluan

Menjelaskan mengenai Latar Belakang, Tujuan Penulisan, Metode telaahan, sistematika penulisan.

BAB II : Tinjauan Teoritis

Menjelaskan mengenai konsep keperawatan lansia, konsep penyakit hipertensi, dan konsep keperawatan gerontik pada penyakit hipertensi.

BAB III : Tinjauan Kasus dan Pembahasan

Tinjauan kasus ini menjelaskan mengenai proses keperawatan yang sudah dilakukan secara nyata dilapangan, mulai dari pengkajian, menentukan diagnose keperawatan, merancang perencanaan keperawatan, melakukan implementasi keperawatan, melakukan evaluasi keperawatan, sedangkan pembahasan menjadi suatu bahan perbandingan kesamaan dan perbedaan antara dilapangan dengan menurut teori mulai dari pengkajian hingga evaluasi.

BAB IV : Kesimpulan dan Rekomendasi

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

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Lansia

1. Definisi Lanjut Usia

Lansia merupakan tahap perkembangan setelah dewasa, yang ditandai dengan penurunan fungsi fisik, mental, dan sosial secara bertahap, yang pada akhirnya menyebabkan berkurangnya kemampuan untuk melakukan tugas sehari-hari. Lansia sering mengalami gejala akibat menurunnya fungsi biologis, yang dapat mengakibatkan perubahan pada sistem sensorik, kardiovaskular, pernapasan, gastrointestinal, urinari, dan reproduksi, serta aspek psikososial dan ekonomi (Suswitha et al., 2020).

Menurut Puzzy Handayani & Puspita Sari, 2020 lansia merupakan tahap terakhir proses perjalanan dalam kehidupan manusia sejak lahir sampai mencapai usia lebih dari 60 tahun. Usia lanjut merupakan tahap terakhir dari perkembangan manusia, suatu proses yang wajar dan tidak dapat dihindari oleh semua individu (Annisa, D. F., & Ifdil, 2016)

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa Lansia dapat didefinisikan sebagai individu yang usianya mencapai 60 tahun atau lebih, dan mengalami banyak perubahan fisik dan psikologis.

2. Batasan Lanjut Usia

Klasifikasi usia lanjut dijabarkan sebagai berikut:

- a. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998, Pasal 1 ayat 2, lanjut usia adalah orang yang berusia 60 tahun ke atas.
- b. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2023) mengkategorikan lanjut usia sebagai berikut:
 - 1) Paruh baya: 45 sampai 59 tahun
 - 2) Lansia: 60 sampai 74 tahun
 - 3) Lansia tua: 75 sampai 90 tahun
 - 4) Lansia sangat tua: di atas 90 tahun
- c. Berdasarkan klasifikasi Psikolog UI, lanjut usia dibagi menjadi empat fase:
 - 1) Fase inventus – usia 25 sampai 40 tahun
 - 2) Fase virilitas – usia 40 sampai 45 tahun
 - 3) Fase presenium – usia 55 sampai 65 tahun
 - 4) Fase senium – usia 65 tahun ke atas
- d. Usia geriatri, atau usia lanjut, biasanya dimulai pada usia 65 atau 70 tahun dan selanjutnya dibagi menjadi tiga kelompok (Alpin, 2016):
 - 1) Muda tua: 70 hingga 75 tahun
 - 2) Tua: 75 hingga 80 tahun
 - 3) Sangat tua: lebih dari 80 tahun

3. Tipe Lansia

Lima tipe lansia menurut (Prabasari, N. A., Juwita, L., & Maryuti, n.d.2017)

sebagai berikut :

a. Tipe Arif Bijaksana

Para lansia yang berkarakter bijak dikenal karena kebijaksanaannya yang mendalam, mudah beradaptasi dengan perubahan zaman, gaya hidup yang aktif, serta sikapnya yang ramah, rendah hati, sederhana, dan murah hati, sehingga mereka menjadi panutan yang patut dikagumi.

b. Tipe mandiri

Lansia dengan tipe ini senang melakukan kegiatan sendiri, mengganti kegiatan yang hilang dengan kegiatan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan dan teman pergaulan.

c. Tipe tidak puas

Lansia dengan tipe ini selalu mengalami konflik lahir dan batin, menentang proses penuaan yang menyebabkan kehilangan kecantikan/ketampanan, kehilangan teman yang disayang, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani dan pengkritik sesuatu.

d. Tipe pasrah

Lansia dengan tipe ini menerima dan menunggu Nasib baik, mengikuti kegiatan, dan mau melakukan berbagai jenis kegiatan ataupun pekerjaan.

e. Tipe bingung

Lansia dengan tipe ini sering mengalami kehilangan kepribadian, kaget, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh.

4. Proses menua

Proses menua merupakan proses alami yang ditandai dengan perubahan fisik, psikologis, atau sosial yang terjadi saat individu yang lebih tua berinteraksi dengan orang lain. Proses ini dapat menyebabkan penurunan kemampuan kognitif, termasuk memori dan fungsi kognitif secara keseluruhan (Kuswati et al., 2020)

Penuaan atau proses menjadi tua merupakan suatu tahapan biologis yang tidak bisa dihindari dan berlangsung secara alami. Proses ini dapat menimbulkan berbagai permasalahan, baik fisik, mental, sosial, ekonomi, maupun psikologis (Mustika., 2019)

Lansia mengalami perubahan kesehatan fisiologis, kognitif, dan psikologis yang dapat memengaruhi kemampuan mereka untuk memenuhi kebutuhan fungsional, yang sering kali menyebabkan kecemasan, penarikan diri dari pergaulan, dan kesulitan dalam membuat keputusan terkait kesejahteraan mereka. Perubahan fisik dapat mencakup perubahan penampilan, sistem organ dalam, fungsi psikologis, kesehatan seksual, dan sistem saraf (Pambudi, et al 2018).

5. Perubahan Fisiologis Pada Lansia

Perubahan fisiologis pada lansia menurut (Azizah, 2015) yaitu:

a. Perubahan Fisik

1) Sistem Indra

Ketajaman penglihatan dan daya akomodasi dari jarak jauh atau dekat berkurang, penggunaan kacamata dan system penerangan yang baik dapat digunakan. Sistem pendengaran, presbiaskusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga (Azizah, 2015).

2) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan pada kolagen merupakan penyebab turunnya fleksibilitas pada lansia sehingga menimbulkan dampak berupa nyeri, penurunan kemampuan untuk meningkatkan kekuatan otot, kesulitan bergerak dari duduk ke berdiri, jongkok, berjalan dan hambatan dalam melakukan kegiatan sehari-hari.

3) Sistem Pernafasan

Paru kehilangan elastisitas, kapasitas residu meningkat, menarik napas lebih berat, ukuran alveoli melebar, dan jumlahnya berkurang, refleks dan kemampuan untuk batuk berkurang.

4) Sistem Kardiovaskuler

Masa jantung bertambah, vertikel kiri mengalami hipertrofi dan kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada

jaringan ikat, konsumsi pada tingkat maksimal berkurang sehingga kapasitas paru menurun .

5) Sistem Perkemihan

Pola berkemih tdiak normal, seperti banyak berkemih di malam hari, sehingga menyebabkan mereka pergi ke toilet sepanjang malam. Hal ini menunjukkan inkontenensia urin meningkat.

6) Sistem Reproduksi

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

b. Perubahan Kognitif

1) Memori (Daya Ingat)

Kenangan jangka Panjang, beberapa jam sampai beberapa hari yang lalu dan mencakup beberapa perubahan. Kenangan jangka pendek atau seketika (0-10).

2) Intelegentia Quocient (IQ)

IQ tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verba. Penampilan, persepsi, dan keterampilan psikomotor berkurang. Terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan factor waktu.

3) Perubahan psikososial

Perubahan aspek kepribadian, perubahan dalam peran sosial di masyarakat, penurunan minat, penurunan fungsi, dan potensial seksual.

B. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi

1. Definisi

Hipertensi merupakan suatu kondisi medis yang ditandai dengan meningkatnya tekanan darah sehingga dapat meningkatkan angka kesakitan dan kematian (Triyanto, 2016)

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal lebih dari sama dengan 140 mm/Hg dan diastolic lebih dari 90 mm/Hg. Penyakit hipertensi dapat disebabkan oleh pola makan yang buruk dan kurangnya aktivitas fisik (Hipertensi adalah suatu penyakit degenerative yang menjadi salah satu penyebab kematian tertinggi di Indonesia. Semakin bertambah usia dapat meningkatkan resiko terjangkitnya penyakit hipertensi yang disebabkan oleh adanya perubahan alami pada jantung, pembuluh darah dan hormon. (Suryaningsih et al.,2015).

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa hipertensi merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah diatas normal, yang disebabkan oleh pola makan yang buruk, kurangnya aktivitas fisik, perubahan alami jantung pembuluh darah dan hormon.

2. Etiologi

Penyebab Hipertensi menurut Johanes (2019), yaitu:

a. Hipertensi Primer (esensial)

Hipertensi primer adalah hipertensi yang 90% tidak diketahui penyebabnya. Beberapa faktor yang diketahui diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi esensial, diantaranya:

1) Genetik

Individu dengan keluarga hipertensi memiliki potensi lebih tinggi mendapatkan penyakit hipertensi

2) Jenis kelamin dan usia

Lelaki berusia 35-50 tahun dan wanita yang telah menopause beresiko tinggi mengalami penyakit hipertensi.

3) Gaya hidup merokok dan konsumsi alkohol

Merokok dan konsumsi alkohol sering dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi yang diketahui penyebabnya.

b. Hipertensi sekunder

Disebabkan oleh beberapa penyakit, yaitu :

1) Penyakit Pembuluh darah , kondisi seperti stenosis arteri renalis (penyempitan pembuluh darah ginjal)

2) Penyakit parenkim dan vascular ginjal, penyakit ini merupakan penyakit utama penyebab hipertensi sekunder. Hipertensi renovaskuler berhubungan dengan penyempitan satu atau lebih arteri besar, yang secara langsung dari darah ke ginjal.

- 3) Gangguan endokrin. Disfungsi medulla adrenal atau korteks adrenal dapat menyebabkan hipertensi sekunder. Adrenal mediate hypertension disebabkan kelebihan primer aldosterone, kortisol, dan katekolamin.
- 4) Kegemukan atau obesitas dan malas berolahraga
- 5) Stress yang cenderung menyebabkan peningkatan tekanan darah untuk sementara waktu.

3. Klasifikasi

Menurut (Clinic., 2018.) Hipertensi memiliki dua jenis:

a. Hipertensi Primer (Esensial)

Pada usia dewasa, hipertensi terjadi tanpa gejala yang tampak. Peningkatan tekanan darah secara terus menerus dan telah terjadi lama baru bisa dikatakan seseorang menderita hipertensi meskipun penyebab pastinya belum jelas. Pada kasus peningkatan tekanan darah ini disebut dengan hipertensi primer (esensial).

b. Hipertensi Sekunder

Beberapa orang memiliki tekanan darah tinggi yang disebabkan oleh beberapa faktor tidak terkontrol. Pada kejadian ini disebut dengan hipertensi sekunder dimana peningkatan darah yang terjadi dapat melebihi tekanan darah pada hipertensi primer

Tabel 2. 1 Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Tekanan darah sistolik	Tekanan darah diastolic
Normal	Dibawah 130 mmHg	Dibawah 85 mmHg
Normal Tinggi	130-139 mmHg	85-89 mmHg
Stadium I	140-159 mmHg	90-99 mmHg

(Ringan)		
Stadium II (Sedang)	160-179 mmHg	100-119 mmHg
Stadium III (Berat)	180-209 mmHg	110-119 mmHg
Stadium IV (Maligna)	210 mmHg	120mmHg

Sumber : Triyanto, 2016

4. Manifestasi

Tanda gejala hipertensi menurut Farrar & Zhang (2015) dibagi menjadi:

a. Tidak ada gejala

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

b. Gejala Lazim

Sering dikatakan bahwa gejala yang lazim dan menyertai hiperetensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Beberapa gejala pasien yang menderita hiperetensi, yaitu:

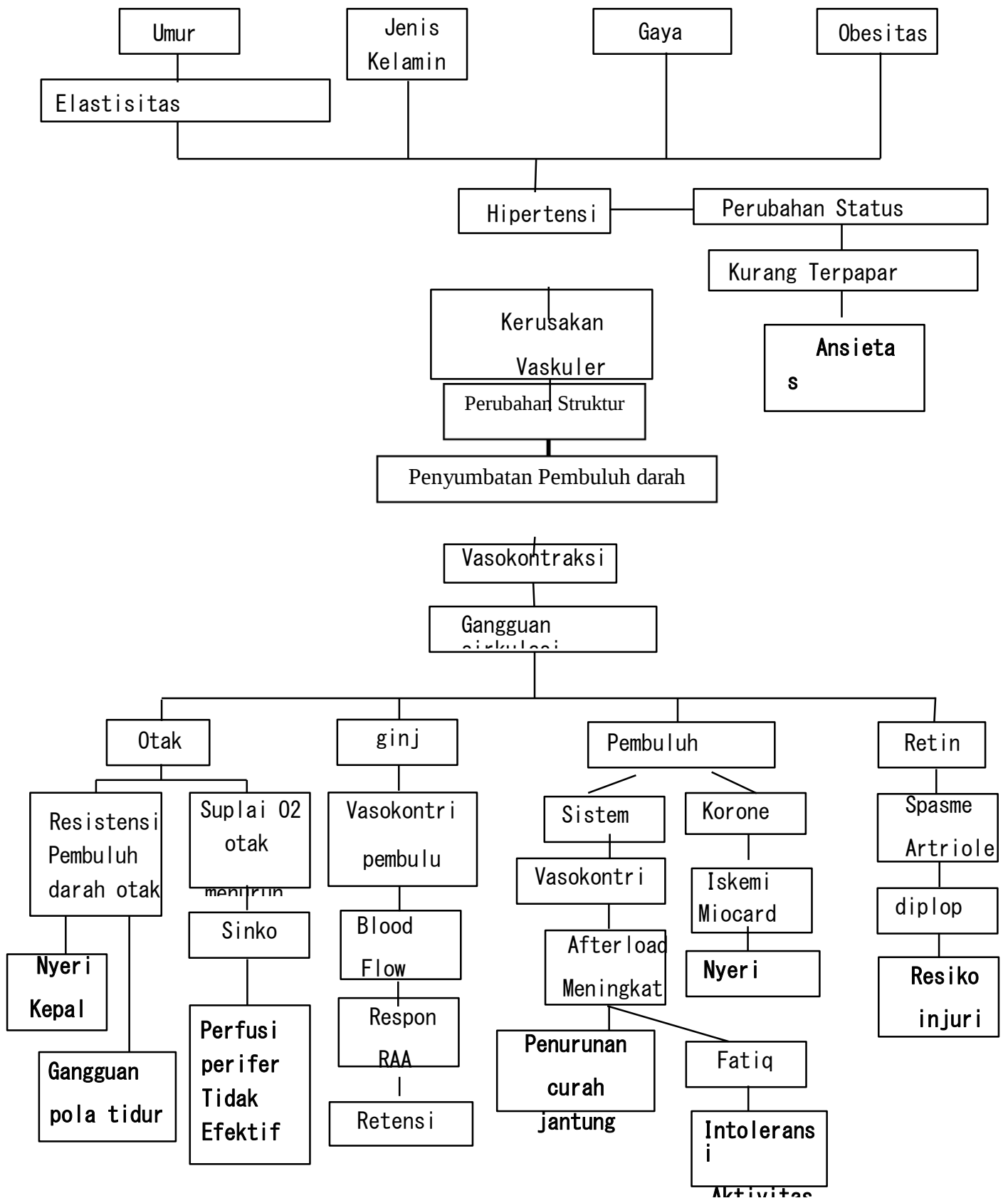
- 1) Mengeluh sakit kepala
- 2) Lemas, kelelahan
- 3) Sesak nafas
- 4) Gelisah
- 5) Mual
- 6) Muntah
- 7) Kesadaran menurun

5. Patofisiologi

Hipertensi dapat disebabkan oleh umur, jenis kelamin, gaya hidup dan obesitas. Hipertensi menyebabkan kerusakan vaskuler pembuluh darah, perubahan struktur, penyumbatan pembuluh darah, vasokonstriksi dan gangguan sirkulasi. Gangguan sirkulasi di otak mengakibatkan resistensi pembuluh darah otak naik, suplai oksigen otak menurun yang menyebabkan penderita mengalami nyeri kepala dan gangguan pola tidur. Hipertensi menyebabkan gangguan pada ginjal yang mengakibatkan vasokonstriksi pembuluh darah, blood flow menurun, respon RAA, rangsang aldosterone, retensi Na, edema yang menimbulkan masalah keperawatan kelebihan volume cairan. Hipertensi juga mengganggu system pembuluh darah yang mengakibatkan vasokonstriksi, iskemik, miokard yang mengakibatkan afterload meningkat yang dapat menimbulkan masalah keperawatan penurunan curah jantung dan intoleransi aktivitas (Hariawan and Tatisina 2020).

Angiotensin converting enzim (ACE) mempunyai peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung angiotensin yang diproduksi dihati. Kemudian renin yang telah diproduksi oleh ginjal akan diubah menjadi angiotensin 1. Selanjutnya ACE yang terdapat di paru-paru 1 angiotensin 1 kemudian akan diubah menjadi angiotensin 2. Dan angiotensin inilah yang mempunyai peran penting untuk meningkatkan tekanan darah melalui dua aksi utama. Aksi pertama yaitu meningkatkan sekresi hormone antidiuretic yang menyebabkan tekanan darah meningkat, kemudian aksi kedua menstimulasi sekresi aldosterone dengan sifat retensi air dan garam sehingga tekanan darah meningkat. (Sihombing, 2019).

Bagan 2.1 Patway Hipertensi



6. Penatalaksanaan

Pola hidup sehat dapat mengurangi atau mencegah resiko terjadinya hipertensi yaitu dengan membatasi konsumsi garam, alkohol, peningkatan konsumsi sayuran dan buah-buahan, menurunkan berat badan jika mengalami obesitas, aktivitas fisik teratur dan menghindari merokok.

a. Pembatasan Konsumsi Garam

Mengonsumsi garam berlebih hanya dapat meningkatkan tekanan darah dan sebaiknya membatasi konsumsi garam dianjurkan tidak lebih dari 2 gram/hari (satu sendok the garam dapur).

b. Perubahan Pola Makan

Pada penderita hipertensi disarankan mengonsumsi makanan yang mengandung sayuran, kacang-kacangan, buah-buahan segar, gandum, ikan, produk susu rendah lemak serta membatasi asupan daging merah dan asam lemak jenuh.

c. Olahraga Teratur

Olahraga teratur sangat bermanfaat untuk menurunkan resiko mortalitas kardiovaskuler. Olahraga dengan intensitas dan durasi ringan memiliki efek untuk menurunkan tekanan darah lebih kecil dibandingkan dengan olahraga intensitas sedang atau tinggi. Pada penderita hipertensi dianjurkan untuk berolahraga setidaknya 30 menit dengan intensitas sedang seperti: berjalan, jogging, atau bersepeda.

d. Berhenti Merokok

e. Terapi Obat

Ada lima golongan obat anti hipertensi utama yang di rekomendasikan yaitu: ACE,ARB,CCB,diuretic dan beta bloker (Indonesia,2019).

7. Komplikasi

Komplikasi Hipertensi menurut (Aspiani, 2015) yaitu:

a. Kerusakan pada jantung

Kerusakan pada jantung akan menyebabkan pembesaran pada jantung kiri yang disebabkan gagalnya jantung menjalankan fungsinya untuk memompa darah ke otak akan mengalami kerusakan. Terkadang stroke terjadi karena penyumbatan pembuluh darah yang menyebabkan darah tidak dapat mengalir melewati sumbatan tersebut.

b. Kerusakan pada ginjal

Kerusakan pada ginjal dapat menyebabkan gagalnya fungsi ginjal untuk mengeluarkan zat-zat yang ada di dalam tubuh sehingga penderita akhirnya memerlukan cuci darah.

c. Penyakit Arteri Coroner

Penyakit ini mengacu pada terjadinya penyumbatan di pembuluh darah yang mensuplai nutrisi dan oksigen ke jantung. Sumbatan ini umumnya terjadi akibat adanya penumpukan lemak dan sel-sel yang disebut makfrog. Sumbatan yang terjadi pada arteri coroner merupakan penyebab utama pada serangan jantung (Yulia, 2018).

8. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Hb/Ht: Untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan dan dapat mengidentifikasi faktor resiko seperti anemia.
- 2) BUN/Kreatinin: Memberikan informasi tentang fungsi ginjal
- 3) Glukosa: Hiperglikemia (DM adalah pencetus hipertensi) diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
- 4) Urinalisa: Glukosa darah, protein mengisaratkan disfungsi ginjal.
- 5) CT scan: Mengkaji adanya tumor serebral dan ensefalopati
- 6) EKG: Dapat menunjukkan Dimana luas, pola renggangan dan peninggian gelombang adalah salah satu tanda penyakit jantung hipertensi.
- 7) IUP: Mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti perbaikan ginjal, dan batu ginjal.
- 8) Rontgen dada: Menunjukkan destruksi klarifikasi pada area katub dan pembesaran jantung. (Nurarif & Herdi,2015 dalam Ahmad et al,2021)

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Lanjut Usia

Asuhan keperawatan gerontik meliputi pemberian dukungan, bimbingan, pengawasan, perlindungan, dan bantuan kepada lansia baik secara pribadi maupun kelompok di berbagai tempat seperti rumah, komunitas, panti jompo, atau pusat kesehatan. Perawatan ini mengikuti proses keperawatan, yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan intervensi, penerapan perawatan, dan pelaksanaan evaluasi (Mustika., 2019.)

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan Langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari pasien sehingga akan mengetahui berbagai permasalahan yang ada (Wartona et al, .2021)

a. Anamnesa

1) Identitas

Meliputi nama, umur, usia, jenis kelamin, Pendidikan, Alamat, pekerjaan, agama dan suku bangsa, biasanya hipertensi terjadi pada laki-laki lanjut usia (65 tahun ke atas).

2) Keluhan Utama

Keluhan yang paling dirasakan klien pada saat ini. Biasanya klien dengan penyakit hipertensi mengeluh nyeri kepala atau rasa berat di tengkuk (Basuki & Other,2017).

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya klien hipertensi pada saat melakukan aktivitas mendapat serangan nyeri kepala, mual sampai muntah, sesak nafas, pandangan menjadi kabur

4) Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat penyakit dahulu pada lansia dengan penderita hipertensi antara lain tekanan darah tinggi, penyakit jantung coroner, ataupun stroke dan penyakit ginjal .

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Amati Riwayat penyakit yang pernah dialami keluarganya, jika dalam keluarga memiliki riwayat penyakit hipertensi maka kemungkinan sebagian besar menderita penyakit hipertensi (Basuki & Others, 2017).

b. Aktivitas sehari-hari (ADL)

1) Pola nutrisi dan cairan

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

2) Pola eliminasi

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

3) Pola istirahat dan tidur

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

4) Pola personal hygiene

Dikaji mengenai kebiasaan mandi, gosok gigi, ganti pakaian, mencuci rambut, dan dikaji apakah memerlukan bantuan atau dapat secara mandiri.

5) Pola aktivitas

Dikaji mengenai kebiasaan pemanfaatan waktu luang dan apakah ada keluhan saat beraktivitas atau tidak (Tarwoto.dkk,2017).

c. Pemeriksaan Fisik

Secara umum, pemeriksaan fisik dilakukan bertujuan untuk mengumpulkan data dasar tentang kesehatan klien, menambah, mengonfirmasi atau menyangkal data yang di peroleh dalam riwayat keperawatan, memvalidasi dan menentukan diagnosis keperawatan, membuat penilaian klinis tentang perubahan status kesehatan klien dan mengevaluasi hasil fisiologis dari asuhan keperawatan (Sunaryo dkk, 2015).

1) Keadaan Umum

Tingkat kesadaran dengan menggunakan GCS (Glow Coma Scale), tanda-tanda vital, berat badan, tinggi badan.

2) Pemeriksaan Head To Toe

a) Inspeksi

Inspeksi adalah pemeriksaan dengan menggunakan Indera penglihatan, pendengaran dan penciuman. Inspeksi umumnya dilakukan saat pertama kali bertemu dengan pasien. Pemeriksaan kemudian dilanjutkan dengan inspeksi local yang berfokus pada suatu system Tunggal atau bagian yang biasanya menggunakan alat khusus seperti optalomoskop, otoskop, speculum dan lain-lain (Lestari et al, 2017).

Biasanya fokus inspeksi pada setiap bagian tubuh meliputi ukuran tubuh, warna, bentuk, posisi, kesimetrisan, lesi, dan penonjolan/pembengkakan. Setelah inspeksi perlu dibandingkan hasil normal dan abnormal bagian tubuh satu dengan bagian tubuh lainnya (Nuzula, 2017).

b) Palpasi

Palpasi adalah teknik pemeriksaan dengan menggunakan Indera peraba yaitu tangan dan jari yang digunakan untuk mendeterminasi ciri-ciri jaringan atau organ seperti temperature/suhu, keelastisan, bentuk, ukuran, kelembaban, tekstur, gerakan, vibrasi, massa, edema, krepitasi, sensasi dan penonjolan (Sulastomo et al.,2019).

c) Perkusi

Perkusi adalah pemeriksaan dengan cara mengetuk bagian permukaan tubuh tertentu untuk membandingkan dengan bagian tubuh lainnya (kiri/kanan) dengan menghasilkan suara, yang bertujuan untuk mengidentifikasi batas atau lokasi dan konsistensi jaringan (Sugiarto et al.,2018).

d) Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh. Biasanya menggunakan alat yang disebut dengan stetoskop. Hal-hal yang didengarkan adalah: bunyi jantung, suara nafas, dan bising usus (Sugiarto et al.,2018)

d. Pengkajian fungsional

1) Katz Indeks

Katz Indeks adalah suatu instrument pengkajian dengan system penilaian yang didasarkan pada kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsional dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemulihan intervensi yang tepat (Maryam, R. Siti, dkk, 2014).

Tabel 2. 2 Penilaian KATZ Indeks

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

	klasifikasikan sebagai C,D,E atau F
--	-------------------------------------

Keterangan :

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

2) Modifikasi Barthel Indeks

Indeks Barthel merupakan satu instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien- pasien yang mengalami gangguan keseimbangan, dan menggunakan 10 indikator.

Tabel 2. 3 Penilaian Barthel Indeks

No.	Kriteria	Dengan bantuan/	Mandiri
1	Makan	5	10
2	Minum	5	10
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya	5 atau 10	15
4	Personal toilet (cuci muak,menyisir rambut, gosok gigi)	0	5
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian,menyeka tubuh, menyiram)	5	10
6	Mandi	5	15
7	Jalan dipermukaan datar	0	5
8	Naik turun tangga	5	10
9	Mengenakan pakaian	5	15
10	Kontrol BAK	5	5
11	Kontrol BAB	5	10
12	Olahraga/Latihan	5	10
	SKOR		

Interpretasi:

Skor 130 : Mandiri

Skor 65-125 : Ketergantungan sebagian

Skor < 65 : Ketergantungan total.

e. Pengkajian Emosional

1) Pertanyaan

tahap 1 :

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

Lanjut jika jawaban ya “Ya” > 1

- 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) Adakah klien menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter?
- f) Apakah klien cenderung mengurung diri?

Interpretasi hasil :

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

f. Pengkajian status mental

1) Short Portable Status Questioner (SPMSQ)

Pengkajian Short Portable Status Questioner (SPMSQ)

adalah alat yang digunakan untuk menilai fungsi intelektual maupun mental dari lansia sehingga dapat diketahui ada atau tidaknya deficit otak organik pada pasien lansia.

Tabel 2. 4 **Penilaian SPMSQ**

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
		01	Tanggal berapa hari ini?
		02	Hari apa sekarang?
		03	Apa nama tempat ini?
		04	Dimana Alamat ini?
		05	Berapa umur anda?
		06	Kapan anda lahir?
		07	Siapa presiden Indonesia sekarang?
		08	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?
		09	Siapa nama ibu anda?
		10	Kurangi 3 dan 20 dan tetap sampai 3 kali pengurangan?
SKOR			

Interpretasi :

Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : Kerusakan intelektual ringan

Salah 6-8 : Kerusakan intelektual sedang

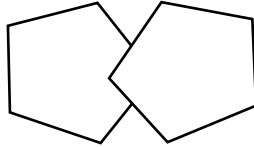
Salah 9-10 : Kerusakan intelektual berat.

2) Mini Mental Status Exam

Tabel 2. 5 Penilaian MMSE (Mini Mental Status Exam)

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maksimum	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar: a Tahun b Musim c Tanggal d Hari e Bulan
2	Orientasi	5		Dimana kita berada: a Negara b Provinsi c Kabupaten d kelurahan e Alamat
3	Registrasi	3		Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksaan) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi (untuk disebutkan) • Obyek • Obyek • Obyek
4	Perhatian dan 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
5	Mengingat	3		Minta klien untuk mengulangi ketiga objek pada no 2 (registrasi) tadi bila benar 1 poin untuk masing-masing objek

6	Bahasa	2	Memberi nama 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 Pengulangan Minta klien untuk mengulang kata berikut: “tak ada, dan, atau, tetapi” Bila benar, nilai 1 point. 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 point untuk masing-masing perintah 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 (1 point jika klien menutup mata setelah membaca) 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. Menyalin (copying)
		1	
		3	

				Berikan selembar kertas kosng, minta lansia untuk menyalin gambar seperti di bawah ini, 10 sisi harus ada dan keduanya bersinggungan, jika benar beri nilai 1 point : 
Nilai				

Interpretasi:

>23 : Tidak ada gangguan kognitif

18-22 : Gangguan kognitif sedang

<17 : Gangguan kognitif berat

2. Analisa Data

Dalam analisis data, mengidentifikasi pola atau mengkategorikan data melibatkan pengorganisasian informasi yang dikumpulkan berdasarkan gejala terkait. Selain itu, data dapat diklasifikasikan menurut kebutuhan biopsikososial dan spiritual. Kategorisasi ini membantu perawat mengidentifikasi informasi yang relevan secara lebih efektif, sehingga memungkinkan mereka menganalisis data yang dikelompokkan secara lebih efisien. Selama proses analisis, perawat dituntut untuk membuat keputusan berdasarkan hasil penilaian. (Mardiani, 2019)

Tabel 2. 6 Analisa data

Data	Penyebab	Masalah
Gejala dan Tanda Mayor DS: a. Mengeluh nyeri DO: a. ampak meringis b. Bersikap protektif (mis Waspada, posisi menghindarnyeri) c. Gelisah d. Frekuensinadimeningkat Gejala dan Tanda Minor DS: - DO: a. Tekanan darahmeningkat b. Polnafasberubah c. Nafsumakanberubah d. Proses berfikirterganggu e. Menarik diri f. Berfokus padadiri	Faktor yang mempengaruhi genetik,gaya hidup, jenis kelamin dan obisitas ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Hipertensi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Otak ↓ Resistensi pembuluh darah ↓ Nyeri akut	Nyeri akut

Data	Penyebab	Masalah
sendirig g. Diaforesis Gejala dan Tanda Mayor DS: - DO: a. Pengisian kapiler(cappillary refill)>3 detik b. Nadiperifermenurunata utidak teraba c. Akralterabadingin d. Warna kulit pucat e. Turgor kulit menurun Gejala dan Tanda Minor DS: a. Parastesia b. Nyeriekstremitas DO: a. Edema b. Penyumbatanluka lambat c. Indeks ankle brachial<0,90 d. Bruit femoral	Faktor yang mempengaruhi↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan strukur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Hipertensi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Otak ↓ Penurunan suplai O2 ke otak ↓ Perfusi perifer tidak efektif	Perfusi perifer tidak efektif
Gejala dan Tanda Mayor DS: Mengeluh Lelah DO: Frekuensi jantungmeningkat >20%dari kondisi sehat Gejala dan Tanda Minor DS: a. Dispneasaat/setelahaktivitas b. Merasa tidaknyaman setelahberaktivitas c. Merasa lemah DO: a. Tekanan darahberubah >20%dari kondisiistirahat	Faktor yang mempengaruhi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Hipertensi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Pembuluh darah sistemik ↓ Vasokonstriksi ↓ Afterload meningkat ↓ Fatigue ↓	Intoleransi aktivitas

Data	Penyebab	Masalah
b. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/ setelah beraktivitas c. Gambaran EKG menunjukkan iskemia d. Sianosis	Intoleransi aktivitas	
Gejala dan tanda Mayor DS: a. Mengeluh sulit tidur b. Mengeluh sering terjaga c. Mengeluh tidak puas tidur d. Mengeluh pola tidur berubah e. Mengeluh istirahat tidak cukup DO: - Gejala dan Tanda Minor DS: a. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun	Faktor yang mempengaruhi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Hipertensi ↓ Mengeluh sulit tidur ↓ Terbangun pada malam hari ↓ Tidak bisa tidur lagi ↓ Gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur
Gejala dan Tanda Mayor DS: a. Menanyakan masalah yang dihadapi DO: a. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran b. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Gejala dan Tanda Minor DS: - DO: a. Menjalani pemeriksaan yang tidak sesuai b. Menunjukkan perilaku tidak tepat	Faktor yang mempengaruhi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Hipertensi ↓ Perubahan status Kesehatan ↓ Kurang terpapar informasi ↓ Defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan
Gejala dan tanda Mayor	Faktor yang mempengaruhi ↓	hipervolemia

Data	Penyebab	Masalah
Ds: a. Ortopnea b. Dispnea c. Parosysmal nocturnal dyspnea (PND) DO: a. Edema anasarca dan/atau edema perifer b. Berat badan meningkat dalam waktu singkat c. Jugular venous pressure (JVP) dan/atau central venous Pressure (CVP) Meningkat d. Refleks hepato jugular positif Gejala dan tanda Minor DS: - DO: a. Ditensi vena jugularis b. Terdengar suara nafas tambahan c. Hepatomegali d. Kadar Hb/Ht turun e. Oliguria f. Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif) g. Kongesti paru	Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Hipertensi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Ginjal ↓ Vasokonstriksi pembuluh darah ginjal ↓ Aliran darah menurun ↓ Respon RAA ↓ Edema ↓ Hipervolemia	
Gejala dan tanda Mayor DS: - DO: - Gejala dan tanda Minor DS: DO:	Faktor yang mempengaruhi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Hipertensi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Retina ↓ Spasme arteriola	Risiko jatuh

Data	Penyebab	Masalah
	↓ Diplopia ↓ Risiko jatuh	

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung actual maupun potensia. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2017)

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

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

4. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan mengacu pada tindakan yang dilakukan oleh perawat, berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis, untuk mencapai hasil yang diinginkan. Sebaliknya, tindakan keperawatan adalah tugas atau perilaku khusus yang dilakukan perawat untuk melaksanakan intervensi tersebut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Tabel 2. 7 SDKI, SIKI, SLKI

SDKI	SLKI	SIKI
D.0077: Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis	L.08066: Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Sikap protektif menurun 4) Gelisah menurun 5) Kesulitan tidur menurun 6) Frekuensi nadi membaik	I.08238: Manajemen nyeri Observasi: a. Identifikasilokasi,karakteristik, durasi,frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasinyerirespon verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik: a. Berikan teknik nonfarmakologis untukmengurangi rasa nyeri (mis.terapi pijat,kompes hangat/dingin) b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasanyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi: a. Jelaskan penyebab,periode, dan pemicunyeri b. Jelaskanstrategimeredakan nyeri c. Anjurkan memonitornyeri secara mandiri Kolaborasi: a. Kolaborasi pemberiananalgetik, jika perlu
D.0009: Perfusiperifer tidakefektif b.d peningkatan tekanan darah	L.02011: Perfusi Perifer Setelah dilakukan tindakankeperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: 1. Denyut nadi perifermeningkat 2. Penyembuhanlukameningkat	I.02060: PemantauanTanda Vital Observasi: a. Monitor tekanan darah b. Monitor nadi c. Monitor pernafasan d. Monitor suhu tubuh

SDKI	SLKI	SIKI
	3. Sensasi meningkat 4. Warna kulit pucatmenurun 5. Edema perifer menurun 6. Nyeri ekstremitas menurun 7. Parastesia menurun 8. Kelemahan otot menurun 9. Kram otot menurun 10. Bruit femoralis menurun 11. Nekrosis menuru 12. Pengisiankapilermembaik 13. Akral membaik 14. Tekanan darah sistolikmembaik 15. Tekanan darah diastolikmembaik 16. Tekanan arteri rata-ratamembaik 17. Indeks ankle-brachial membaik	e. Monitor oksimetri nadi f. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital Terapeutik: a. Atur interval pemantauan Sesuai kondisi pasien b. Dokumentasikan hasil Pemantauan Edukasi: a. Jelaskan tujuan dan prosedur Pemantauan b. Informasikan hasil pemantauan, c. jika perlu
D.0056: Intoleransiaktivitas b.d kelemahan	L.05047: ToleransiAktivitas Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Saturasi oksigen meningkat 3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 4. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 5. Keluhan lelah menurun 6. Dispnea saat aktivitas menurun 7. Dispnea setelah aktivitasmenurun 8. Perasaan lemah menurun 9. Warna kulit membaik 10. Tekanan darah membaik 11. Frekuensinapasmembaik	I.05178: Manajemen Energi Observasi: a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan b. Monitor kelelahan fisik dan Emosional c. Monitor pola dan jam tidur d. Monitor lokasi dan Ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik: a. Sediakan lingkungannyaman dan rendahstimulus (mis: cahaya,suara,kunjungan) b. Lakukan Latihan rentang gerak pasifdan/atau aktif c. Berikan aktivitas distraksi Yang menenangkan d. Fasilitasi duduk di sisitempat tidur,jika tidakdapat berpindah atau berjalan Edukasi: a. Anjurkan tirah baring b. Anjurkan melakukan Aktivitas secara bertahap c. Anjurkan menghubungi Perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang d. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

SDKI	SLKI	SIKI
D.0055: Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan	L.05045: Pola Tidur Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan polatidur membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidurmenurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 6. Kemampuan beraktivitas meningkat	1.05174: Dukungan Tidur Observasi: a. Identifikasi pola aktivitas dan Tidur b. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisikdan atau psikologis) c. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur d. Identifikasi obat tidur yang Dikonsumsi Terapeutik: a. Modifikasi lingkungan b. Batasi waktu tidursiang, jika perlu c. Fasilitasi menghilangkan Stress sebelum tidur d. Tetapkan jadwal tidur rutin e. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan f. Sesuaikan jadwal pemberian Obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga Edukasi: a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit b. Ajarkan menepati kebiasaan waktu tidur c. Anjurkan menghindari makanan/minuman mengganggu tidur d. Ajarkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM e. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur f. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.
D.0111: Defisitpengetahuan b.d kurang terpapar informasi	L.12111: Tingkat Pengetahuan Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan Tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteriahasil: 1. Perilaku sesuai anjuran Meningkat	Edukasi Kesehatan Observasi: a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Identifikasi faktor-faktor yang

SDKI	SLKI	SIKI
	2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya sesuai dengan topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 8. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun 9. Perilaku membaik	Dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi Terapeutik: a. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan b. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan c. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi: a. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat c. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
D.0022: hipervolemi b.d kelebihan asupan matrium	L.03020: Keseimbangan cairan Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Asupan cairan meningkat 2. Output urin meningkat 3. Membrane mukosa lembab meningkat 4. Edema menurun 5. Dehidrasi menurun 6. Tekanan darah membaik 7. Frekuensi nadi membaik 8. Kekuatan nadi membaik 9. Tekanan arteri rata-rata membaik 10. Mata cekung membaik 11. Turgor kulit membaik	I.03114: Manajemen Hipervolemia Observasi: a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia b. identifikasi penyebab hypervolemia c. monitor status hemodinamik d. monitor intake dan output cairan e. monitor tanda hemokonsentrasi f. monitor tanda peningkatan tekan onkotik plasma g. monitor kecepatan infus secara ketat h. monitor efek samping diuretic terapeutik a. timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama b. Batasi asupan cairan dan garam c. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat Edukasi a. Anjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam sehari b. Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari c. Anjurkan cara membatasi cairan Kolaborasi: a. Kolaborasi pemberian diuretic

SDKI	SLKI	SIKI
		b. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic c. Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT) jika perlu
D.0143: Risiko jatuh d.d gangguan penglihatan	L .14138: Tingkat JatuhSetelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan 1. Jatuh dari tempat tidur Menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuhsaat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun 5. Jatuh saat di pindahkan menurun 6. jatuh saat naik tangga menurun 7. jatuh saat di kamar mandi menurun 8. Jatuh saat membungkuk menurun	I.14540: Pencegahan Jatuh Observasi: a. Identifikasi faktor resiko jatuh b. Identifikasi faktor lingkungan Yang meningkatkan resiko jatuh. c. Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala. d. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi atau sebaliknya Terapeutik: a. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga. b. Gunakan alat bantu berjalan. Edukasi: a. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. b. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh. c. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri.

5. Implementasi Keperawatan

Pada prinsipnya implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan dengan intervensi yang telah direncanakan sebelumnya. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2017)

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, yang bertujuan untuk menilai apakah intervensi keperawatan telah berhasil atau diperlukan strategi alternatif. Evaluasi keperawatan berfungsi untuk mengetahui efektivitas tindakan keperawatan yang direncanakan dan dilaksanakan dalam memenuhi kebutuhan pasien ((Dinarti, & Muryanti, 2017.)

Untuk memudahkan perawat dalam mengevaluasi perkembangan pasien, maka digunakan format evaluasi menggunakan SOAP, SOAPIE, dan SOAPIER.

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

O : Objek adalah informasi yang di dapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran, yang dilakukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan.

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

P : Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan.

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

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

R : Reassessment adalah mencerminkan perubahan rencana asuhan dengan cepat, memperhatikan hasil evaluasi, serta implementasi yang telah dilakukan.

Hasil evaluasi digunakan untuk menentukan ada tidaknya perbaikan atau perubahan intervensi dan tindakan (Kemenkes, 2017).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Nama	: Ny. H
Umur	: 62 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pendidikan Terakhir	: SMP
Agama	: Islam
Status Perkawinan	: Kawin
Alamat	: Kp. Babakan lapang paris RT/RW 004/001 Tarogong Kidul Garut
Suku Bangsa	: Sunda
Tanggal Pengkajian	: 23 April 2025
Diagnosa Medis	: Hipertensi
Orang yang dapat dihubungi	: Tn. Y
Hubungan dengan lansia	: Suami

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri kepala bagian belakang

2) Riwayat Kesehatan Sekarang (PQRST)

Pada saat dikaji pada tanggal 23 April 2025 pukul 10.00 WIB, Klien mengeluh pusing dan nyeri pada kepala belakang, klien tampak meringis kesakitan, nyeri bertambah apabila klien beraktivitas berat dan nyeri berkurang Ketika meminum obat lalu beristirahat/ berbaring tidur, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk pada daerah kepala menjalar ke bagian belakang dengan skala nyeri 6 dari (0-10), nyeri dirasakan hilang timbul pada malam hari dengan durasi tidak menentu.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut penuturan klien, sejak kurang lebih 10 tahun yang lalu klien hanya mengalami penyakit tekanan darah tinggi saja, dengan mengkonsumsi obat antihipertensi selama kurang lebih 5 tahun yang didapatkan dari Puskesmas, klien tidak mengalami penyakit menular seperti TBC,HIV/AIDS,Hepatitis dan lainnya.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran : Compos mentis (E4 V5 M6)

Keadaan : Tampak Lemas

Tanda-tanda vital : Tekanan darah 170/110

Nadi 83x/menit

Suhu 37 °C

Respirasi 20x/menit

2) Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

a) Kepala

Bentuk kepala bulat, rambut hitam, penyebaran merata, rambut tampak beruban, kulit kepala bersih, tidak ada benjolan dan nyeri tekan.

b) Mata

Kedua mata tampak simetris, sklera berwarna putih, konjungtiva tidak anemis, mata tampak bersih, tampak kantung mata hitam.

c) Hidung

Tampak bersih, tidak ada secret, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada nyeri tekan dan fungsi penciuman baik.

d) Telinga

Letak telinga simetris, tidak ada serumen, tidak ada nyeri tekan ataupun benjolan, fungsi pendengaran baik dibuktikan dengan pasien dapat menjawab pertanyaan.

e) Mulut dan gigi

Mukosa bibir lembab, gigi tampak bersih, reflek menelan baik.

f) Leher

Keadaan tampak bersih, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis.

g) Dada

(1) Paru-paru

Bunyi nafas vesikuler, bunyi paru sonor, frekuensi nafas 20x/ menit.

(2) Jantung

Irama jantung regular terdengar bunyi S1 S2 lup dup, tekanan darah 170/110 mmHg, nadi 83x/ menit.

h) Abdomen

Bentuk perut cembung, tidak ada lesi, bising usus 12x/ menit, tidak ada nyeri tekan.

i) Ekstremitas

1) Atas

Bisa digerakan, kekuatan otot 5, tidak ada nyeri tekan, refleks bisep (+) trisep (+).

2) Bawah

Bisa digerakan, kekuatan otot 5, tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema. Hormon sign negatif.

j) Kulit

Warna kulit pucat, tampak bersih, turgor kulit kembali < 2 detik, kuku tampak bersih, CRT Kembali > 3 detik.

d. Aspek Psikososial dan spiritual

1) Pola Pemeriksaan Kesehatan

klien rutin memeriksa kesehatannya ke puskesmas terdekat, tetapi klien belum mengetahui secara lebih lanjut mengenai cara pencegahan pada penyakit yang di deritanya.

2) Pola peran hubungan

Klien mengatakan memiliki hubungan yang sangat baik di dalam keluarga, klien juga selalu mengikuti kegiatan msyarakat.

3) Pola Pertahanan diri dan koping

Klien mengatakan selalu berbincang dan meminta masukan pendapat dari anak maupun suaminya

e. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3. 1 Pola Aktivitas

No.	Pola Kegiatan	Saat Sehat	Saat Sakit
1.	Nutrisi+Cairan a. Nutrisi 1) Jenis makanan 2) Frekuensi 3) Nafsu makan 4) Keluhan b. Cairan 1) Frekuensi 2) Jenis makanan 3) Keluhan	Nasi,laukpauk (sayur sop,ayam,ikan asin) 3x/hari 1 porsi Tidak menurun Tidak ada 5-6x hari Air putih, teh Tidak ada	Nasi, lauk pauk (sayur sop ayam) 3x/hari 1 porsi Tidak menurun Tidak ada 5-6x/hari Air putih Tidak ada
2.	Eliminasi a. BAK 1) Frekuensi 2) Warna 3) Keluhan	4-5x /hari Kuning jernih Tidak ada	4-5x/hari Kuning jernih Tidak ada

No.	Pola Kegiatan	Saat Sehat	Saat Sakit
	b. BAB 1) Frekuensi 2) Warna 3) Konsistensi 4) Keluhan	1-2x/hari Kuning Khas feses Semi padat Tidak ada	1-2x/hari Kuning khas feses Semi padat Tidak ada
3.	Personal hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Gunting kuku	2x/hari 2x/hari 2x/minggu 1x/minggu	2x/hari 2x/hari 2x/minggu 1x/minggu
4.	Istirahat tidur a. Tidur siang 1) Lama tidur 2) Kualitas 3) Keluhan b. Tidur malam 1) Lamanya tidur 2) Kualitas 3) Keluhan	1-2 jam /hari Nyenyak Tidak ada 6-7 jam /hari Nyenyak Tidak ada	1 jam/ hari Tidak nyenyak Sulit tidur 3-4 jam /hari Kurang nyenyak Sulit tidur
5.	Aktifitas a. Latihan / olahraga b. Frekuensi c. Keluhan	Senam lansia di alun- alun kota Setiap pagi Tidak ada	Jalan kaki Setiap pagi Tidak ada
6.	Rekreasi	Wisata ke Pantai Bersama keluarga	Menonton tv dirumah Bersama keluarga, bermain ke taman.

e. Pengkajian Khusus lansia

1) Pengkajian fungsional

a) KATZ Indeks

Tabel 3. 2 Penilaian KATZ Indeks

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

Interpretasi :

Ny. H termasuk dalam Katz Indeks A karena Ny. H mampu melakukan aktivitas seperti makan, kontinensia (BAB/BAK), berpindah, pergi ke toilet, berpakaian dan mandi secara mandiri.

b) Modifikasi dan Barthel Indeks

Tabel 3. 3 Penilaian Modifikasi Bhartel Indeks

No	Kriteria	Skor	Keterangan
1	Makan	10	Frekuensi : 3x/hari Jumlah : 1 porsi Jenis : nasi,sayur,lauk pauk Dilakukan Mandiri
2	Minum	10	Frekuensi : 5-6x/ hari Jumlah : 1 gelas habis Jenis : air putih
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya	15	Dilakukan Mandiri
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	5	Frekuensi : 1-2x/hari
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	10	Dilakukan mandiri
6	Mandi	15	Frekuensi : 2x/hari
7	Jalan dipermukaan datar	5	Dilakukan mandiri
8	Naik turun tangga	10	Dilakukan mandiri
9	Menggunakan pakaian	15	Dilakukan mandiri
10	Kontrol BAB	5	Frekuensi : 1-2x/hari
11	Kontrol BAK	10	Frekuensi : 4-5x/hari Warna : Kuning jernih
12	Olahraga/Latihan	10	Jalan Santai di pagi hari
13	Rekreasi pemanfaatan waktu luang	10	Bermain Bersama anak cucu di taman daerah
Total Skor		130	

Interpretasi :

Ny. H mendapatkan skor 130 dalam artian Ny. H Mandiri.

2) Pengkajian Emosional

Pertanyaan tahap 1 :

- 1) Apakah pasien sukar tidur? Ya
- 2) Apakah pasien sering gelisah ? Ya
- 3) Apakah pasien sering murung atau menangis sendiri? Tidak

4) Apakah pasien sering was-was/khawatir? Tidak

Lanjutkan jika jawaban “Ya” > 1

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

2) Adakah keluhan > 1 kali dalam 1 bulan terakhir? Ada

3) Adakah masalah atau banyak pikiran? Tidak

4) Adakah gangguan dengan anggota keluarga? Tidak

5) Adakah klien menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter? Tidak

6) Apakah klien cenderung mengurung diri? Tidak

Interpretasi Hasil :

Gangguan Emosional Ny. H positif (+)

3) Pengkajian Status mental

a) *Short Portable Status Questioner (SPMSQ)*

Tabel 3. 4 Penilaian SPMSQ

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN	Jawaban
Benar		01	Tanggal berapa hari ini ?	23 april 2025
Benar		02	Hari apa sekarang ?	Rabu
Benar		03	Apa nama tempat ini?	Rumah
Benar		04	Dimana Alamat anda?	Babakan lapang paris
Benar		05	Berapa umur anda ?	62 tahun
Benar		06	Kapan anda lahir?	15 januari 1963
Benar		07	Siapa presiden Indonesia sekarang ?	Prabowo
Benar		08	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?	Jokowi
Benar		09	Siapa nama ibu anda ?	Alis
	Salah	10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap sampai 3 kali pengurangan ?	Kurang tepat
SKOR 1				

Interpretasi Hasil :

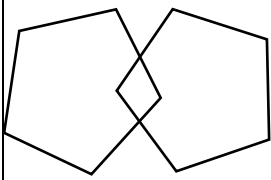
Ny. H mendapat skor 1 dengan artian Ny. H memiliki fungsi intelektual utuh.

b) Mini Mental Status Exam (MMSE)

Tabel 3. 5 Penilaian MMSE

No.	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai klien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : a. tahun : 2025 b. musim : Hujan c. tanggal : 23 d. hari : Rabu e. bulan : April
	Orientasi	5	5	Dimana kita berada : a. Negara : Indonesia b. Provinsi : Jawa Barat c. Kota : Garut d. Desa : Tarogong Kidul
2	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek kemudian ditanyakan kepada klien : a. Kursi b. Meja c. Kertas
3	Perhatian dan kalkulasi	5	5	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali / Tingkat a. 93 b. 86 c. 79

				d. 72 e. 65
4	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga objek pada no.2 (registrasi) tadi bila benar 1 point untuk masing-masing objek a. Kursi b. Meja c. Kertas
5	Bahasa	2	2	Memberi nama Tunjukan pada klien suatu benda dan tanyakan Namanya pada klien a. kertas b. papan nama c. jam dinding
		1	1	Pengulangan Minta klien untuk mengulang kata berikut “tak ada jika, dan, atau, tetapi” bila benar, nilai satu point
		3	3	Perintah 3 tahap Ucapkan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembar kertas kosong, minta untuk melipatnya menjadi 2 kemudian minta untuk menaruhnya di lantai. a. ambil kertas ditangan b. lipat dua

		1	1	c. taruh di lantai
		1	1	Membaca (reading) Dalam selembar kertas kosong tulis kalimat “pejamkan mata “ Minta lansia membacanya dan melakukan apa yang tertulis a. pejamkan mata Menulis (writing) Berikan selembar kertas kosong dan minta lansia menulis sebuah kalimat. a. aku menyiram tanaman Menyalin (copying) Berikan selembar kertas kosong, minta lansia menyalin gambar seperti dibawah ini, jika benar beri nilai 1 point : 
Nilai total		25		

Interpretasi Hasil :

Ny. H mendapatkan skor total 25 dengan artian Ny. H tidak ada gangguan kognitif/normal.

f. Terapi medis

Amlodipine 10 mg

g. Analisa Data

Tabel 3. 6 Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: Klien mengatakan pusing dan nyeri kepala bagian belakang dan menjalar ke tengkuk DO: 1) Klien tampak meringis 2) Klien tampak memegang kepala 3) Skala nyeri 6 (0-10) 4) TTV TD 170/110 mmHg N: 83x/menit R : 20x/menit S : 37 C	Faktor yang mempengaruhi Kerusakan vaskuler pembuluh darah Perubahan struktur Penyumbatan pembuluh darah	Nyeri Akut
2.	DS: 1) Klien mengatakan sulit tidur 2) Klien mengatakan tidur tidak cukup 3) Klien mengatakan gelisah pada saat ingin tidur DO: 1) klien tampak lemas 2) Frekuensi tidur malam 3-4 jam 3) Terdapat kantung mata	Hipertensi ↓ Kerusakan vaskular pembuluh darah ↓ Perubahan structural ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi Otak ↓ Resistensi pembuluh darah otak ↓ Gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur

3.	DS : a. Klien merasa bingung b. Klien merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi c. klien mengatakan sering gelisah DO : a. Klien Tampak tegang b. Klien Tampak gelisah	Hipertensi ↓ Perubahan status Kesehatan ↓ Ansietas	Ansietas

2. Diagnosa Keperawatan

1) Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan peningkatan

tekanan darah ditandai dengan

DS: klien mengeluh sakit kepala bagian belakang sampai tengkuk

DO:

a. Pemeriksaan TTV

TD 170/110 mmHg

Suhu 37 °C

Nadi 83x/menit

Respirasi 20x/menit

b. Warna kulit pucat

c. Akral terasa dingin

2) Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan kurang kontrol

tidur

DS:

- a. Klien mengatakan sulit tidur
- b. Klien mengatakan tidur tidak cukup
- c. Klien mengatakan gelisah pada saat ingin tidur

DO:

- a. Klien tampak lemas
- b. Frekuensi tidur malam 3-4 jam
- c. Tampak kantung mata

3) Ansietas (D.0080) berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan :

DS:

- a. Klien merasa bingung
- b. Klien merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi
- c. Klien mengatakan sering gelisah

DO:

- a. Klien Tampak tegang
- b. Klien Tampak gelisah

3. Proses Keperawatan

Nama : Ny. H
Umur : 62 tahun

Jenis kelamin : Perempuan
Diagnosa medis : Hipertensi

Tabel 3. 7 Proses Keperawatan

No .	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1.	D.0077: Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia) ditandai dengan: Ds: - klien mengatakan nyeri kepala Do: klien tampak meringis klien	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 4 x 3 jam masalah nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Tekanan darah membaik Meringis menurun	SIKI (I.08238) Manajemen nyeri Observasi: 1. Identifikasi Lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi Faktor Yang Memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1. Berikan terapi non	Observasi: 1. Mengetahui Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas dari klien 2. Mengetahui tangka nyeri yang dirasakan klien 3. Mengetahui hal-hal yang dapat	23/04-2025 14.00 WIB 1) Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna kulit, suhu) Hasil: Nadi 83x/menit Warna kulit pucat 2)	23/04-2025 16.00 WIB S: Pasien masih merasa sakit kepala O: TTV TD 170/110 mmHg N

tampak memegang kepala Skala Nyeri 4 (1-10) TTV TD: 190/110 mmhg		Farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: akupuntur, terapi music hipnotis, biofeedback, Teknik imajinasi terbimbing kompres hangat/dingin) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi: 1. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 2. Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi: 1. Kolaborasi	memperberat ataupun memperingan nyeri yang dirasakan klien Terapeutik: 1. Mengurangi Tingkat nyeri klien/mengalihkan klien dari rasa nyerinya 2. Mengurangi risiko faktor yang dapat mempengaruhi klien Edukasi: 1. Klien dapat mengetahui sendiri karakteristik, penyebab, Lokasi saat nyeri muncul 2. Memudahkan klien untuk	Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (diabetes, perokok, faktor usia, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) Hasil: Klien memiliki Riwayat hipertensi sejak 10 tahun lalu sampai sekarang TD 170/110 mmHg 14. 15WIB 3) Menganjurkan berolahraga rutin	83x/menit S 37 °C RR 20x/menit Warna kulit pucat A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi SILMI
---	--	--	---	---	--

			pemberian analgetic, jika perlu	mengontrol nyeri dengan cara sederhana tanpa menggunakan obat-obatan Kolaborasi: Mengurangi/menghilangkan rasa nyeri yang dirasakan klien, pemberian analgetic sesuai.	Hasil: Klien mendengarkan anjuran 4) Mengajarkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur Hasil: Klien rutin meminum obat pengontrol tekanan darah 5) Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh, garam) Hasil: Klien mau untuk diajarkan cara	
--	--	--	--	--	---	--

					diet	
2.	D.0055: Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan	L.05045: pola tidur Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 4 x 3jam di harapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun Keluhan istirahat tidak cukup menurun	I.05174: Dukungan tidur Observasi: a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur. b. Identifikasi factor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis) c. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur. Terapeutik: a. Modifikasi lingkungan. b. Batasi waktu tidur siang, Jika perlu. c. Tetapkan jadwal tidur rutin. Edukasi: a. Jelaskan pentingnya tidur cukup	Obsevasi: a. Untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur. b. Untuk mengetahui faktor pengganggu tidur. c. Untuk mengetahui makanan dan minuman yang mengganggu tidur. Terapeutik: a. Agar klien nyaman b. Agar frekuensi tidur malam lebih lama c. Agar klien	23/04-2025 15.00 WIB 1) Mengidentifikas i pola aktivitas tidur Hasil : Klien mengatakan sulit tidur, frekuensi tidur malam 3-4 jam 2) Mengidentifikas i faktor pengganggu tidur Hasil : Klien mengatakan susah tidur karena sakit kepala dan merasa gelisah	23/04- 2025 16.10 WIB S: Pasien mengatak an tidur sering terganggu karena sakit kepala O: Tampak kantung mata berwarna hitam dan pasien tampak lemas A: Masalah

			selama sakit. b. Ajarkan menepati kebiasaan waktu tidur. Anjurkan menghindari makanan/ minuman yang mengganggu tidur.	mempunyai jadwal tidur rutin Edukasi: a. Untuk mengetahui pentingnya tidur cukup saat sakit b. Agar tidur tepat waktu c. Agar tidak mengganggu tidur	3) Memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur Hasil : klien dapat merasa lebih rileks dan tenang sebelum tidur 15.15 WIB 4) Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit Hasil: Klien memahami tentang pentingnya tidur cukup 5) Mengajarkan relaksasi atau	belum teratasi P: Lanjutkan intervensi SILMI
--	--	--	--	--	---	---

					cara nonfarmakologis lainnya Hasil: Klien mampu diajarkan Teknik relaksasi nafas dalam	
3.	SDKI D.0080 Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan Tindakan kepraatan selama 3x 30 menit maka diharapkan Tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: 1) Perilaku gelisah menurun 2) Perilaku	Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi: 1) Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik: 2) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	1) Untuk memahami Tingkat kecemasan dan mengidentifikasi gejala ansietas 2) Meningkatkan kepercayaan pasien	23/04-2025 15.30 WIB 1) Memonitor tanda-tanda ansietas Hasil : Klien tampak tegang dan khawatir dengan kondisinya 2) Menciptakan	23/04-2025 16.30 WIB S: Pasien mengatakan masih merasa khawatir akan kondisinya O: Pasien

		gelisah menurun 3) Pola tidur membaik 4) Verbalisasi kebingungan menurun 5) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun	3) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Edukasi: 4) Informasikan secara factual mengenai diagnosis 5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi	3) Untuk memahami faktor pemicu kecemasan pasien 4) Meningkatkan pemahaman pasien tentang kondisi mereka 5) Membantu pasien memproses emosi dan mengembangkan strategi koping yang efektif 6) Membantu pasien	suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan Hasil: Klien merasa nyaman dan percaya 3) Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Hasil: Klien mampu mengidentifikasi pemicu kecemasan 4) Menginformasi kan secara factual mengenai diagnosis	tampak khawatir dan tegang TTV : TD 170/100 mmHg N 83x/menit RR 20x/menit S 37 °C A:Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi SILMI
--	--	--	---	---	---	---

			6) Latih Teknik relaksasi	meningkatkan relaks dan mengurangi ketegangan	Hasil : Klien memahami mengenai kondisi yang dideritanya 5) Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi Hasil: Klien bersedia mengungkapkan perasaannya 6) Melatih Teknik relaksasi Hasil : Klien mampu melakukan Teknik relaksasi	
--	--	--	---------------------------	---	--	--

4. Catatan Perkembangan

Nama : Ny. H
Umur : 62 tahun

Jenis Kelamin : Perempuan
Diagnosa Medis : Hipertensi

Tabel 3. 8 Catatan Perkembangan Hari ke – 1

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Catatan perkembangan	Paraf
I	24/04/2025 08.30 WIB	S: Pasien mengatakan saat ini tidak begitu merasa sakit kepala, hanya saja sakit kepala bagian belakang masih kadang terasa apalagi saat beraktivitas. O: 1) Warna kulit masih pucat 2) Hasil TTV TD : 160/100 mmHg N: 90x/menit RR : 20x/menit	SILMI

		S : 36 °C A : Perfusi perifer tidak efektif P : Lanjutkan intervensi 09.15 WIB I : Menganjurkan mengkonsumsi obat penurun tekanan darah secara teratur - Monitor tekanan darah - Monitor nadi - Monitor pernafasan - Monitor suhu tubuh E : Masalah belum teratasi	
II	24/04/2025	S : Pasien mengatakan tidur belum cukup O : 1) Tampak kantung mata warna hitam 2) Pasien tampak lemas A : Gangguan pola tidur P : Lanjutkan Intervensi 09.30 WIB	SILMI

		I : 1) Menganjurkan pada pasien untuk tidak memikirkan hal-hal lain sebelum tidur agar klien rileks dan bisa tidur, Hasil: Pasien mengatakan akan mencoba untuk rileks dan mengosongkan pikiran sebelum tidur. 2) Menjelaskan pentingnya tidur cukup, Hasil ; Pasien paham terhadap penjelasan E : Masalah belum teratasi	
III	24/04/2025	S : Pasien mengatakan rasa khawatir dan gelisah mulai berkurang O: Pasien masih bertanya tentang kondisinya A : Ansietas P : Lanjutkan intervensi 1) Latih Teknik non farmakologis (Terapi SEFT) 09.40 WIB I : 1) Melatih cara melakukan terapi SEFT Hasil: Pasien dapat mengikuti E : Masalah teratasi Sebagian	SILMI

Tabel 3. 9 Catatan Perkembangan Hari ke – 2

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Catatan Perkembangan	Paraf
I	25/04/2025 09.15 WIB	S : Pasien mengatakan sakit kepala mulai berkurang O : Hasi TTV TD : 150/90 mmHg N: 90x/menit RR: 20x/menit S: 37 °C A : Masalah teratasi Sebagian P : Lanjutkan intervensi 10.00 WIB I ; 1) Menganjurkan olahraga rutin Hasil: Klien mengatakan mau berolahraga rutin e. Monitor tekanan darah f. Monitor nadi g. Monitor pernafasan h. Monitor suhu tubuh E : Masalah teratasi Sebagian	SILMI

II	25/04/2025 09.30 WIB	S : Pasien mengatakan frekuensi tidur membaik O : 1) Tampak kantung mata warna hitam A : Gangguan pola tidur P : Lanjutkan intervensi 1) Motivasi pasien agar tidur tepat waktu 10.15 WIB I : 1) Memotivasi pada pasien agar tidur tepat waktu Hasil: pasien mengerti dan paham terhadap penjelasan. E : Masalah teratasi Sebagian	SILMI
III	25/04/2025 10.00 WIB	S : Pasien mengatakan sudah tidak merasa khawatir O : Pasien tampak rileks A : -	SILMI

		P : Hentikan intervensi I : - E: Masalah teratasi	
--	--	---	--

Tabel 3. 10 Catatan Perkembangan Hari ke-3

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Catatan Perkembangan	Paraf
I	26 April 2025 10.00 WIB	S : Klien mengatakan sakit kepala berkurang O : 1) TD 140/90 mmHg N : 90 x/menit S : 37 °C RR : 20 x/menit 2) Warna kulit membaik A: Perfusi perifer tidak efektif P : Lanjutkan intervensi, lakukan pemeriksaan rutin di fasilitas kesehatan I: i. Monitor tekanan darah	SILMI

		j. Monitor nadi k. Monitor pernafasan l. Monitor suhu tubuh E : Masalah teratasi Sebagian	
II	26 April 2025 10.15 WIB	S: Klien mengatakan Tidur cukup nyenyak O : 1) Kualits tidur membaik 2) Frekuensi tidur malam membaik 6-7 jam A: Gangguan pola tidur P : Lanjutkan intervensi I : Menganjurkan klien untuk tidur tepat waktu E : Masalah teratasi	SILMI

B. Pembahasan

Pada bagian pembahasan ini, penulis ingin membandingkan kajian teori dengan studi kasus yang telah dilakukan selama lima hari dalam memberikan Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. H dengan Hipertensi pada Katz Indeks A di kampung Babakan lapang paris wilayah kerja UPT Puskesmas Pembangunan Garut, dalam perbandingan ini akan di Analisa kerangka teori beserta kajian kasus, dan mengidentifikasi setiap perbedaan yang ada di antara keduanya. Oleh karena itu, akan dibahas beberapa aspek penting, meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan asuhan keperawatan, implementasi asuhan keperawatan, dan evaluasi.

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

1. Tahap Pengkajian

Pada tahap pengkajian, penulis melakukan anamnesis langsung dengan pasien, mengumpulkan informasi tentang identitas pasien, keluhan saat ini, riwayat penyakit sebelumnya, Riwayat Kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik pada pasien, serta aktivitas sehari-hari pada pasien.

Menurut (Nurarif & Kusuma 2015), sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi sakit kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

Beberapa gejala pada pasien yang menderita hipertensi :

- a. Mengeluh sakit kepala, pusing
- b. Lemas, kelelahan
- c. Sesak nafas
- d. Gelisah
- e. Mual, muntah
- f. Epistaksis
- g. Kesadaran
- h. Gangguan pola tidur

Pada hasil pengkajian yang ditemukan pada Ny. H muncul tanda gejala yang di dapatkan :

Keluhan yang dirasakan Ny. H pada saat pengkajian memiliki kesamaan yaitu sakit kepala, sesuai dengan teori (Nurarif& Kusuma, 2015) bahwa pada pasien hipertensi keluhan yang dapat muncul yaitu sakit kepala, lemas, kelelahan, sesak nafas, mual, muntah, epistaksis, penurunan kesadaran dan gangguan pola tidur. Keluhan pada Ny. H sebagai berikut :

- 1) Sakit kepala berawal dari proses penuaan yang menyebabkan terjadinya perubahan pada elastisitas dinding aorta terjadi penurunan, katup jantung menebal dan menjadi kaku menyebabkan hipertensi/ tekanan darah tinggi. Dari hipertensi yang disebabkan karena penyumbatan pada pembuluh darah

dan mengakibatkan vasokonstriksi atau penyempitan pembuluh darah. Vasokonstriksi tersebut mengakibatkan gangguan sirkulasi di otak sehingga resistensi pembuluh darah otak meningkat dan terjadilah sakit kepala (Triyanto,2015).

- 2) Gangguan pola tidur pada lansia disebabkan banyak faktor, masalah yang muncul apabila pola tidur pada lansia hipertensi tidak terpenuhi yaitu sakit kepala, distress fisik, kelelahan, stress dan emosional (Hidayat, 2015).
- 3) Ansietas disebabkan karena kurangnya terpapar informasi yang didapatkan klien.

Pada tahap pengkajian, klien dapat kooperatif dan mampu mengungkapkan masalah Kesehatan yang dihadapi Ny. H.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Dalam tinjauan teori Diagnosa Keperawatan yang muncul pada penderita Hipertensi menurut (Tim pokja SDKI, DPP PPNI, 2017) sebagai berikut :

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

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur
- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- d. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

- f. Hipervolemi Berhubungan dengan kelebihan asupan natrium
- g. Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan

Setelah dilakukan pengkajian Ny. H berdasarkan Analisa data yang penulis peroleh terdapat beberapa masalah keperawatan diantaranya :

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

Diagnosa keperawatan tersebut muncul berhubungan dengan adanya rasa nyeri pada kepala bagian belakang Ny. H, adanya gangguan pola tidur, serta kurangnya pemahaman tentang penyakit hipertensi yang sedang diderita Ny. H.

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

3. Tahap perencanaan

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

Adapun intervensi yang diberikan untuk masalah keperawatan pada Ny.

H yakni :

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah maka diberikan intervensi menggunakan perawatan sirkulasi, monitor tekanan darah, monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama), monitor pernapasan (frekuensi kedalaman), monitor suhu tubuh, monitor oksimetri nadi, identifikasi penyebab perubahan tanda vital, dokumentasikan hasil pemeriksaan, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan, jika perlu.
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor yang mengganggu tidur, Memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur , Batasi waktu tidur siang, jika perlu anjurkan klien untuk meningkatkan kenyamanan, jelaskan pada klien pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan klien untuk menepati kebiasaan tidur.
- c. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi, maka pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, latih teknik relaksasi.

4. Tahap Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status Kesehatan yang dihadapi status Kesehatan yang baik dan 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 (Dinarti & Muryanti, 2017).

Adapun implementasi keperawatan yang dilakukan terhadap masalah keperawatan Ny. H yakni :

- a. Perfusi perifer tidak efektif, berhubungan dengan peningkatan tekanan darah pada Ny. H Tindakan yang dilakukan dengan memonitor tekanan darah, memonitor pernafasan, memonitor suhu tubuh, memonitor oksimetri, mengidentifikasi penyebab perubahan tanda vital, mendokumentasikan hasil pemantauan, menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, menginformasikan hasil pemantauan, menganjurkan klien minum obat penurun tekanan darah tinggi secara rutin.
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur Tindakan yang dilakukan mulai dari mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, Mengajarkan relaksasi atau cara nonfarmakologis, menjelaskan pentingnya tidur yang cukup, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.
- c. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi tindakan yang dilakukan dengan memahami situasi ansietas, mendengarkan dengan penuh perhatian, Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan , menginformasikan secara factual mengenai diagnosis , melatih teknik relaksasi.

5. Tahap Evaluasi

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

Hasil evaluasi yang dihasilkan setelah dilakukan implementasi yaitu:

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah dapat teratasi Sebagian setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 4 hari. Hal ini karena klien dapat melakukan yang sudah dianjurkan seperti olahraga secara teratur, minum obat antihipertensi secara teratur.
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dapat teratasi hal ini bisa terjadi karena sakit pada kepala klien berkurang, klien juga melakukan sesuai anjuran penulis untuk memodifikasi lingkungan terutama pencahayaan pada saat akan tidur, konsisten dalam jadwal jam tidur.
- c. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi dapat teratasi hal ini terjadi karena klien dapat memahami terjadinya ansietas dan melakukan anjuran yang telah diberikan seperti teknik relaksasi.

6. Tahap Dokumentasi

Dokumentasi adalah suatu proses informasi, penerimaan, dan evaluasi yang dilaksanakan oleh seorang perawat professional. Hal-hal pokok dalam prinsip dokumentasi, yaitu dokumentasi dilakukan segera setelah setiap

Langkah keperawatan, catat setiap respon pasien/keluarganya, pastikan kebenaran setiap data yang dicatat, data pasien harus objektif, dokumentasikan dengan baik bila ada perubahan kondisi, muncul masalah baru, harus dihindari dokumentasi yang baku, hindari penggunaan istilah penulisan yang tidak jelas, data ditulis secara syah dengan menggunakan tinta, tidak dibenarkan merubah dokumentasi untuk merubah kesalahan, cantumkan waktu, tanda tangan dan nama jelas perawat untuk setiap kegiatan dokumentasi, wajib membaca setiap tulisan dari anggota team Kesehatan yang lain sebelum menulis data terakhir dan dokumentasi harus dibuat dengan tepat, jelas, dan lengkap (Nursalam, 2016).

Pada saat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan gerontik ini penulis mendapatkan beberapa kesulitan, namun dengan adanya teori dan berbagai sumber serta bimbingan dari dosen pembimbing, CI Puskesmas, serta perawat senior yang ada di puskesmas Pembangunan penulis mampu untuk mendokumentasikan asuhan keperawatan gerontik ini dari tahap pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

1. Tahap Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada klien Ny. H secara komprehensif terhadap aspek-aspek kesehatan yang terdapat pada lansia, pengkajian dilakukan pada tanggal 23 April 2025. Hasil pengkajian menunjukkan adanya tanda dan gejala hipertensi yaitu sakit kepala bagian belakang dan tengkuk, adanya gangguan pola tidur serta gelisah. Hal itu terjadi karena akibat dari tekanan darah meningkat.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Berikut diagnosa keperawatan yang ditemukan oleh penulis sesuai standar

Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) :

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
- c. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

3. Tahap Perencanaan Keperawatan

Setelah menentukan diagnosa keperawatan penulis membuat perencanaan keperawatan yang dibuat berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diantaranya : Manajemen nyeri, Dukungan tidur, dan Edukasi kesehatan pada Ny. H.

4. Tahap Implementasi Keperawatan

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

5. Tahap Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada Ny. H tanggal 23 sampai 28 April 2025 dibuat dalam bentuk SOAP. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis menunjukkan bahwa masalah yang di alami klien teratasi sebagian untuk diagnosa ke-1, teratasi untuk diagnosa ke-2 dan ke 3 sesuai dengan rencana yang telah dibuat.

6. Tahap Dokumentasi

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

B. Rekomendasi

1. Institusi Pendidikan

Untuk membantu menurunkan angka kesakitan pada lansia, khususnya penderita hipertensi, dapat dilakukan program atau kegiatan rutin seperti pemeriksaan kesehatan rutin dan berbagai bentuk penyuluhan kesehatan yang

melibatkan mahasiswa untuk meningkatkan pemahaman lansia tentang hidup sehat.

2. Bagi Puskesmas Pembangunan

Petugas kesehatan dapat meningkatkan perannya di masyarakat dalam memberikan informasi kesehatan melalui kampanye cek kesehatan gratis secara berkala khususnya mengenai hipertensi umunya penyakit lain yang sering terjadi di masyarakat. Sehingga masyarakat dapat memahami secara jelas tentang penyakit yang di derita dan cara pengobatan yang harus dilakukan oleh masyarakat secara mandiri.

3. Bagi Lansia

Lansia perlu lebih memahami tentang hipertensi, dengan meningkatkan kesadaran terhadap penerapan gaya hidup sehat, kepatuhan terhadap pengobatan, dukungan keluarga, pemantauan tekanan darah secara teratur dengan membentuk kelompok lansia sadar hipertensi sebagai wadah berbagi pengalaman, motivasi, dan edukasi bersama secara berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alpin, H. (2016).). *Hubungan Fungsi Gerak Sendi Dengan Tingkat Kemandirian Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 4(1), 43–49.
<https://doi.org/10.35816/jiskh.v4i1.84>.
- Annisa, D. F., & Ildil, I. (2016). *Konsep Kecemasan (Anxiety) pada Lanjut Usia (Lansia)*. *Konselor*, 5(2), 93.
- Aspiani, R. Y. (2015.). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik jilid 2*. Jakarta : Trans Info Media.
- BPS. (2022). “ *jumlah Penduduk lansia, 2020*”. <https://lokadata.id/data/jumlah-penduduk-lansia-2020-1612497666>, diakses pada 09 juni 2022 pukul 08.00 WIB.
- Clinic., M. (2018). *Hypertension, Medical Education and Research*.
- Daryaman, U. (2021). *Pengaruh Kegel Exercise Terhadap Inkontinensia Urine Pada Lansia*. *Jurnal Sehat Masada*, 1 - 6.
- Dinarti, & Muryanti, Y. (. (2017). *Bahan Ajar Keperawatan: Dokumentasi Keperawatan*.
- kemendes. (2019). *pengertian lansia*.
- Kurniawan, I., & S. (2019). *Hubungan Olahraga, Stress dan Pola Makan dengan Tingkat Hipertensi di Posyandu Lansia di Kelurahan Sudirejo I Kecamatan Medan Kota*, 1-8.
- Kusuma, N. &. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA Nic-Noc*. Yogyakarta.
- Kuswati, A., Sumedi, T., & Hartati. (2020). *Pengaruh Reminiscence Therapy Terhadap Fungsi Kognitif Pada Lansia*. *Jurnal Keperawatan Mersi*, VIII, 23–30.
- Mustika. (2019). *Buku Pedoman Model Bec*.
- PPNI., T. P. S. D. (2017a). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1*, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- PPNI., T. P. S. D. (2017b). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1*, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1*, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Prabasari, N. A., Juwita, L., & Maryuti, I. A. (2017). *Jurnal Ners LENTERA*, Vol.

5, No. 1, Maret 2017 *Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Lansia di Rumah (STUDI FENOMENOLOGI)*. *Jurnal Ners Lentera*, 5(1), 56–68.

Wartanah, T. &. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta. Salemba Medika.

Yuliant, E. P., & Aminah, S. (2022). *universitaspahlawan.ac.id. Pengaruh Aktivitas Fisik Terhadap Stabilitas Tekanan Darah Penderita Hipertensi Pada Lansia DI UPT Puskesmas Bahagia*, 1-11.

LAMPIRAN

Lampiran 1

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
TERAPI SPIRITUAL EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE
(SEFT)**



Disusun Oleh :

Silmi Maharani

NIM KHGA22115

DIII Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

2025

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Pokok Bahasan : Hipertensi
Sub Pokok Bahasan : Terapi SEFT
Waktu : 16.00-16.30 WIB
Hari/ Tanggal : 24 April 2025
Tempat : Rumah Ny. H

A. Tujuan Intruksional Umum

Setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang terapi Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) selama 1x 20 Menit diharapkan keluarga Ny. H mampu memahami dan melakukan terapi Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT).

B. Tujuan Intruksional Khusus

1. Memahami pengertian terapi SEFT
2. Memahami tujuan dan manfaat terapi SEFT
3. Memahami persiapan terapi SEFT
4. Memahami penatalaksanaan terapi SEFT
5. Mampu menerapkan terapi SEFT

C. Media

1. Leaflet

D. Metode

1. Ceramah

2. Tanya jawab

3. Demonstrasi

E. Kegiatan

No.	Tahap	Kegiatan	Media
1.	Pembukaan 5 Menit	1. Mengucapkan salam 2. Menjelaskan Tujuan 3. Menjelaskan proses penkes	Ceramah
2.	Pelaksanaan 15 Menit	1. Menjelaskan pengertian terpai seft 2. Menjelaskan tujuan manfaat terpai seft 3. Menjelaskan tahap pelaksanaan terapi seft 4. Melakukan terapi seft	Leaflet
3.	Penutupan 5 Menit	1. Evaluasi 2. Menyimpulkan materi 3. Memberi kesempatan pada klien untuk bertanya 4. Memberi salam	Ceramah

F. Evaluasi

1. Evaluasi Persiapan

- a. Pengaturan tercapai
 - b. Kesiapan materi
 - c. Mempersiapkan Media
- 2. Evaluasi Proses
 - a. Membaca referensi tentang SEFT
 - b. Memberi pendidikan kesehatan tentang terapi
- 3. Evaluasi Hasil
 - a. Menjelaskan pengertian terapi SEFT
 - b. Menjelaskan manfaat terapi SEFT
 - c. Menjelaskan tahap pelaksanaan terapi SEFT

G. Lampiran

- 1. Materi
- 2. Leaflet
- 3. Analisa Jurnal

MATERI SPIRITUAL EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE (SEFT)

1. Pengertian

Terapi Spiritual Emotional Freedom Technique atau yang biasa disingkat SEFT adalah teknik penyembuhan yang memadukan kemampuan energi psikologi dengan kekuatan doa dan spiritualitas. Lima prinsip utama dari Spiritual power adalah ikhlas, syukur, yakin, sabar, dan khuyu'. Sedangkan Energi psikologi adalah ilmu yang menerapkan berbagai prinsip dan teknik berdasarkan konsep sistem energi tubuh untuk memperbaiki kondisi pikiran, emosi dan perilaku seseorang, contohnya perilaku merokok.

SEFT atau biasa disebut dengan “terapi ketuk” merupakan sebuah metode yang menggunakan dasar sistem energi tubuh dalam menghilangkan masalah-masalah fisik maupun emosi secara cepat. Merupakan kolaborasi ketukan dua jari pada titik energy, dan spiritualitas berupa doa-ikhlas-dan pasrah. Mengatasi mulai dari rasa takut, cemas, sedih, kecewa, stress, phobia, trauma dan penyakit psikologis lainnya serta masalah fisik seperti mual, mules, sakit kepala berkepanjangan, tekanan darah tinggi, epilepsi, stroke, jantung, kanker, dll. Metode ini dibawa ke Indonesia oleh Bapak Ahmad Faiz Zainuddin seorang psikolog.

2. Tujuan dan Manfaat

Beberapa manfaat terapi SEFT antara lain :

- a. Memberikan efek relaksasi pada tubuh
- b. Memperbaiki kondisi pikiran dan rasa cemas
- c. Memiliki efek positif pada tekanan darah, frekuensi denyut jantung, dan frekuensi pernafasan.
- d. Merangsang pengeluaran hormon endhorpin yang dapat memberikan efek tenang
- e. Menurunkan kadar hormon kortisol dan menurunkan kecemasan
- f. Membuat vasodilatasi pada pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi rileks dan terjadi penurunan tekanan darah

3. Mekanisme Pelaksanaan Terapi

- a. *The Set-Up*

The Set-Up bertujuan untuk memastikan agar aliran energi tubuh kita terarahkan dengan tepat. Langkah ini dilakukan untuk menetralkan *psychological reversal* (perlawanan psikologis yang berupa pikiran negatif spontan atau keyakinan bawah sadar negatif), seperti :

- 1) Saya selalu gagal mencapai sesuatu
- 2) Saya tidak mungkin mampu melakukan semuanya
- 3) Saya tidak bisa melakukan pengobatan
- 4) Saya sakit hati kepada seseorang

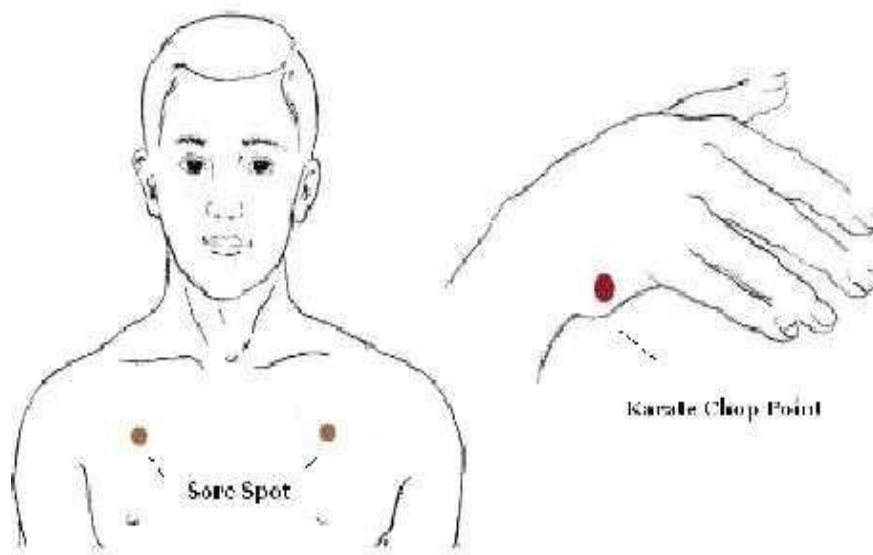
Caranya dengan mengucapkan

- 1) *The Set-Up Words*, yaitu kata-kata

yang diucapkan dengan khusyu, ikhlas dan pasrah untuk menetralkan keyakinan dan pikiran negatif. Contoh kalimat *set-up* : “Meskipun saya sakit di dalam hati saya ingin sembuh dan bahagia, saya ikhlas menerima penyakit ini dan saya pasrahkan kepadamu ya

Allah.” Sambil mengucapkan kalimat di atas sebanyak tiga kali, kita

menekan dada kita, tepatnya di bagian *Sore Spot* (Titik Nyeri: daerah di sekitar dada atas yang jika ditekan terasa agak sakit) atau mengetuk dengan dua ujung jari di bagian *Karate Chop*.



2) *The Tune-In*

Untuk masalah fisik, kita melakukan tune-in dengan cara merasakan rasa sakit yang kita alami, lalu mengarahkan pikiran kita ke tempat rasa sakit dan sambil terus melakukan 2 hal tersebut, hati dan mulut kita mengatakan, "Saya ikhlas, saya pasrah, Ya Allah.." Untuk masalah emosi, kita melakukan tune-in dengan cara memikirkan sesuatu atau peristiwa spesifik tertentu yang dapat

membangkitkan emosi negatif yang ingin kita hilangkan. Ketika terjadi reaksi negatif (marah, sedih, takut) hati dan mulut kita mengatakan, "Saya ikhlas, saya pasrah, Ya Allah.."

3) *The Tapping*

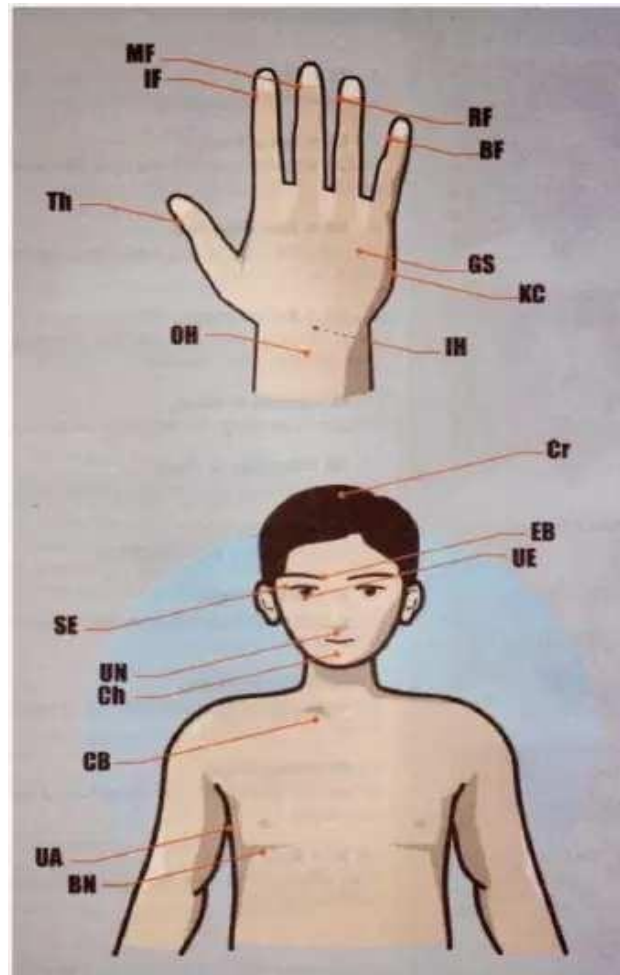
Bersamaan dengan tune-in, kita melakukan langkah ke-3, *The Tapping*. Pada proses inilah (*tune-in* yang dilakukan bersamaan dengan

tapping) kita menetralkan emosi negatif atau rasa sakit fisik.

Tapping adalah mengetuk ringan dengan dua ujung jari pada titik-titik tertentu di tubuh kita sambil terus *tune-in*. Titik-titik ini adalah titik-titik kunci dari *The Major Energy Meridians*, yang jika kita ketuk beberapa kali akan berdampak pada netralisirnya gangguan emosi atau rasa sakit yang kita rasakan karena aliran energi tubuh berjalan dengan normal dan seimbang kembali.

Tapping dilakukan dengan ketukan ringan 5-7 kali dibagian tubuh tertentu dengan mengucapkan masalah yang sedang dialami misalnya, “Saya ikhlas menerima penyakit yang diberikan

Allah SWT, saya pasrahkan kepada Allah”.
Titik-titik tapping tersebut adalah:



- 1) Cr = *Crown* yaitu titik di bagian atas kepala
- 2) EB = *Eye Brow*, yaitu titik permulaan alis mata
- 3) SE = *Side of the Eye*, yaitu di atas tulang di samping mata
- 4) UE = *Under the Eye*, yaitu 2cm di bawah kelopak mata
- 5) UN = *Under the Nose*, yaitu tepat dibawah hidung
- 6) Ch = *Chin*, yaitu diantara dagu dan bagian bawah bibir
- 7) CB = *Collar Bone*, yaitu diujung tempat bertemunya tulang dada, collar bone dan tulang rusuk pertama
- 8) UA = *Under the Arm*, yaitu dibawah ketiak sejajar dengan putting susu (pria) atau tepat dibagian tengah tali bra (wanita).

- 9) BN = *Bellow Nipple*, yaitu 2,5cm di bawah putting susu (pria) atau di Perbatasan antara tulang dada dan bagian bawah payudara (wanita).
- 10) IH = *Inside of Hand*, yaitu dibagian dalam tangan yang berbatasan dengan telapak tangan
- 11) OH = *Outside of Hand*, yaitu dibagian luar tangan yang berbatasan dengan telapak tangan
- 12) Th = *Thumb*, yaitu ibu jari disamping luar bagian bawah kuku
- 13) IF = *Index Finger*, yaitu jari telunjuk disamping luar bagian bawah kuku (di bagian yang menghadap ibu jari)
- 14) MF = *Middle Finger*, yaitu jari tengah samping luar bagian bawah kuku (di bagian yang menghadap ibu jari)
- 15) RF = *Ring Finger*, yaitu jari manis di samping luar bagian bawah kuku (di bagian yang menghadap ibu jari)
- 16) BF = *Baby Finger*, yaitu di jari kelingking di samping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari)
- 17) KC = *Karate Chop*, yaitu di samping telapak tangan, bagian yang kita gunakan untuk mematahkan balok saat karate.
- 18) GS = *Gamut Spot*, yaitu dibagian antara perpanjangan tulang jari manis dan tulang jari kelingking.

Tapping tidak harus dilakukan secara berurutan seperti dikemukakan di atas, bisa secara acak asal dilakukan semua, dan kita boleh melakukannya pada sisi sebelah kiri atau sebelah kanan atau kedua-duanya. Tetapi dianjurkan untuk melakukannya secara berurutan dari bagian tubuh atas ke bagian bawah, seperti tadi disebutkan.

MANFAAT

1. MAMPU
MENYEMBUHKAN
BERBAGAI GANGGUAN
FISIK SEPERTI SAKIT
KEPALA, NYERI
PUNGGUNG, ASMA
SAKIT JANTUNG DAN
BISA MENURUNKAN
TEKANAN DARAH
TINGGI.
2. MAMPU MENGATASI
BERBAGAI GANGGUAN
EMOSI, CEMAS, SULIT
TIDUR, SEDIH
KHAWATIR DAN
TEGANG
3. MENAMBAH SEMANGAT
DALAM BEKERJA DAN
SEBAGAINYA.

Terapi SEFT merupakan teknik penggabungan dari sistem energi tubuh dan terapi spiritual dengan menggunakan tapping pada titik-titik tertentu pada jalur energy tubuh

SEFT berfokus pada kata atau kalimat yang diucapkan berulang kali dengan ritme yang teratur disertai sikap pasrah kepada Allah SWT

TERAPI SEFT (SPIRITUAL EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE)



NAMA : Silmi Maharani
NIM : KHGA22115

CARA MELAKUKAN TERAPI SEFT

3. The tapping
mengetuk ringan dengan dua
ujung jari pada titik tertentu
ditubuh. sambil terus
melakukan tune in, titik ini
adalah titik kunci dari the
major energy yang disebut
bodys meridian points

1. The set up
bertujuan untuk
memastikan agar aliran
energi tubuh kita
terarahkan dengan tepat
"Ya Allah meskipun saya
cemas saya ikhlas, saya
pasrah sepenuhnya kepada
mu"
2. The tune in
Dilakukan dengan cara
memikirkan peristiwa yang
dapat membangkitkan emosi
negatif yang ingin kita
hilangkan



TERAPI SEFT

Dokumentasi



LEMBAR BIMBINGAN

NAMA : SILMI MAHARANI
NIM : KHGA22115
JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. H
DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI WILAYAH
KERJA UPT PUSKESMAS PEMBANGUNAN GARUT
Pembimbing : Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ns., M.Kep

No.	Tanggal	Saran Pembimbing	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Senin, 02 juni 2025	BAB 1 -Pengarahan -Konsultasi BAB I		
2.	Rabu, 04 juni 2025	BAB I Revisi BAB I Latar belakang Tambahkan sumber		
3.	Rabu, 11 Juni 2025	ACC BAB I Lanjut BAB II		
4.	Jumat, 13 Juni 2025	Revisi BAB II Tambahkan di Kesimpulan		

		minimal 2 Sumber.		
5.	Senin, 16 Juni 2025	Revisi BAB II Tambahkan pengertian pengkajian fungsional lanjut BAB III		
6.	Kamis, 19 Juni 2025	ACC BAB II Revisi BAB III Keluhan utama Riwayat kesehatan sekarang Lanjut BAB IV		
7	Senin, 24 Juni 2025	KTI BAB I II III IV Revisi BAB IV Rekomendasi dan Kesimpulan		
8	Kamis, 26 Juni 2025	Lengkapi Daftar isi ACC Sidang		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Pribadi

Nama : Silmi Maharani
Umur : 22 Tahun
Tempat Tanggal Lahir : Garut, 25 Juni 2003
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Status : Mahasiswa
Kewarganegaraan : Indonesia
Alamat Rumah : Kp. Depok, Desa Sukamukti Kev. Sukawening
Kab. Garut

B. Pendidikan Formal

TK Aisyah Bustanul Athfal : Tahun 2008-2009
SDN 3 Sukamukti : Tahun 2009-2015
SMP Negeri 1 Sukawening : Tahun 2015-2018
SMA Negeri 14 Garut : Tahun 2018-2021
STIKes Karsa Husada Garut : Tahun 2021-2025